



معاونت بهداشتی - معاونت درمان

اداره سرطان

تدوین برنامه ملی جامع مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان

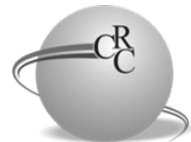
مبانی نظری و مطالعه تطبیقی

نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان



Cancer Research Center
Cancer Institute of I.R. Iran

مرکز تحقیقات سرطان
انستیتو کانسر ایران



Cancer Research Center

مرکز تحقیقات سرطان
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



انجمن رادیوتراپی آنکولوژی ایران



انجمن سرطان ایران
Iranian Cancer Association



انجمن مدیکال
آنکولوژی و
همانولوژی ایران

t

ویراستاران

دکتر علی قنبری مطلق

دکتر مامک طهماسبی

نویسندگان

فصلهای اول تا پنجم

دکتر محمدرضا روح‌اللهی

مجتبی وندرجب پور

مریم بالی بیگلو

عاطفه اسفندیاری

هدایت سالاری

پژمان حموزاده

فصل ششم

دکتر بهزاد نجفی

فصل هفتم

دکتر فروزان طاهری

فصل هشتم

دکتر بهداد قریب

فصل نهم

دکتر حسین رضایی زاده

مقدمه

این مجموعه، شامل مبانی نظری و مطالعات تطبیقی به روشی نظام‌مند در خصوص نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی سرطان است که به صورت بخشی از طرح تدوین برنامه ملی جامع مراقبت‌های تسکینی و حمایتی سرطان در ایران انجام شده است. این طرح به پیشنهاد معاونت‌های بهداشت و درمان وزارت بهداشت، به سفارش اداره سرطان وزارت بهداشت، با مسؤولیت شبکه ملی تحقیقات سرطان، و با مشارکت دو مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه تهران و دانشگاه شهید بهشتی و سه انجمن علمی سرطان، انجمن هماتولوژی و مدیکال انکولوژی و نیز انجمن رادیوتراپی انکولوژی انجام شده است. چارت سازمانی اجرای این طرح در صفحه بعد آورده شده است. همچنین مراحل اجرای طرح و جایگاه مطالعات نظری و تطبیقی در این طرح را در نمودار دو صفحه بعد می‌توانید ملاحظه کنید.

قطعاً تدوین این مجموعه که با سرعت و با هدف همسو نمودن برداشتها و تعاریف گروه‌های مختلف مشارکت‌کننده در طرح از یکسو و ارائه نمونه‌هایی از سایر کشورها از سوی دیگر انجام شده است نمی‌تواند بی‌نقص باشد به ویژه زمان کافی برای ویراستاری متن وجود نداشته است.

گروه تحقیق



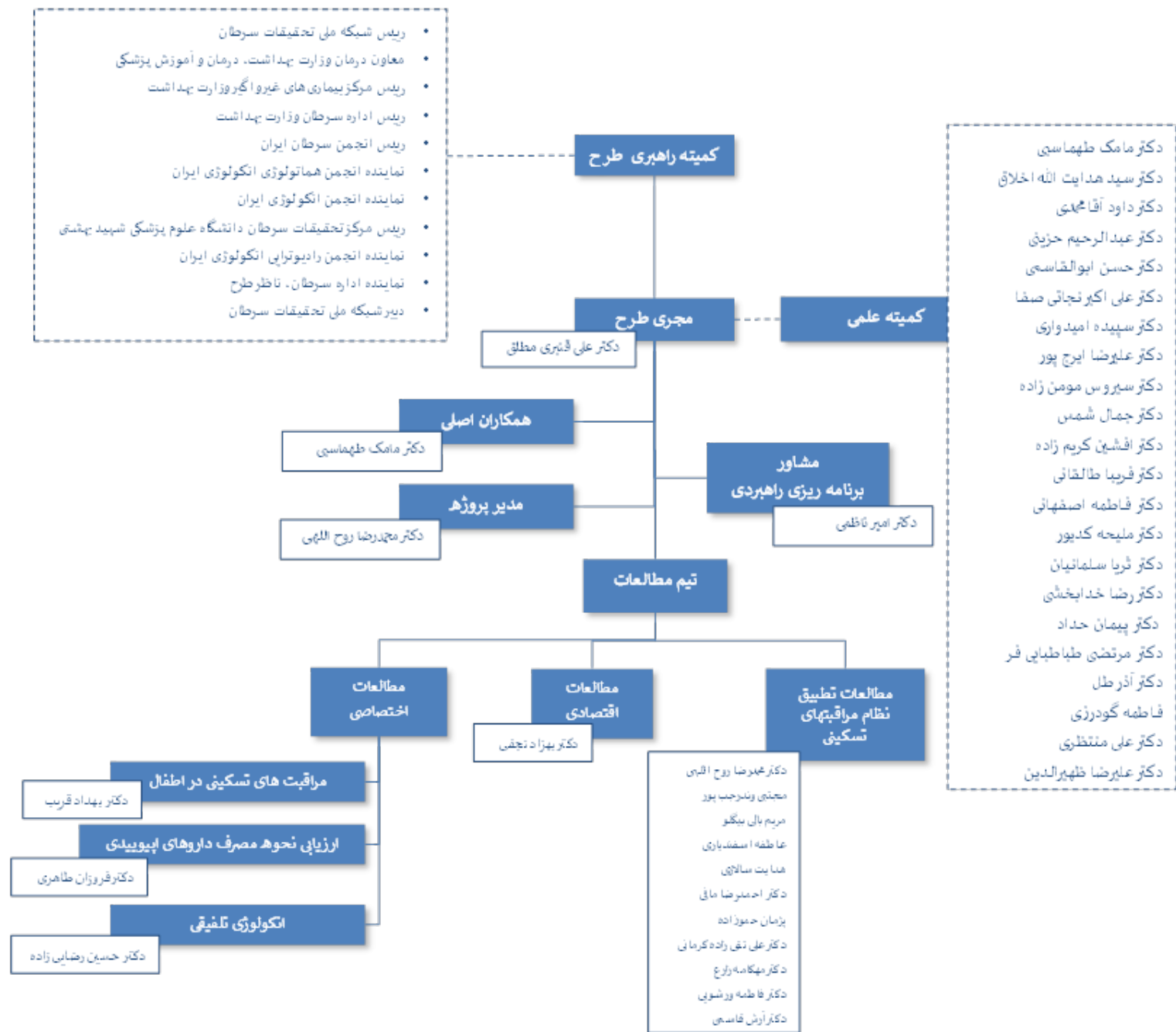
کلیه حقوق این مجموعه متعلق به "شبکه ملی تحقیقات سرطان" و مراکز و انجمن‌های مشارکت کننده در تدوین آن است. اقتباس از محتوای مطالب با ارائه این مأخذ بلامانع خواهد بود.

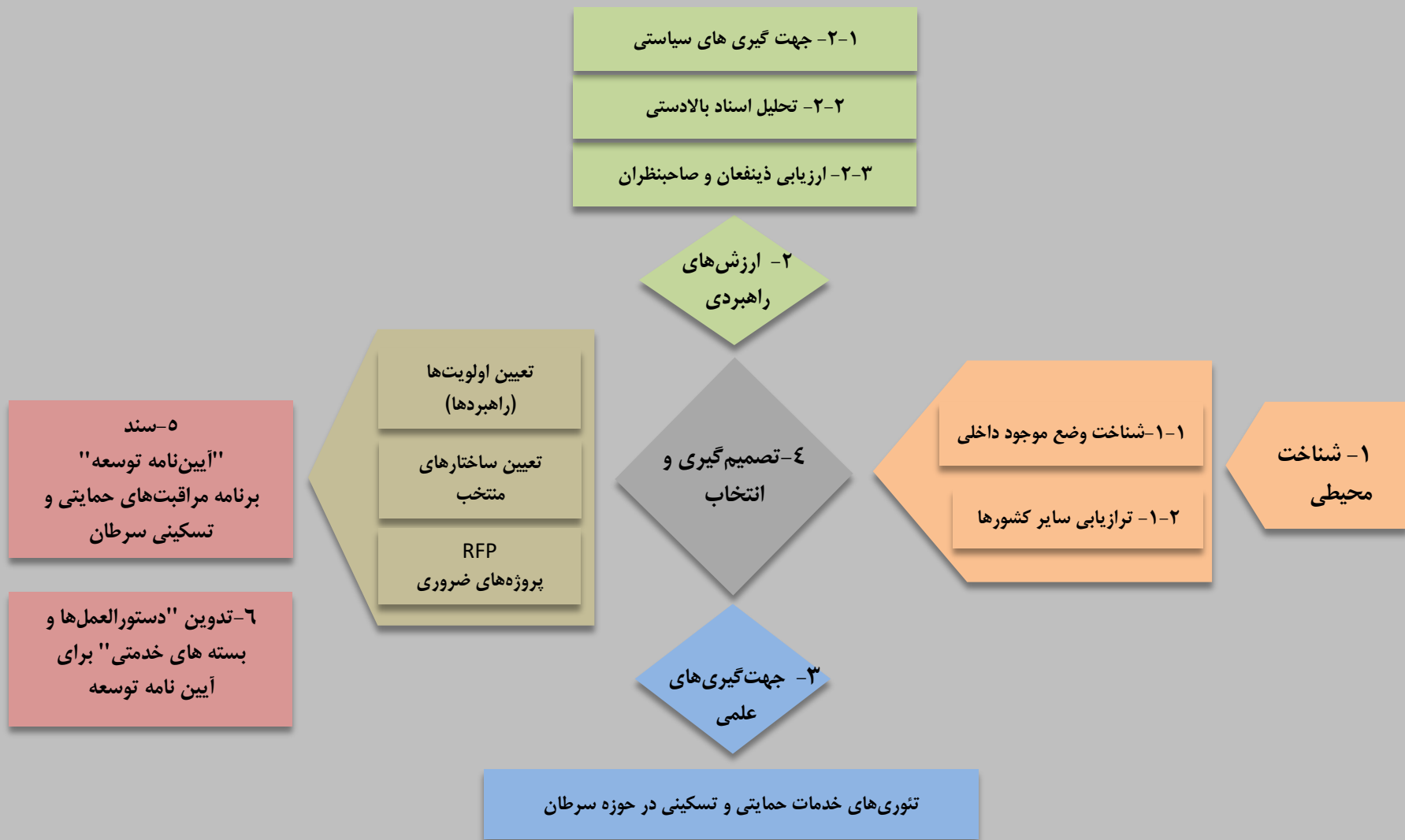
روش پیشنهادی ارائه مأخذ:

الف - برای کل کتاب:

قنبری مطلق ع، طهماسبی م و همکاران؛ "مبانی نظری و مطالعات تطبیقی در نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی سرطان"؛ شبکه ملی تحقیقات سرطان؛ بهمن ماه ۱۳۹۱

ب- برای هر فصل کتاب: بر اساس نویسندگان پنج فصل اول یا فصل‌های ششم تا نهم خواهد بود.





روش‌شناسی طرح تدوین برنامه ملی جامع مراقبت‌های حمایتی و تسکینی سرطان در ایران

فهرست عناوین

فصل اول - مفاهیم پایه در نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی / ۶

تعریف مراقبت های حمایتی و تسکینی / ۷

گستره نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی / ۹

ضرورت ارائه مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه حقوق بشر / ۱۲

ضرورت ارائه مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه جلب رضایت عموم / ۱۳

ضرورت ارائه مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه کاهش هزینه های سلامت / ۱۴

فصل دوم - ارزشها و اصول اخلاقی نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی / ۱۶

ارزشها و اصول اخلاقی در طب تسکینی / ۱۷

اصول اخلاقی در درمان بیماری های لاعلاج / ۱۸

اصول اخلاقی مرتبط با تامین دارو در مراقبت تسکینی / ۲۰

فصل سوم - اهداف و استراتژی های نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی / ۲۳

اهداف نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی / ۲۴

راهبردهای نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی / ۲۵

فصل چهارم - ساختار و فرایندهای نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی / ۲۶

ساختار ارائه مراقبت های حمایتی و تسکینی / ۲۷

بخش مراقبت های تسکینی در بیمارستان / ۲۷

تیم مشاوره مراقبت تسکینی در بیمارستان / ۳۰

هاسپیس (Hospice) / ۳۰

مراقبت های جامعه (Community Care) / ۳۲

مراقبت تسکینی در منزل / ۳۳

کلینیک روزانه مراقبت های تسکینی / ۳۴

فرایندهای نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی / ۳۶

فرایندهای اصلی (خدمات) مراقبت‌های حمایتی و تسکینی / ۳۶

- برقراری ارتباط و بحث با بیمار در رابطه با دریافت مراقبت‌های تسکینی / ۳۹
- ارزیابی و برنامه ریزی برای دریافت مراقبت‌های تسکینی / ۳۹
- هماهنگ سازی برای دریافت مراقبت‌ها / ۴۰
- ارائه خدمات با کیفیت بالا / ۴۱
- مراقبت در روزهای پایانی زندگی / ۴۲
- مراقبت پس از فوت بیمار / ۴۳

برخی از مهمترین خدمات نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی / ۴۳

- کنترل علائم و درد بیماران / ۴۴
- الف - سطح اولیه / ۴۴
- ب- سطح ثانویه / ۴۵
- ج- سطح ثالثیه / ۴۶
- مراقبت روانی / ۴۷

- الف- سطح اولیه / ۴۷
- ب- سطح ثانویه / ۴۹
- ج- سطح ثالثیه / ۵۰
- مراقبت معنوی / ۵۱

- الف- سطح اولیه / ۵۱
- ب- سطح ثانویه / ۵۱
- ج- سطح ثالثیه / ۵۲
- مراقبت فرهنگی - اجتماعی / ۵۲

- الف- سطح اولیه / ۵۲
- ب- سطح ثانویه / ۵۳
- ج- سطح ثالثیه / ۵۳
- حمایت از مراقبان / ۵۴

فرایندهای پشتیبان نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی / ۵۶

- حاکمیت، سیاستگذاری و نظارت در نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی / ۵۸
- تامین و مدیریت منابع مالی / ۵۹
- تامین و مدیریت منابع انسانی / ۶۰
- آموزش نیروی انسانی / ۶۱

مدیریت اطلاعات / ۶۴

مدیریت و بهبود کیفیت / ۶۵

مدیریت تجهیزات و امکانات / ۶۵

مدیریت و تامین دارو در نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی / ۶۶

شاخص های ارزیابی عملکرد در خدمات مراقبت های حمایتی و تسکینی / ۷۸

فصل پنجم - وضعیت ارائه مراقبت های تسکینی در دنیا / ۸۰

سطح بندی وضعیت کشورها از نظر توسعه مراقبت های تسکینی / ۸۱

تحلیل شاخص های کلان اقتصادی - اجتماعی / ۸۸

گزارش وضعیت مراقبت های تسکینی در ۹ کشور / ۸۹

نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در انگلستان / ۹۱

نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در سوئد / ۹۳

نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در فرانسه / ۹۵

نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در ایتالیا / ۹۷

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در مالزی / ۱۰۰

نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در آفریقای جنوبی / ۱۰۲

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در اردن / ۱۰۴

نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در ترکیه / ۱۰۷

نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در مصر / ۱۰۹

فصل ششم - دیدگاه اقتصادی در مراقبتهای حمایتی و تسکینی در بیماران مبتلا به سرطان / ۱۱۹

مقدمه / ۱۲۰

ابعاد اقتصادی موضوع / ۱۲۰

اهمیت موضوع / ۱۲۱

هزینه اثربخشی خدمات حمایتی تسکینی / ۱۲۳

مروری بر مطالعات انجام شده در خصوص هزینه اثربخشی مراقبتهای تسکینی / ۱۲۴

الف- مطالعات موردی / ۱۲۴

ب- مرور سیستماتیک هزینه اثربخشی مراقبتهای تسکینی / ۱۲۸

نتیجه گیری / ۱۳۱

هزینه ارائه مراقبتهای تسکینی و حمایتی / ۱۳۳

چه هزینه هایی وجود دارد؟ / ۱۳۳

انواع تقسیم بندی هزینه ها / ۱۳۴

هزینه یابی و انواع آن / ۱۳۷

سیستم های هزینه یابی / ۱۳۸

روشهای هزینه یابی / ۱۳۹

مطالعات انجام شده در خصوص هزینه های ارائه خدمات تسکینی و حمایتی / ۱۴۰

هزینه یابی خدمات تسکینی در رومانی / ۱۴۴

مراقبتهای تسکینی در واحدهای بستری / ۱۴۴

مراقبتهای تسکینی در منزل / ۱۴۸

تحلیل هزینه اثربخشی روشهای مختلف / ۱۵۲

مطالعه سیستماتیک هزینه اثربخشی ارائه خدمات تخصصی / ۱۵۳

مقایسه تطبیقی بین مراقبتهای تسکینی در واحدهای بستری و مراقبت در منزل / ۱۵۷

تامین مالی مراقبتهای تسکینی / ۱۶۰

روشهای تامین مالی / ۱۶۲

منابع عمومی و منابع اجباری عمومی / ۱۶۲

تامین مالی اجباری عمومی / ۱۶۲

تامین مالی داوطلبانه و خیریه و سازمانهای غیردولتی / ۱۶۳

پرداخت های مصرف کنندگان / ۱۶۳

روشهای ترکیبی / ۱۶۳

تامین مالی مراقبت‌ها و خدمات حمایتی و تسکینی در کشورهای مختلف / ۱۶۴

تامین مالی در اروپا / ۱۶۷

نتیجه‌گیری / ۱۷۲

فصل هفتم - ارزیابی نحوه مصرف مسکن‌های اپیویدی در مراقبت‌های تسکینی / ۱۷۷

بررسی وضع کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته / ۱۷۹

الف- مقایسه‌ی فرمولاری داروهای مسکن اپیویدی در کشورهای مختلف / ۱۷۹

ب- مقایسه قوانین حاکم بر مصرف مسکن‌های اپیویدی در کشورهای مختلف / ۱۸۴

بررسی شیوه‌های مطلوب حل مشکل یا ارائه‌ی خدمات در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته / ۱۹۱

شناسایی وضع موجود در ایران / ۱۹۵

قوانین حاکم بر مصرف داروهای اپیویدی در ایران / ۱۹۶

فصل هشتم - جایگاه مراقبت‌های حمایتی تسکینی و حمایتی در کودکان مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده زندگی / ۲۰۰

مقدمه / ۲۰۱

اجزای ضروری در برخورد با مراقبت‌های تسکینی کودکان / ۲۰۲

ارزیابی و مدیریت درد و علائم / ۲۰۴

نیازهای عاطفی و معنوی / ۲۰۵

مراقبت‌های سوگواری / ۲۰۷

برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته / ۲۰۸

موانع دریافت مراقبت‌های تسکینی / ۲۱۰

اصول مراقبت‌های تسکینی / ۲۱۲

کار با والدین کودک در حال مرگ / ۲۱۲

کار با کودک بیمار / ۲۱۳

حداقل استانداردهای مراقبت‌های تسکینی کودکان / ۲۱۳

توصیه‌ها / ۲۱۴

فصل نهم - بررسی جایگاه، ساختار و خدمات کلینیک‌های مراقبت‌های تسکینی تلفیقی در بیماران مبتلا به سرطان / ۲۱۸

مقدمه / ۲۱۹

- رشد روزافزون استفاده از گیاهان دارویی در قالب طب مکمل در کمک به درمان سرطان / ۲۱۹
- رویکرد بیماران به پایه‌گذاری انکولوژی تلفیقی / ۲۲۰
- رویکرد پزشکی جدید به پزشکی تلفیقی در حوزه سرطان / ۲۲۱
- خطرات بالقوه کاربرد خودسرانه طب سنتی و مکمل / ۲۲۱
- جایگاه CAM / ۲۲۵
- انکولوژی نوین: رویکردی برای افزایش کیفیت زندگی و بهبود پاسخ درمانی / ۲۲۷
- طب سنتی ایران / ۲۲۹
- مقدمه و منشور احیاء و کاربرد طب سنتی ایران / ۲۳۲
- مهمترین رویکرد و کاربرد بالینی طب سنتی در کمک به بهبود حال بیماران سرطانی / ۲۳۹

فصل اول

مفاهیم پایه در نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی

۱.۱. تعریف مراقبت های حمایتی و تسکینی

براساس تعریف سال ۲۰۰۲ میلادی سازمان بهداشت جهانی مراقبت های تسکینی (۱) مجموعه ای از اقدامات هستند با هدف ارتقای کیفیت زندگی بیماران و خانواده های آنان، برای برطرف نمودن شکلات و معضلات ناشی از بیماری های صعب العلاج و تهدید کننده زندگی (Life-threatening illness) بواسطه پیشگیری یا برطرف نمودن دردهای آنان، با تشخیص زودرس، ارزیابی کامل و درمان درد و سایر مشکلات (روحي-روانی و فیزیولوژیک).

به بیانی دیگر می توان مراقبت های حمایتی و تسکینی را اینگونه تعریف نمود:

- تسکین درد و دیگر علائم ناراحت کننده را میسر می کند.
- زندگی را تصدیق می کند و مرگ را به عنوان فرآیندی طبیعی در نظر می گیرد.
- نه مرگ را به تعویق می اندازد نه به آن شتاب می بخشد.
- جنبه های روانی و معنوی مراقبت از بیمار را ادغام می کند.
- سیستم پشتیبانی را برای کمک به زندگی فعالانه بیماران تا وقت مرگ ارائه می دهد.
- سیستم پشتیبانی برای کمک به خانواده ها در روبرو شدن با مسئله در طول دوران مریضی بیمار و در سوگ مرگش ارائه می کند.
- با استفاده از رویکردی تیمی به نیازهای بیماران و خانواده شان رسیدگی می کند، و اگر لازم باشد، شامل مشاوره درباره مرگ عزیزشان است.
- کیفیت زندگی را افزایش خواهد داد و ممکن است همچنین دوره بیماری را تحت تأثیر مثبت قرار دهد.
- در اوایل دوره بیماری در ارتباط با شیوه های درمانی دیگر مانند شیمی درمانی و پرتو درمانی که قصد دارند طول عمر بیمار را زیاد کنند قابل اجرا است.
- شامل بررسی های موردنیاز برای درک و مدیریت بهتر عوارض ناراحت کننده بالینی است.

۱.۲. گستره نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی

گستره ارائه خدمات نظام مراقبتهای حمایتی از چند دیدگاه قابل بررسی است، اینکه این خدمات چه زمانی پس از تشخیص بیماری قابل ارائه هستند؟ خدمات این نظام برای ارائه به چه کسانی تنظیم شده است؟ خدماتی که این نظام ارائه می‌دهد اساساً چه ابعادی را در بر می‌گیرد و اینکه خدمات به لحاظ میزان تخصصی بودن آنها در چه سطوحی قابل تقسیم‌بندی هستند؟

شروع مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

بیماران مختلف بر اساس سن، جنس، مرحله و نوع بیماری نیازهای مختلفی به حمایت‌های تسکینی دارند. به طور سنتی باور بر این بود که تنها بیمارانی که در مراحل انتهایی زندگی هستند نیازمند مراقبت‌های حمایتی-تسکینی هستند. به عبارتی برای بیمارانی که هیچ گزینه‌ی درمانی در دسترس نبود در مواردی برای برطرف نمودن علائم بیمار برای وی اقداماتی به انجام می‌رسید تا علائم فیزیولوژیک بیمار به صورت کامل یا نسبی برطرف گردد. امروزه صاحب نظران معتقدند هرچند نیاز به خدمات مراقبتی در روزهای آخر زندگی برجسته‌تر است، نیاز به چنین مراقبت‌هایی در بسیاری از مواقع از همان روزهای اول تشخیص بیماری‌هایی چون سرطان وجود دارد. (نمودار ۱-۱) زندگی بیمارانی که به بیماری مزمنی چون سرطان گرفتار می‌شوند، از همان لحظات اول تشخیص و حتی در مواردی قبل از تشخیص یا حین تشخیص بیماری تحت تاثیر این بیماری قرار می‌گیرد. نظام تسکینی برای هر بیماری با توجه به مرحله بیماری و شدت آن سعی دارد تا این اثر منفی بر روی زندگی را به حداقل ممکن کاهش دهد. (۲)

گستره نظام از نظر خدمات مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

این خدمات فقط به جنبه‌های جسمانی بیمار محدود نبوده و جنبه‌های روانی و معنوی موضوع همواره مورد توجه قرار دارد. همانگونه که در تعریف مربوط به مراقبت‌های حمایتی و تسکینی به اشاره شد، امیدوار کردن بیمار به ادامه زندگی، فعال نگه داشتن او در عرصه فعالیت اجتماعی و کمک به بیمار با کنار آمدن با موضوعی تحت عنوان مرگ بعنوان یک فرایند طبیعی و اجتناب ناپذیر از اهم موضوعاتی هستند که نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی با ارائه آنها در تلاش است تا کیفیت بقای بیمار را افزایش دهد. (شکل ۳-۱) نمایی از خدمات را معرفی مینماید. در فصل چهارم قسمت ۲-۲-۴ به تفصیل این خدمات مورد بررسی قرار گرفته اند.

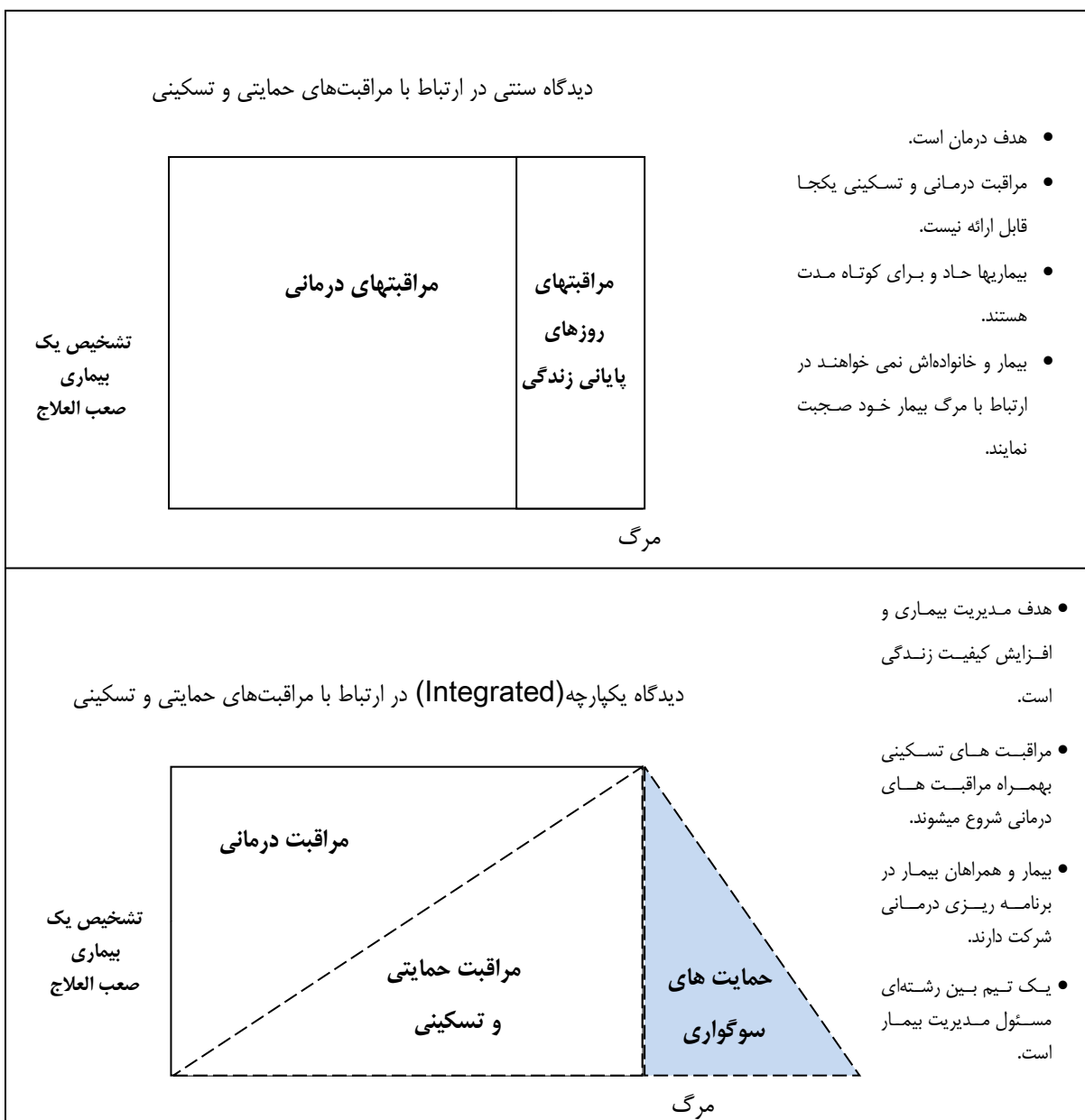
گستره نظام از نظر افراد مورد هدف برای ارائه خدمات حمایتی و تسکینی

همانگونه که از تعریف مراقبت‌های حمایتی و تسکینی بر می‌آید، هدف این نظام تنها افزایش کیفیت زندگی بیماران نیست، خانواده بیماران و مراقبان آنها گروه مهمی هستند که بعنوان اعضای فعال جامعه بالقوه در برابر چنین رخدادی آسیب‌پذیر

هستند. حمایت و پشتیبانی از نزدیکان و مراقبان بیمار بعنوان افرادی که در سختی و سنگینی بیماری شراکت دارند ضروری شناخته می‌شود. این افراد بعنوان اعضای جامعه با از دست دادن عزیز خود و یا با مشاهده زندگی سخت وی دچار آمال و آسیب‌های فراوان می‌شوند، شناخت نیازهای چنین افرادی و ارائه خدمات متناسب با آن از وظایف نظام مراقبتهای حمایتی و تسکینی شناخته می‌شود. بنابراین محور ارائه خدمات در نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی بیمار، خانواده بیمار و مراقبان او هستند. این افراد در تصمیم‌گیری برای نحوه برنامه مراقبتی و همچنین ارائه خدمات و ارزیابی آنها نقش بسزایی دارند. (تصویر ۳-۱)

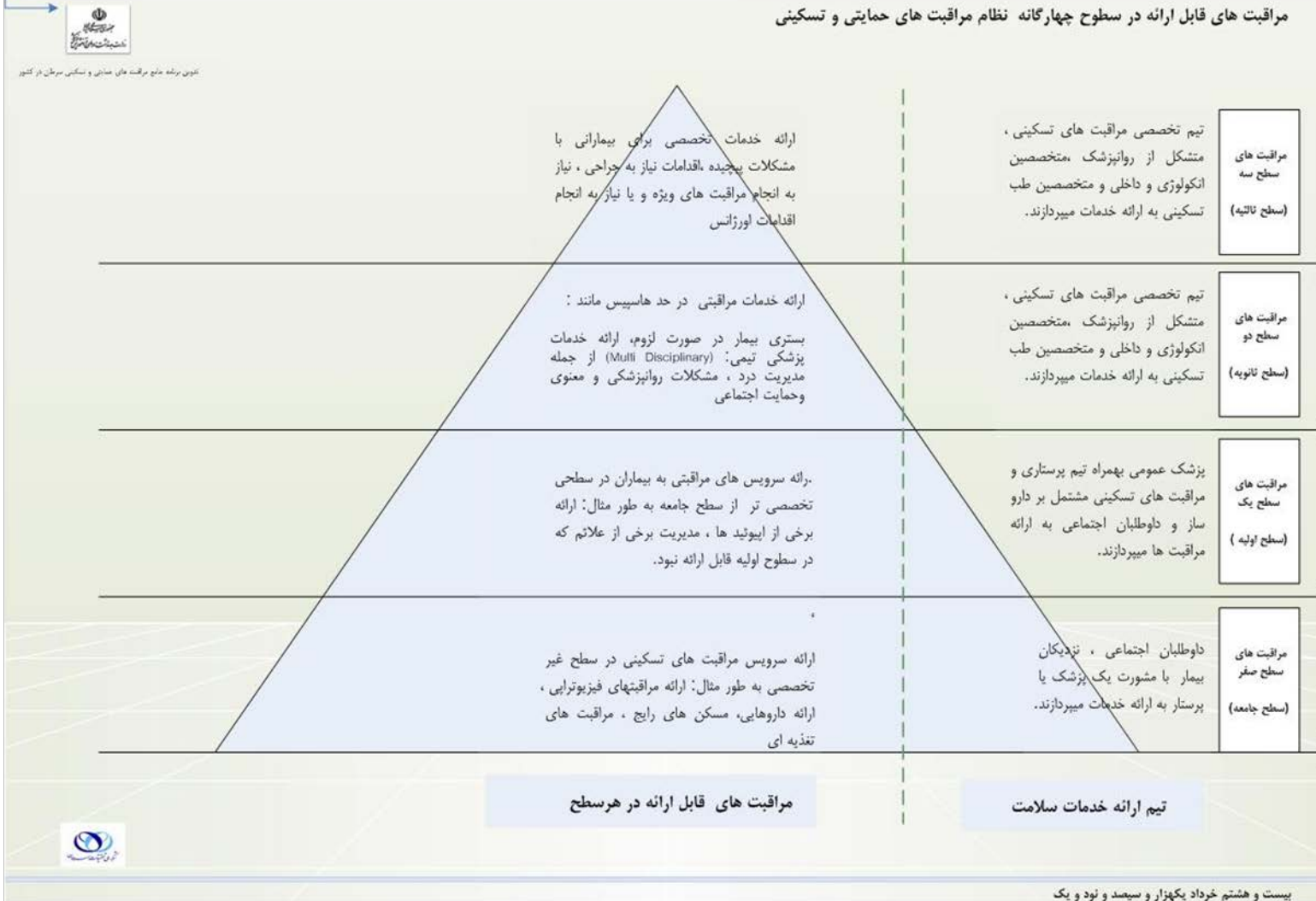
گستره نظام از نظر سطوح ارائه خدمات حمایتی و تسکینی

آنچه که بدیهی است، اینکه 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 غیر تخصصی 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 هر یک از سطوح ارائه مراقبت هستند (نمودار ۲-۱)



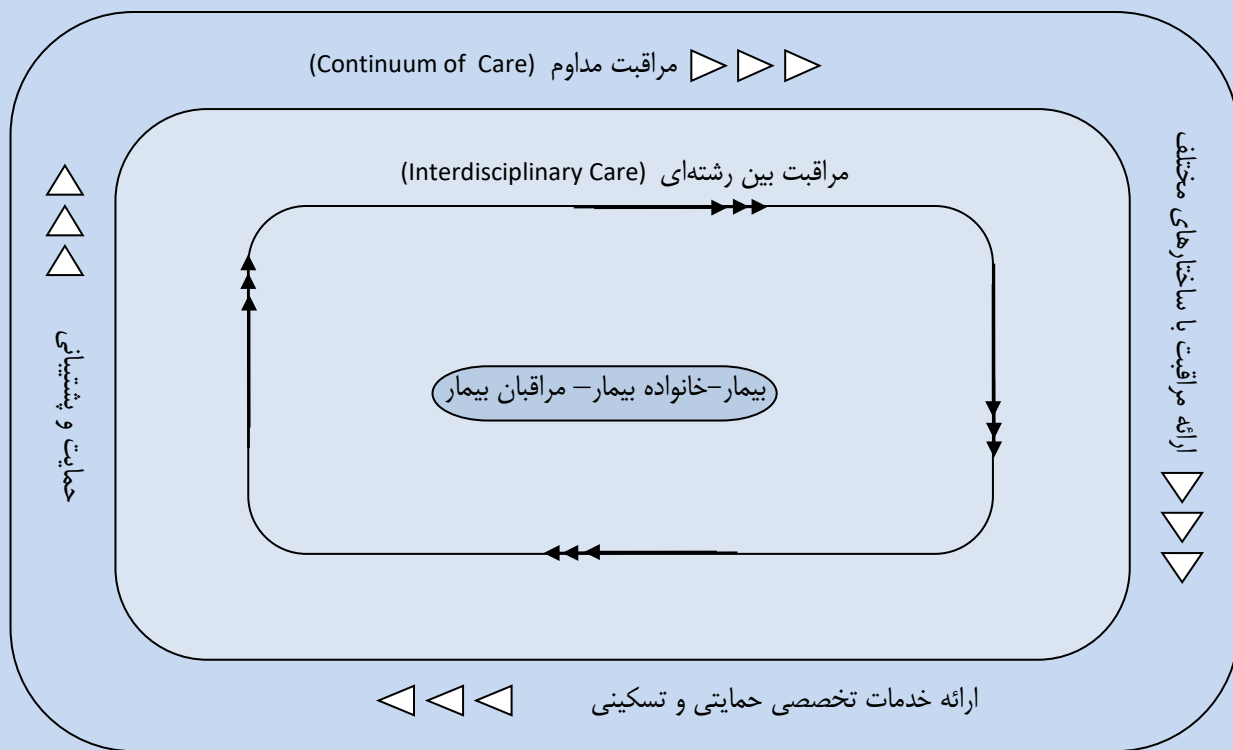
نمودار ۱-۱. دیدگاه جدید نسبت به مراقبت‌های حمایتی و تسکینی، برخلاف دیدگاه سنتی در دیدگاه یکپارچه نگر به مراقبت‌های حمایتی و تسکینی از بدو تشخیص بیماری آغاز میشوند، بیمار و همراهان وی کاملاً در روند ارائه درمان درگیر هستند و هدف نه تنها درمان که افزایش کیفیت زندگی بیمار و همراهان اوست.

مراقبت های قابل ارائه در سطوح چهارگانه نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی



بیست و هشتم خرداد یکهزار و سیصد و نود و یک

نمودار ۲-۱ ارائه مراقبت های حمایتی و تسکینی در سطوح مختلف نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی بر اساس نیاز بیماران



تصویر ۳-۱: گستره خدمات در نظام مراقبت‌های حمایتی و

تسکینی

همانگونه که مستحضرد بیمار، خانواده بیمار و مراقبان بیمار محور ارائه خدمات در این نظام هستند. مراقبت‌ها و خدمات این نظام به صورت بین رشته‌ای و تیمی ارائه میشوند. طی آن ضمن ارائه خدمات تخصصی حمایتی و تسکینی ذیل ساختارهای مختلف نظام، بیمار، خانواده وی و مراقبان او تحت حمایت و پشتیبانی قرار میگیرند. نیازهای بیمار و اطرافیانش مرتباً سنجیده میشود و بر این اساس برنامه مراقبت و حمایت مورد بازنگری قرار میگیرد.

مراقبت مداوم:

- تشخیص نیازهای جدید بیمار
- هماهنگی برای تغییر برنامه مراقبتی بیمار بر اساس نیاز-های جدید
- ارائه خدمات لازم برای دریافت مراقبت‌ها

ساختارهای ارائه خدمات مراقبتی - تسکینی:

- بخش بیمارستانی مراقبت‌های حمایتی و تسکینی
- تیم مشاوره مراقبت‌های حمایتی و تسکینی
- هاسپیس
- مراقبت‌های سطح جامعه
- مراقبت در منزل
- کلینیک روزانه

حمایت و پشتیبانی:

- حمایت مختص دوران پس از فوت
- حمایت از خانواده و مراقبان
- حمایت تیم مشاوره برای خانواده و مراقبان

خدمات تخصصی حمایتی و تسکینی:

- مراقبت جسمانی
- مراقبت روانی
- مراقبت معنوی
- مراقبت فرهنگی و اجتماعی
- مراقبت مختص روزهای پایانی زندگی

۱,۳. ضرورت ارائه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی از دیدگاه حقوق بشر

حق سلامت^۱ یکی از حقوق اساسی بشر است که د بسیاری از قوانین حقوق بشر بین‌المللی محترم شمرده شده است، مراقبت‌های حمایتی و تسکینی نیز جزوی از نظام سلامت شناخته میشوند(۳) از این رو همانگونه که کشورها گسترش خدمات پیشگیری و درمان بیماری‌ها وظیفه ایست در برابر انسانیت، خدمات حمایتی و تسکینی و گسترش آن نیز وظیفه است.

طبق بیانیه طب تسکینی کیپ تاون در سال ۲۰۰۲ (۴)^۲، "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 ۲۰۰۵^۳ (۵) موافقت گردید که دولت‌ها باید: دسترسی به طب تسکینی را یک حق بشری بدانند. ارزش‌های بسیاری در مراقبت‌های کل‌نگر^۴ وجود دارند که قوانین طب تسکینی را پشتیبانی می‌کنند. این ارزش‌ها شامل مد نظر قرار دادن بیمار و خانواده اش در کانون مراقبت‌های تسکینی است. مراقبت‌های کل‌نگر بر مبنای اصول پایه‌ای حقوق بشر و رفتار اخلاقی قرار دارد.

طبق بیانیه آلتا-آتا در سال ۱۹۷۸^۵، (۶) مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۶ اعتماد به نفس جامعه و فرد را ارتقا می‌دهد و مستلزم مشارکت در طرح‌ریزی، سازماندهی، اجرا و کنترل مراقبت‌های بهداشتی اولیه، استفاده کامل از منابع محلی و ملی است. روشی که در آن به بیماران مبتلا به بیماری‌های محدودکننده حیات، به عنوان کانون و صاحبان مراقبت از خود-به عنوان افرادی با تجربه زندگی و راه‌حلهایی برای برآورده کردن نیازهایشان- ارزش می‌دهد، مناسب‌ترین شیوه محسوب می‌شود.

سازمان بهداشت جهانی WHO معتقد است(۷): این مراقبت‌ها باید در اولویت برنامه‌های سلامت عمومی و مدیریت بیماری‌ها^۷ 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. به عنوان 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.

1- Right to health

2- 2002 Cape Town palliative care Declaration

3- The Korea Declaration on hospice and palliative care of March 2005

4- Holistic

5- The Declaration of Alma-Ata of 1987

6- Primary health care

7- Public health and disease control program

۱,۴. ضرورت ارائه مراقبتهای حمایتی و تسکینی از دیدگاه جلب رضایت عموم

بر اساس مطالعات مختلفی 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 توسعه یافته 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 دردسترس نیست، ولی قابل پیش‌بینی است که بسیاری از چنین بیماران برای دریافت مراقبتهای خاص در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند و در همین بیمارستان‌ها جان می‌سپارند. (۸)

جلب رضایت مردم یکی از پنج هدف اساسی نظام سلامت در دنیا است. (۹) با اینکه نظام سلامت در قرن گذشته پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه ارائه خدمات درمانی و افزایش بقای بیماران داشته است. طبق آنچه که ذکر شد هنوز نتوانسته خواست مراجعین خود را برآورده نماید. مرگ در منزل تنها خواسته‌ی بیماران مبتلا به بیماری صعب‌العلاج نیست که در نظام سلامت مبتنی بر ایام دیده نمی‌شود، بسیاری از نیازهای دیگر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن صعب‌العلاج که مدتها با بیماری غیر قابل 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 همانگونه که در قسمت ۱-۱ آورده شد شروع چنین آموزش‌ها و حمایت‌هایی از لحظه تشخیص بیماری باید آغاز شود. (۱۰)

نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی اساساً با چنین هدفی ایجاد شده است؛ افزایش کیفیت زندگی بیماران که لزوماً با افزایش طول بیماری همراهی ندارد. در کنار این هدف افزایش کیفیت مرگ برای بیماران و حمایت خانواده بیمار در برابر چنین موضوعی نیز نادیده گرفته نشده است.

این نظام با ایجاد فرایندها و ساختارهای گوناگون سعی نموده که نیاز طیف وسیع بیماران خود را پاسخگو باشد، تامین هاسپیس برای بیمارانی که در لحظات پایانی عمر خود نیاز به مراقبت در محیطی آرام و آسوده دارند، مراقبت در منزل برای بیمارانی که تمایل دارند آخرین لحظات عمر خود را در محیط خانه خود بسر برند، ایجاد مراقبت‌های سرپایی در قالب کلینیک‌های روزانه برای بیمارانی که نیاز به بازتوانی اجتماعی برای بازگشت به زندگی عادی را دارند. هرچند نظام مراقبت‌های تسکینی نسبت به نظام‌های درمانی، نظام سلامت نوپا است و در رسیدن به اهدافش (مانند نرخ مرگ در منزل بیماران) هنوز به موفقیت کامل نرسیده است امید می‌رود در آینده‌ای نه چندان دور با گسترش و فرهنگ‌سازی هرچه بیشتر، بتواند میزان رضایتمندی این بیماران از نظام سلامت را تامین نماید.

۱.۵. ضرورت ارائه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی از دیدگاه کاهش هزینه‌های سلامت

همانگونه که پیشتر آورده شد، بیماران مبتلا به بیمارهای صعب‌العلاج نیازهای عدیده‌ای دارند که نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی به روش‌های مختلف سعی در برآورده نمودن آنها دارد. اما وجود چنین نظامی تنها برای رعایت حقوق بشر و یا جلب رضایت بیماران نیست که اهمیت دارد این مراقبت‌های حمایتی و تسکینی برای نظام سلامت نیز اهمیت قابل توجهی دارند.

در صورتی که یک نظام مدون برای تامین این نیازها وجود نداشته باشد. این بیماران برای رفع نیازهای اولیه خود به مراکز مختلف نظام سلامت مراجعه میکنند و با توجه به اینکه مراجعه آنها به نظام سلامت پیش‌بینی نشده است، ناگزیر این بیماران به مراکز تخصصی و فوق تخصصی مراجعه میکنند و در اورژانس و یا بخش مراقبت‌های ویژه این بیمارستان‌ها برای برطرف شدن علائم ساعت‌ها و روزها بستری می‌شوند. تست‌ها و آزمایشات هزینه برداری به این بیماران تحمیل میشود و در مواردی اقدامات غیرضروری درمانی صورت می‌پذیرد. (۱۱ و ۱۲) این در حالی است که در واقع ۸۰ درصد این بیماران نیاز به خدمات اولیه‌ای دارند که هیچ نیازی به بستری در بیمارستان تخصصی ندارد.

بر اساس مطالعه Marrisson و همکاران (۱۳) در ۱۸ بیمارستان مختلف برقراری بخش‌های مراقبت‌های تسکینی میتواند بیمارستان‌ها را در این موضوع یاری دهد با این توضیح که:

- با برقراری این بخش به ازای هر بیماری که در یک بیمارستان در بخش مراقبت‌های تسکینی بستری میشود حدود ۲۷۹ تا ۳۷۴ دلار به ازای هر روز از بستری در این بخش از هزینه‌های بیمارستان کاسته می‌شود.

- به ازای هر بستری در بخش مراقبت‌های تسکینی ۴۲۷ دلار از هزینه‌های مربوط به انجام آزمایش‌های بیمارستان کاسته می‌شود.

- ۶۶۱۳ دلار به ازای هر بستری از هزینه‌های ICU(Intensive Care Unit) کاسته میشود.

در حال حاضر نرم افزاری‌هایی به صورت online در دسترس است که با در نظر گرفتن تعداد تخت بیمارستانی، میانگین روزهای بستری بیماران در بیمارستان و چند متغیر دیگر میزان سود حاصل از بستری هر بیمار در بخش مراقبت‌های تسکینی را تخمین می‌زند. http://www.capc.org/impact_calculator_basic

نکته قابل ذکر اینکه موارد ذکر شده تنها هزینه‌های مستقیم (Direct) ناشی از بستری بیماران را در نظر گرفته و با احتساب هزینه‌های غیر مستقیم حدود ۴۰ درصد به مبالغ بالا باید افزوده می‌شود.

بنابراین به جرات میتوان گفت بخش مراقبت‌های تسکینی با کاهش اقدامات درمانی - تشخیصی غیر ضروری و با شناخت بهتر نیازهای بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج منجر به کاهش هزینه‌های سلامت در کنار افزایش رضایتمندی بیماران از مراقبت‌های ارائه شده میگردد.

-
1. Palliative care - Cancer Control knowledge into action WHO guide for Effective Programmes-2007- ISBN 92 4 154734 5
 2. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage* 12- 32: 5;2006
 3. Harding R, Powell RA, Downing J, Connor 10 .S, Mwangi-Powell F, Defilippi K, Cameron S, Garanganga E, Kikule E and Alexander C (2008) Generating an African palliative care evidence base: The context, need ,challenges and strategies. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36: 304-309
 4. Mpanga Sebuyira L, Mwangi-Powell F, Pereira 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
 5. Korea Declaration on Hospice and Palliative Care March 2005 .[www.hospicecare.com /resources/pain_pallcare_hr/docs/Korea_Declaration.pdf](http://www.hospicecare.com/resources/pain_pallcare_hr/docs/Korea_Declaration.pdf)
 6. Declaration of Alma-Ata International 22 .Conference on Primary Health Care, Articles IV and VII, Alma-Ata (Khazakstan), USSR ,12-6 September 1978. www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.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. 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.
 9. Shadpour, K ,Health sector reform in Islamic Republic of Iran, *Hakim Research Journal* 2006; 9(3): 1- 18.
 10. The Solid fact Palliative care ,World Health Organisation-2004
 11. Norton SA. Proactive palliative care in the ICU *CCM* 2007;35:1530-5
 12. Campbell ML. Palliative care consultation in the intensive care unit. *CCM* 2006;34:S355-8.also *Chest* 2003;123:266-71
 13. Morrison RS et al. *Arch Int Med* 2008;168;1783-90

فصل دوم

ارزشها و اصول اخلاقی نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی

ارزش‌ها و اصول اخلاقی در طب تسکینی

اخلاق پزشکی نیازمند برقراری تعادل ظریف بین کارکرد معمول پزشکی^۱ و خواسته‌های بیمار و درک این موضوع است که وضعیت هر انسانی منحصر بفرد است. از این رو نباید صرفاً گزینه‌های درمانی و احتمالاً نتایج آن‌ها در نظر گرفته شوند، بلکه ارزش‌ها، خواسته‌ها و عقاید بیمار نیز باید لحاظ شوند. به بیماران و خانواده‌ها باید به درستی اطلاع‌رسانی شود تا تصمیمات درمانی مناسب اتخاذ نمایند.

چهار اصل اساسی اخلاقی باید در مراقبت تسکینی مراعات شود:

احترام به استقلال بیمار

این اصل حق و توانایی فرد را از بابت تصمیم‌گیری برای خودش، بر مبنای ارزشهای شخصی، عقاید و مدت زندگی اش به رسمیت می‌شناسد که استقلال^۲ بیمار در نظر گرفته می‌شود. لازم است تا از تصمیم بیمار که منعکس کننده ارزشهای اوست به خوبی مطلع شد و آن را لحاظ نمود. به عنوان مثال، این مساله پذیرفته شده است که یک بیمار می‌تواند درمان معینی را مطابق عقاید دینی اش قبول نکند. عوامل زیادی با توجه نمودن به خواسته‌های بیمار تداخل دارند، از جمله: مخدوش شدن صلاحیت و شایستگی بیمار^۳، استرس بیماری، عدم درک بیمار و.....

تلاش در جهت منافع بیمار

این امر مستلزم جلوگیری یا حذف آسیب، همزمان با انجام فعالیت هایی در جهت منافع بیمار است. این صل به این مهم اشاره دارد که تیم مراقبت‌های بهداشتی باید در جهت پیشینه کردن منافع درمان، اقدامات مثبتی انجام دهند. از جمله این اقدامات موارد زیر را می‌توان نام برد: ارائه درمانهای مؤثر و نافع برای درد یا دیگر علائم، ارائه حمایت و پشتیبانی حساس^۴، و کمک به بیماران و خانواده‌ها به هر شکل ممکن.

عدم آسیب رسانی به بیمار

1-Conventional practice of medicine

2-Autonomy

3-Compromised competence of patient

4-Sensitive support

این اصل بر این اساس استوار است که "فرد نباید عمداً به خود آسیب برساند." تخطی از این مفهوم می‌تواند شامل ارائه اطلاعات به شیوه ای نامناسب، فراهم آوردن درمان نامناسب برای درد یا علائم دیگر، درمان تهاجمی نامناسب برای شرایط بیمار، فراهم کردن تسکین ناخواسته، یا خودداری از درمان باشد.

عدالت

به رعایت انصاف در بکارگیری درمان و مراقبت مربوط می‌شود. عدالت به این موضوع اشاره دارد که بیماران باید مراقبتی که از لحاظ پزشکی یا قانونی استحقاق آن را دارند دریافت نمایند. عدالت را می‌توان به صورت "اعطاء کردن مساوی به همه" یا "دادن به هر نفر به اندازه نیاز" یا "به اندازه حقتش" تفسیر نمود.

اصول اخلاقی در درمان بیماری های لاعلاج

با این همه، زمانی که تشخیص پزشکی بیمار نشان دهنده عدم وجود امکان درمان بوده و مرگ وی حتمی است، بیمار و پزشک با شرایط دشواری برای تصمیم‌گیری در مورد مداخلات پزشکی روبرو خواهند شد. اگرچه که پیشرفت علوم پزشکی باعث ارتقای توانایی پزشکان در مسائل مربوط به مراقبتهای پزشکی پایان زندگی^۱ بیماران گشته، با این حال این حیطه از علوم پزشکی هیچگاه آنطور که باید مورد توجه قرار نگرفته است. همانطور که اولویت تلاش برای یافتن راه درمان نباید نادیده گرفته شود، درمانهای تسکینی و توانمندسازی پزشکان برای رسیدگی به جنبه‌های پزشکی و روانی بیماریهای لاعلاج باید مورد توجه بیشتری قرار گیرند. مرحله مرگ، باید به عنوان بخش مهمی از زندگی فرد شناخته شده و مورد احترام قرار گیرد. همگام با افزایش فشار افکار عمومی برای به رسمیت شناخته شدن اوتانازی جهت پایان دادن به رنج ناشی از بیماریهای لاعلاج، ضرورت توجه به مسائل اخلاقی در بهبود مراقبت های تسکینی بیش از پیش احساس می‌شود.

هنگامی که در مورد مسایل اخلاقی مربوط به مراقبتهای پزشکی پایان زندگی بیماران بحث می‌شود، صحبت از اوتانازی^۲ و خودکشی با کمک پزشک^۳، اجتنات ناپذیر است. *انجمن جهانی پزشکی*^۴، اوتانازی و خودکشی با کمک پزشک را غیر اخلاقی می‌داند.

بر اساس اظهار نظر *انجمن جهانی پزشکی*، برخوردها و باورهای فرهنگها و ادیان مختلف با موضوع مرگ، به نحو بارزی متفاوت است. به علاوه بسیاری از مداخلات تسکینی و اقدامات مربوط به بقای بیمار، نیازمند تکنولوژی و یا منابع مالی است که در بسیاری موارد به راحتی در دسترس نمی‌باشند. از این رو روش درمانی بیماریهای لاعلاج به میزان زیادی تحت

1 -End of life care

2 -Euthanasia

3 -Physician-assisted suicide

4 -World Medical Association (WMA)

تأثیر این عوامل قرار دارد و بنابراین تلاش برای ارائه راهکارهایی دقیق در مورد مراقبتهای پایانی که به صورت جهانی قابل اجرا باشند، نه منطقی و نه ممکن است. از این رو *انجمن جهانی پزشکی اصول کلی زیر را برای کمک به پزشکان و انجمنهای پزشکی ملی، جهت تصمیم‌گیری در مورد مراقبتهای پزشکی بیماریهای لاعلاج ارائه داده است:*

۱. وظیفه پزشک درمان (در صورت امکان) کاهش رنج و حفاظت از منافع بیمار است. هیچگونه استثنایی برای این اصل، حتی در مورد بیماریهای لاعلاج، وجود ندارد.

۲. در مراقبت از بیماران مبتلا به بیماریهای لاعلاج، وظیفه اصلی پزشک کمک به بیمار برای داشتن بهترین کیفیت زندگی ممکن به واسطه کنترل علائم، در نظر گرفتن نیازهای روانی و نهایتاً مرگی شایسته و راحت است. پزشکان باید بیماران را از امکان در یافت مراقبت‌های تسکینی، مزایا و عوارض آن مطلع سازند.

۳. استقلال بیماران در تصمیم‌گیری در مورد مرحله پایانی زندگی باید مورد احترام قرار گیرد. این موضوع شامل حق بیمار برای رد درمان و درخواست روشهای تسکینی برای کاهش درد نیز می‌باشد؛ جز مواردی که منجر به تسریع روند مرگ بیمار می‌گردد. با این همه پزشک از نظر اخلاقی حق کمک به بیمار برای خودکشی را ندارد؛ که این مسئله شامل تجویز هر گونه درمانی است که از نظر پزشک اثری جز تسکین بیمار را نداشته باشد.

۴. پزشک نباید از روشهایی که فایده‌ای برای بیمار ندارد استفاده نماید.

۵. پزشکان باید این حق را برای بیماران قائل باشند که خواسته‌های خود را در مورد نحوه درمان برای مواقعی که توان اظهار نظر نخواهند داشت مکتوب کرده و فردی را به عنوان جانشین به منظور تصمیم‌گیری^۱ در مورد مسائلی که خود بیمار از قبل اشاره‌ای به آنها نکرده است، انتخاب نماید. پزشکان خصوصاً باید در مورد خواسته بیماران در رابطه با اقدامات لازم برای حفظ بقای آنها و همینطور روشهای تسکینی که ممکن است به عنوان اثر جانبی باعث تسریع مرگ شود، با بیماران صحبت نمایند و در صورت امکان فرد انتخاب شده به عنوان جانشین نیز باید در این بحثها شرکت کند.

۶. پزشکان باید تلاش نمایند تا نیازهای روانی بیماران را، خصوصاً در ارتباط با علائم جسمی وی، شناخته و مورد توجه قرار دهند. پزشکان باید امکانات لازم برای حمایت روحی و روانی بیمار و خانواده‌هایشان را فراهم نموده تا بتوانند با اضطراب، ترس و اندوه ناشی از مراحل پایانی بیماری کنار بیایند.

۷. از آن جا که مدیریت بالینی درد^۲ در بیماریهای لاعلاج، بیشترین اهمیت را در کاهش رنج بیمار دارد، پزشکان و انجمنهای پزشکی ملی باید اطلاعات مربوط به مدیریت درد را به اشتراک بگذارند تا تمام پزشکان دخیل در مراقبتهای بالینی مراحل پایانی بیماریهای لاعلاج به بهترین راهکارهای عملی و جدیدترین درمانها و روشهای موجود دسترسی داشته باشند. پزشکان باید امکان اجرای روشهای کنترل درد را بدون نگرانی از عواقب قانونی و یا نظارتی داشته باشند.

1-Substitute decision-maker

2-Clinical pain management

۸. انجمنهای پزشکی ملی باید دولتها و مؤسسات تحقیقاتی را تشویق به سرمایه‌گذاری بیشتر در زمینه یافتن درمانهای مناسب برای ارتقای مراقبتهای پزشکی پایان زندگی بیماران نمایند. همینطور آموزش مراقبتهای پزشکی تسکینی باید در برنامه‌های درسی دانشکده‌های پزشکی قرار گیرد و در صورت عدم وجود طب تسکینی، تأسیس این تخصص باید در نظر گرفته شود.
۹. انجمنهای پزشکی ملی باید از ایجاد ارتباط بین انستیتوها و ارگانهای دخیل در مراقبتهای تسکینی، به منظور ارتقای ارتباط و همکاری بین آنها حمایت نمایند.
۱۰. پزشکان می‌توانند، در صورتی که عملکردهای حیاتی بیمار برگشت پذیر نباشد، از ابزارهای لازم برای حفظ فعالیت اعضا به منظور اهدای عضو، البته بر اساس چارچوبهای اخلاقی مصوب در بیانیه انجمن جهانی پزشکی سیدنی در مورد تشخیص ورود به فاز مرگ و حفظ فعالیت اعضا، استفاده نمایند.

اصول اخلاقی مرتبط با تامین دارو در مراقبت تسکینی

در گوشه و کنار جهان، دهها میلیون نفر از افراد مبتلا به سرطان بدون دسترسی به درمان مناسب دردهای متوسط تا شدیدی را تجربه می‌کنند. افرادی مانند کودکان یا افرادی با ناتوانایی ذهنی یا اختلالات هوشیاری که قادر نیستند دردهایشان را به درستی بیان کنند، به طور خاص در معرض خطر درمان نامناسب درد قرار دارند. اکثر اینگونه دردها قابل پیشگیری هستند به طوری که با انجام مداخلات درمانی ارزان می‌توان بیشتر دردها را تسکین داده و کیفیت زندگی بیماران و مراقبان آن‌ها را به طور چشمگیری بهبود بخشید. عدم آموزش کارکنان حوزه مراقبت‌های بهداشتی جهت ارزیابی و درمان درد و دیگر علائم و قوانین دولتی محدودکننده و غیرضروری از جمله دسترسی محدود به داروهای اپیوئیدی، دو دلیل عمده برای این شکاف درمانی^۱ می‌باشند.

در زیر اصول اخلاقی مرتبط با تامین دارو بررسی می‌شود:

۱- حق دسترسی به کنترل درد برای همه افراد، که در استانداردها و راهنماهای حرفه‌ای^۲،^۳، و

1-Treatment gap

2- World Medical Association(WMA) Declaration on Terminal Illness (1983, 2006),

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/i2/index.html>

3- World Medical Association(WMA) Declaration on the Rights of the Patient (Declaration of Lisbon), <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/l4/index.html>

در قانون بین‌المللی^۲،^۳،^۴،^۵،^۶ عنوان شده است، باید محترم شده و به طور مؤثر اجرا شود.

۲- پزشکان و دیگر شاغلین حوزه سلامت طبق اصول اخلاقی وظیفه دارند که کیفیت درد بیماران را ارزیابی نموده و داروهای ضددرد از جمله اپیوئیدها را به میزان لازم برای همه افرادی که به داروهای مسکن درد نیاز دارند تجویز کنند. این مساله به ویژه شامل کودکان و دیگر افرادی می‌شود که نمی‌توانند دردشان را به درستی بیان کنند.

۳- دستورالعمل مدیریت درد^۷، باید در همه برنامه‌های درسی اجباری پزشکی و پرستاری گنجانده شده و تداوم داشته باشد.

۴- دولت‌ها باید دسترسی مناسب به داروهای کنترل شده^۸ از جمله اپیوئیدها را برای تسکین درد و رنج بیماران تضمین نمایند. انکار درمان درد، حق سلامت^۹ را نقض می‌کند و می‌تواند نوعی بی‌رحمی، نادیده گرفتن انسانیت، مجازات و یا درمان اهانت آمیز تلقی شود.

۵- سیاست‌های ملی و بین‌المللی کنترل دارو باید تعادلی منطقی بین نیاز به دسترسی مناسب به داروهای کنترل شده برای تسکین درد از طرفی و تلاش برای جلوگیری از سوء استفاده^{۱۰} از این مواد را از طرف دیگر، برقرار کنند. هرچا سیاست‌های محدودکننده نامتناسب و غیرضروری وجود داشته باشد، این قوانین باید بازبینی شوند تا دسترسی مناسب به داروهای کنترل شده تضمین شود.

۶- هر دولتی باید منابع لازم برای توسعه و اجرای طرح درمان ملی درد و نیز مکانیسم پایش^{۱۱} آن و فرآیندی برای دریافت شکایات، زمانی که درد به صورت نامناسب درمان می‌شود، را فراهم نماید.

1- World Medical Association (WMA) International Code of Medical Ethics, London, 1949, amended Sydney, 1968 and at Venice 1983 and at Pilanesberg, 2006 Available

from:[<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html>]

2- <http://www.iasp-pain.org/PainSummit/DeclarationOfMontreal.pdf>

3- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), Art. 12 and General Comment 14 (2000)

4- Covenant on Elimination of All forms of Discrimination Against Women (CEDAW) , Art 14 and General Recommendation 24

5- Convention on the Rights of the Child, Art 24.

6- UN Single Convention on Narcotic Drugs, 1961,

http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1961_en.pdf

7- Pain management instruction

8- Controlled medicine

9- Right to health

10- Misuse

11- Monitoring

فصل سوم

اهداف و استراتژی‌های نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

مقدمه

خدمات و مراقبت‌ها و فرایندهایی که در ذیل نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی به اجرا در می‌آید منطقا باید در راستای تحقق راهبردهای خاص در قدم اول و هدف خاص نظام در قدم بعدی باشد. هدف غایی نظام مراقبت تسکینی و حمایتی همانگونه که در فصل اول 'ذکر گردید 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. آنچه که این نوشته جمع‌آوری نموده است صرفا لیستی از اهداف و راهبردهای نظام مراقبت‌های تسکینی است که طی بررسی‌های انجام شده بعنوان اهداف و راهبردهای مورد توافق و مشترک بین عموم نظام‌های ارائه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی است. مسلما نمی‌توان چنین مجموعه‌ای را تعیین کننده اهداف و راهبردهای نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در کشور دانست. امید می‌رود این نوشته بتواند با ارائه یک چارچوب کلی از اهداف و راهبردهای نظام مراقبت‌های کلان مانع از جزئی نگری یا از قلم افتادن برخی دیدگاه‌ها در این موضوع گردد.

اهداف نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

ذیلا لیستی از اهداف نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی آورده می‌شود:

- هدف ۱-** افزایش آگاهی جامعه، پزشکان و دولت از ضرورت و فواید ارائه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی
- هدف ۲-** ارائه خدمات موثر، 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-** تامین منابع پایا و در دسترس اتم از منابع فیزیکی، تجهیزات و دارو، منابع مالی، منابع انسانی و غیره
- هدف ۵-** یکپارچه‌سازی نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی با نظام سلامت

راهبردهای نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی

ذیلا لیستی از راهبردهای نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی ارائه می شود:

استراتژی ۱- استفاده از رسانه های عمومی ، نشریات و بروشورها برای افزایش آگاهی عمومی در ارتباط با ضرورت مراقبت های حمایتی و تسکینی

استراتژی ۲- در نظر گرفتن مطالبات بیماران و همراهان آنها در تمامی مراحل برنامه ریزی درمانی

استراتژی ۳- در نظر گرفتن تسهیلات و مراقبت های ویژه مختص خانواده بیماران و مراقبان آنها

استراتژی ۴- ارائه خدمات منطبق بر آخرین یافته های علمی

استراتژی ۵- برقراری برنامه های نظارتی برای اطمینان از اثربخشی و رعایت اصول اساسی در ارائه مراقبت ها

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

استراتژی ۷- افزایش ظرفیت ارائه خدمات مراقبت های حمایتی و تسکینی در هر سه سطح آن به گونه ای که دسترسی به خدمات در سراسر کشور مقدور باشد.

استراتژی ۸- همکاری با دانشگاه ها برای تامین نیروی متخصص و تشکیل گروه های چند تخصصی برای ارائه مراقبت های حمایتی و تسکینی

استراتژی ۹- جلب نظر دولت برای اختصاص بودجه و تسهیلات مشخص و پایا برای نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی

استراتژی ۱۰- مشارکت با سازمان های مردم نهاد، خیریه، بیمه ها و سایر سازمان ها در تامین نیروی انسانی، منابع مالی و فیزیکی مورد نیاز

استراتژی ۱۱- رفع موانع موجود در تامین دارو و تجهیزات مورد نیاز برای ارائه مراقبت های حمایتی و تسکینی

استراتژی ۱۲- تامین زیرساخت های مورد نیاز برای تبادل اطلاعات در درون نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی و ارتباط آن با سایر اجزای نظام سلامت

استراتژی ۱۳- تصمیم گیری و سیاست گذاری سالیانه بر اساس شرایط کشور و در راستای توسعه و ارتقای نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی

منابع

- 1- World Health Organization, National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines. – 2nd ed.; 2002.
- 2- National Health Services (NHS), Department of Health, End of Life care Strategies 2008
- 3-African Palliative Care Association (APCA) standards for Providing Quality Palliative Care Across Africa, 2010.
- 4- World Health Organization, Cancer Control: Knowledge into Action: WHO guide for effective program; module 5, 2007.
- 5-Victoria Government Department of Health, Strengthening palliative care: Policy and strategic directions 2011–2015.
- ۶- Canadian Hospice Palliative Care Association , A Model to Guide Hospice Palliative Care, Based on National Principles and Norms of Practice, 2002.

فصل چهارم

ساختار و فرایندهای نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

ساختار ارائه مراقبت های حمایتی و تسکینی

همانطور که در فصل اول آورده شد، نظام مراقبت های تسکینی خدمات متنوعی را چه از نظر نوع خدمت و چه از نظر سطح پیچیدگی آن ارائه میدهد. ارائه چنین خدمات وسیعی لزوماً ساختارهایی را نیاز دارد که هر یک وظیفه ارائه قسمتی از این خدمات را بر عهده گیرد. در ابتدای این فصل به بررسی ساختارهای ارائه دهنده خدمات در نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی می پردازیم.

بخش مراقبت های تسکینی در بیمارستان^۱

ارائه خدمات به بیماران با نیازهای پیچیده (complex) 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 (Hospices) نیستند را برطرف نمایند. برطرف نمودن علائم حاد بیمار و پایدار ساختن وی (Stabilization)، 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. می توان مهمترین فرایندها و خدماتی که این بخش ها به انجام می رسانند را به شکل زیر بیان نمود:

- 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 Stabilization؛
- ارائه مشاوره به بخش های دیگر بیمارستان، به هاسپیس ها و تیم مراقبت در منزل به صورت ۲۴ ساعته؛
- ارائه دوره های آموزشی تخصصی برای پزشکان و پرستاران به صورت تئوری و عملی؛
- ارائه دوره های آموزشی برای دانشجویان پزشکی - پرستاری به صورت تئوری و عملی.

در راستای بهینه‌سازی خدمات مذکور مجموعه‌ای از اقدامات می‌تواند کمک کننده باشد که در ادامه به بررسی راهکارهای افزایش کیفیت خدمات پرداخته می‌شود.

اطمینان از اینکه تنها بیمارانی که نیاز واقعی به بستری دارند در این بخش‌ها بستری می‌شوند:

بعبارتی فرایندهایی باید در نظر گرفته شود تا تخت‌های محدود بخش به بیمارانی که واقعا چنین نیازی دارند، اختصاص یابد در این راستا چند فرایند مهم باید مدنظر باشد:

- **تنظیم مقررات برای اندیکاسیون‌های بستری**

این مهم در سطح سیاستگذاری‌های بیمارستان یا بخش است، به عبارتی بیمارستان یا بخش تصمیم‌گیری مینماید که کدام بیماران لزوما نیاز به مراقبت‌های بستری دارند

- **ایجاد ساختار و مکانیسم ارجاع برای بستری**

این ساختارها و مکانیسم‌ها در سطح ملی ایجاد می‌گردند تا بستری بیماران در سطح تخصصی، وابسته به تشخیص سطح پایین‌تر از آن باشد. به عبارتی بستری شدن بیمار در سطح ثالثیه وابسته به معرفی وی از سطح ثانویه است.

اطمینان از اینکه ارائه مراقبت‌ها در چنین واحدهایی مطابق خواست بیمار و نه فقط بر اساس تشخیص‌های پزشکی به انجام می‌رسد:

به طور معمول در بیمارستان‌ها اساس ارائه خدمات درمانی، تشخیص‌های پزشکی است. در این بخش توجه به خواست و نیاز بیمار اهمیت ویژه‌ای می‌یابد. بنابراین فرایندهای زیر تبیین می‌گردد:

- **ایجاد فرایندهایی برای ارزیابی نیاز و درخواست‌های وی**

- **مانیتورینگ رضایت بیمار از ارائه خدمات**

اطمینان از اینکه ارائه مراقبت‌ها با کیفیت مناسب و سرعت کافی به انجام می‌رسد:

ایجاد زمینه‌ای برای اینکه مشکلات این بیماران به سرعت تشخیص داده شود و با کیفیت مناسب برطرف گردد تا اینکه این بیماران به محل مورد ترجیح خود باز گردد. این موضوع در ارتباط با بیمارانی که در دوران پایانی زندگی خود هستند اهمیت ویژه‌ای از این جهت دارد که این بیماران شانس فوت در محل مورد علاقه‌ی خود را داشته باشند. چارچوب^۱ LCP چارچوب مناسبی برای اطمینان از این موضوع است:

- در نظر گرفتن مکانسیم‌هایی برای تشخیص افرادی که در مراحل نهایی زندگی خود هستند؛
- تنظیم مقررات ویژه روزهای پایان زندگی مانند دستورالعمل رضایت برای عدم احیا بیمار؛
- در نظر گرفتن مکانسیم‌هایی برای ارزیابی و رسیدگی سریع به مشکلات این بیماران.

اطمینان از اینکه بیماران پس از پایان دریافت مراقبت‌ها به محل قبلی دریافت خدمات انتقال می‌یابند:

بیمارانی که در این بخش بستری می‌شوند یا از بخش‌های دیگر بیمارستان و یا از سطوح پایین‌تر ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی به این بخش ارجاع شده‌اند. در هر صورت باید راهکارهایی برای بازگشت بیماران به روند مراقبت‌های قبلی اندیشیده شود. این موضوع در ارتباط با بیمارانی که در روزهای پایانی زندگی خود هستند و تقاضای دریافت مراقبت‌های پایان زندگی را دارند مصداق ندارد و بیمارستان باید این خواسته این بیماران را برآورده نماید. در این راستا می‌توان فرایند های ذیل را تعریف نمود:

- تعیین مقرراتی برای ترخیص بیماران به محض بهبودی مشکل آنها؛
- هماهنگی با سایر بخش‌ها، ساختارها و سطوح ارائه خدمات مراقبت‌های درمانی و یا تسکینی برای ارجاع بیمار در راستای دریافت مراقبت های لازم پس از ترخیص؛
- ارائه مراقبت‌های مربوط به روزهای پایانی زندگی به بیمارانی که درخواست چنین مراقبت‌هایی را دارند.

تامین فضای فیزیکی و روانی مناسب برای بخش مراقبت‌های حمایتی - تسکینی

بسیاری از بیمارانی که در بخش مراقبت‌های تسکینی بستری می‌شوند، پیش‌آگهی پایینی دارند و در آینده‌ای نه چندان دور از دنیا می‌روند. علی‌رغم تمامی تلاش‌ها برای اینکه بیمار در منزل خود یا در همان مکانی که دوست دارد فوت نماید، غیر قابل انکار است که بسیاری از این بیماران در همین بخش‌ها جان می‌سپارند. این موضوع بالقوه می‌تواند مشکلاتی را برای پرسنل، بیماران و همراهان آنها ایجاد نماید. چنین بخشی همانند مکانی برای مرگ می‌تواند تعبیر شود، پرسنل این بخش‌ها تحت فشار روانی شدیدی قرار می‌گیرند. بنابراین به نظر می‌رسد توجه به مواردی ضروری باشد:

- تامین یک فضای فیزیکی مناسب به گونه‌ای که بخش حتی شادتر و جذاب‌تر از سایر بخش‌های بیمارستان باشد؛
- حمایت و در نظر گرفتن برنامه برای مقابله با مشکلات روحی-روانی محتمل برای پرسنل، مراقبان بیمار و خانواده وی.

تیم مشاوره مراقبت تسکینی در بیمارستان^۱

تیم مشاوره مراقبت تسکینی در پاسخ به نیاز به وجود متخصص طب تسکینی شکل می گیرد. این ساختار زمانی که منابع کافی برای راه اندازی و اداره "بخش مراقبت تسکینی در بیمارستان" در دسترس نباشد یا در شرایطی که نیازها محدود باشند، بهترین ساختار محسوب می شود. بنابراین در بیمارستان های محلی که بخش انکولوژی ندارند، راه اندازی این ساختار در مرحله شروع فعالیت های مراقبت تسکینی مفید است. تفاوتی که تیم مشاوره با بخش مراقبت تسکینی (HPCU) دارد این است که در اینجا صرفاً مشاوره به بخش های دیگر بیمارستان در شرایط لازم برای ارائه خدمات تسکینی و کنترل درد و سایر علائم، داده می شود. اما تیم هیچ گونه مسئولیتی در رابطه با ارائه خدمات^۲ نداشته و خودش به صورت عملی درگیر آن نخواهد شد.

می توان مهمترین فرایندها و خدماتی که این بخش ها به انجام می رسانند را به شکل زیر بیان نمود:

- ارائه مشاوره به تیم مسئول ارائه خدمات اولیه (Primary Care)؛
 - پیگیری بیمارانی که از بستری یا خدمات اولیه برخوردار هستند، کمک و توانمند سازی 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 واقعا ضروری است یا نه)؛
 - ارائه مشاوره به مراقبت های 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.
- پرسنل این تیم شامل پزشک متخصص و پرستار آموزش دیده در طب تسکینی می باشند. لازم به ذکر است از آن جا که وظیفه این تیم صرفاً ارائه مشاوره است، نیاز به حضور درمانگر^۳ ندارد.

هاسپیس (Hospice)

هاسپیس ها مکان هایی هستند برای ارائه خدمات معنوی، روانی، اجتماعی و جسمانی با کیفیت بالا برای بیمارانی که در مراحل انتهایی زندگی خود هستند و نیز همین مراقبت ها از خانواده این بیماران و مراقبان آنها، اصلی ترین ویژگی هاسپیس -

1- Hospital Palliative Care Team (HPCT)

2- Providing care

3- Therapist

ها دید کل نگر^۱ آنها است. هدف آنها پوشش تمامی نیازهای بیماران، خانواده و مراقبان آنها است. امروزه هاسپیس ها ارائه خدمات زیر را نیز پوشش می دهند:

- ارائه خدمات بستری بیماران در محیطی شبیه به خانه
- هماهنگی (Coordination) برنامه مراقبت های حمایتی و تسکینی بیماران: به نحوی که در زمان مقتضی بیمار به بیمارستان منتقل شود و یا اینکه در موارد درخواست بیمار با تیم مراقبت های جامعه هماهنگی لازم برای بازگشت بیمار به منزل خود به انجام رسد.
- ارائه خدمات مراقبت های جسمانی، معنوی، روانی و اجتماعی در سطح تخصصی و چند رشته ای
- ارائه آموزش و تربیت نیروی انسانی متخصص در زمینه مراقبت های حمایتی و تسکینی
- ارائه خدمات مراقبت در منزل (توضیح در ادامه آورده شده است).
- مراقبت های سوگواری (مراقبت های پس از فوت بیمار برای خانواده و مراقبان وی)

پنج موضوع مطرح شده در ارتباط با بخش بیمارستانی مراقبت های تسکینی (HPCU) در هاسپیس ها نیز اهمیت دارند بعلاوه اینکه در هاسپیس ها باید چند موضوع دیگر نیز در نظر گرفته شود:

تعیین مقررات برای پذیرش و ترخیص بیماران

تعیین اینکه کدام بیماران دقیقا در هاسپیس ها مورد ارائه خدمات قرار خواهند گرفت؟ بیمارانی که در روزهای پایانی زندگی خود هستند؟ یا بیمارانی که نیاز به مراقبت مکرر تحت نظر متخصص دارند؟ تعیین اینکه این بیماران تا چه زمانی در این هاسپیس میزبانی می شوند؟ تا زمان پایان زندگی؟ به محض بهبودی علائم؟ این موضوع به خصوص در هاسپیس های رایگان اهمیت ویژه ای دارد. عبارتی تعیین اندیکاسیون های بستری در هاسپیس و ترخیص از آن باید تعیین گردد.

هماهنگی ادامه درمان های بیمار

بسیاری از بیمارانی که در هاسپیس ها بستری میشوند. ممکن است نیاز به درمان های رادیوتراپی، انکولوژی یا حتی درمان های جراحی داشته باشند، و یا نیازمند اقدامات تشخیصی مانند سی تی اسکن، بنابراین یا خود هاسپیس باید قادر به تامین چنین زیرساخت هایی باشد. یا اینکه به نحوی با هماهنگی با بیمارستان ها و مراکز پاراکلینیک مشکلات اینچنینی را حل نماید.

تامین منابع مالی

یکی از مهمترین چالش‌ها در زمینه هاسپیس‌ها علی‌الخصوص هاسپیس‌های رایگان تامین منابع مالی مربوط به این هاسپیس‌هاست. جلب مشارکت خیریه‌ها و کمک‌های مردمی یکی از راه‌های متداول در دنیا برای تامین منابع مالی هاسپیس‌هاست. بیمه‌ها هم در تامین منابع مالی چنین مکان‌هایی بی‌سهم نیستند. بدلیل کاهش بار مراجعه بیماران بستری در هاسپیس‌ها به مراکز تخصصی بیمارستانی، بیمه‌ها نیز بی‌میل برای همکاری در تامین مالی هاسپیس‌ها نیستند.

مراقبت های جامعه (Community Care)

مراقبت‌های سطح جامعه برای بیماران برای کاهش بار بیماران به هاسپیس‌ها و بیمارستان‌ها گسترش یافته‌اند. همانگونه که قبلا نیز به این موضوع اشاره شد. حدود ۸۰ درصد از بیماران نیازمند به مراقبت‌های حمایتی- تسکینی که به بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند. در واقع نیاز به یکسری اقدامات اولیه دارند. هدف از این سطح از مراقبت‌ها تامین این نیازها در محل زندگی بیمار بدون ضرورت مراجعه وی به بیمارستان است. در زیر سه مدل ارائه این خدمات مورد بررسی قرار می‌گیرد.

ارائه خدمات تحت نظر تیم مشاور مراقبت تسکینی

همانگونه که قبلا عنوان شد در کشورهایی که تیم مشاوره مراقبت‌های تسکینی (HPCT) وجود دارد، یکی از مهمترین وظایف این تیم راهنمایی مراقبت‌های جامعه است. در این مدل از ارائه مراقبت‌های سطح جامعه پزشک و پرستار زیر نظر تیم متخصص با مشاوره آنها به ارائه خدمات در منزل بیمار می‌پردازند. هزینه پایین ارائه خدمات در مقابل کیفیت بالای آن از مزایای این مدل از خدمات است. پرستار یا پزشک مسئول بیماران یک منطقه جغرافیایی بوده در طول روز دو یا سه بار بیماران خود را ویزیت می‌نماید. سپس معمولاً به واسطه مشورت تلفنی به ارائه خدمات به بیماران می‌پردازد. اثربخشی و موفقیت چنین مدل ارائه خدماتی در گرو چند موضوع است که ذیلاً عنوان می‌گردد:

- باید تیم ارائه مراقبت محدودیت‌های خود در ارائه خدمات را به خوبی بشناسد و در موارد ضروری مشاوره بگیرد؛
- باید پزشک مسئول ارائه خدمات در مواقع رخدادهای اورژانس بتواند، به مدیریت علائم و بیمار بپردازد؛
- دسترسی به داروهای مخدر اساسی؛
- دسترسی به امکانات و تجهیزات اولیه مورد نیاز؛
- آموزش و افزایش آگاهی همراهان و مراقبان بیمار برای انجام یکسری اقدامات اولیه.

خدمات پرستاری مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

در این روش یک پرستار با تجربه و آموزش دیده مسئول ارائه خدمات به بیماران می‌شود. در این روش این پرستار مرتباً بیماران را ویزیت مینماید. هرچند در مواردی که فرد پرستار نداشته باشد این نحوه ارائه خدمت میتواند کمک کننده باشد، لیکن چنین سرویسی نیازمند پشتیبانی از جانب یک پزشک عمومی آموزش دیده در این زمینه می‌باشد. در غیر اینصورت فشار کاری بالایی متوجه پرستار خواهد بود.

مراقبت های تسکینی فراگیر سطح جامعه^۱

در مناطق محدودی از دنیا تیم تخصصی مراقبت‌های تسکینی به ارائه مراقبت‌ها در منزل بیمار می‌پردازد. این تیم تمامی تجهیزات لازم برای ارائه مراقبت‌های تسکینی را به بالین بیمار می‌برد و به ارائه خدمات مربوطه می‌پردازد. این خدمت مرگ در منزل و خدمات با کیفیت بالا را برای بیمار تضمین می‌نماید. هزینه بالای این سرویس ارائه آن را عملاً محدود می‌کند.

خدماتی که در واقع ارائه می‌شود از هر سه مدل منشا می‌گیرد و تحت عنوان مراقبت در منزل از آن یاد می‌شود. ذیلاً به بررسی مراقبت در منزل پرداخته می‌شود.

مراقبت تسکینی در منزل^۲

مراقبت در منزل جزء مراقبت های در سطح جامعه^۳ 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. خدماتی مانند:

- ارائه مراقبت های اولیه؛
- مراقبت های پرستاری؛
- مراقبت اجتماعی؛
- تحویل دارو؛
- پاسخ به پرسش‌ها و ارائه مشاوره؛

1- Comprehensive Community Palliative Care Service

2 -Home Care

3 -Community level

- کار درمانی^۱؛
 - فیزیوتراپی؛
 - برنامه ریزی غذایی^۲؛
 - ارائه خدمات خارج از ساعت کاری؛
 - خدمات پاسخدهی سریع^۳؛
- عدم پوشش کامل و ۲۴ ساعته ارائه خدمات به بیماران از مشکلات اساسی آنان در مراقبت های تسکینی می باشد. یکی از برنامه ها برای مقابله با این امر، خدمات پاسخدهی سریع می باشد که اعضای آن در کنار ارائه مشاوره تلفنی، اقدام به ویزیت های برنامه ریزی شده^۴ و اورژانسی^۴ ۲۴ ساعته و در کل هفته^۵ می نمایند.
- در راستای بهینه سازی خدمات مذکور مجموعه ای از اقدامات میتواند کمک کننده باشد. برخی از این موارد در خصوص بررسی راهکارهای افزایش کیفیت خدمات عبارتند از:
- طراحی سیستمی برای ثبت^۶ موثر بیماران نیازمند دریافت مراقبت های تسکینی و در دسترس بودن اطلاعات آن برای تمامی مراقبان سلامت مرتبط با آن؛
 - در نظر گرفتن سیستم های پزشکی عمومی برای شناسایی، ارزیابی و برنامه ریزی مراقبت؛
 - پشتیبانی از مراقبان در صورت تداوم ارائه خدمات مستقیم به بیمار توسط آن ها؛
 - آموزش به کارکنان برای کسب دانش و مهارت لازم؛
 - دسترسی به خدمات پرستاری و مراقبت های شخصی در ۲۴ ساعت شبانه روز؛
 - دسترسی و امکان انتقال فوری تجهیزات به خانه فرد؛
 - اندیشیدن تدابیری جهت ایجاد هماهنگی بین مراقبت های سطح جامعه با دیگر سطوح، و به ویژه بین خدمات خارج از ساعت کاری با خدمات روزانه^۷؛

-
- 1- Occupational therapy
 - 2- Dietetic planning
 - 3- Rapid response services
 - 4- Planned
 - 5- 24/7
 - 6- Registration
 - 7- Day care services

- ارائه گزارش از نحوه ارائه خدمات به سطوح بالاتر طب تسکینی.

کلینیک روزانه^۱ مراقبت های تسکینی

این ساختار به ارائه مراقبت های تسکینی به بیمارانی که در خانه و یا خانه‌های پرستاری^۲ هستند، می پردازد. همانند هاسپس، وجه تمایز مهم این ساختار، دید کل نگر^۳ و توجه به جنبه های مختلف نیازهای بیماران است. در همین راستا، فعالیت های متنوعی در بهبود وضعیت بیماران مورد توجه قرار می گیرد، فعالیت هایی چون: انجام فیزیوتراپی، کار درمانی، موسیقی و هنر درمانی، ملاقات با افراد دیگری با وضعیت مشابه خود بیماران و برقراری رابطه دوستانه با آنان در یک محیط غیر کلینیکی و...

در این شرایط بیمار در خانه خود بوده و در زمان لازم (معمولا یک یا دو بار در هفته) برای دریافت مراقبت های تسکینی به کلینیک روزانه مراجعه می کند. مزیتی دیگری که اینگونه مراکز دارند، هزینه کم برپایی آن است. همچنین امکان فراغت از مراقبت کوتاه مدتی را برای خانواده بیماران فراهم می کند. در بعضی کشورها رایج ترین شکل ارائه خدمات در این مراکز به این شکل است که بیماران، در روزهای معینی توسط سیستمی که از طرف خود مرکز تدارک دیده شده و معمولا توسط داوطلبان^۴ اداره می شود، به مرکز منتقل شده و پس از دریافت خدمات با همان سیستم به منزل هایشان برگردانده می شوند. بنابراین همان طور که پیداست مساله مهمی که مطرح می شود اندیشیدن تدابیری است که امکان رفت و آمد را برای بیماران تسهیل کند، در غیر این صورت این امر می تواند برای بیماران بسیار دشوار باشد.

نمونه ای از فعالیت های صورت گرفته در این مراکز عبارتند از:

- استقبال از بیماران در بدو ورود؛
- راهنمایی کردن آنان برای پیوستن به گروه های مختلف حاضر در مرکز؛
- انجام فعالیت مورد علاقه خود از بین فعالیت های خلاقانه ای که تدارک دیده شده؛
- صرف نهار؛
- ملاقات با پرستار یا پزشک تیم و دریافت مشاوره و کمک در موارد لازم؛
- تماشای تلویزیون؛

1-Day clinic

۲-Care Home: منظور طیفی از مراکز مراقبت از افراد سالمند (خانه های سالمندان) و گروه های خاص (هاستل ها، شبانه روزی ها و ...) است. با اصطلاح

“Home Care” که در این متن آورده شده است اشتباه گرفته نشود.

3-Holistic

4- Volunteers

– انجام فعالیت های باغبانی؛

– فعالیت های دوخت و دوز و بافتنی؛

نکته مهمی که وجود دارد این است که فعالیت های فوق باید تا حد امکان رایگان بوده و برای بیمار هزینه ای در پی نداشته باشد. آنچه که در این مرکز بیش از ساختارهای دیگر به چشم می خورد، استفاده از *د/وطلبان* در بخش های مختلف است. بنابراین لازم است تا آموزش های لازم در رابطه با کار با بیماران و وضعیت ویژه آنان داده شود. همچنین لازم است در جذب چنین افرادی، معیاری برای جذب افراد مناسب و واجد صلاحیت های لازم تدارک دیده شود.

فرایندهای نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی

در این فصل فرایندهای نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در دو گروه مورد بررسی قرار میگیرند: ۱- فرایندهای اصلی ۲- فرایند های پشتیبانی.

فرایندهای اصلی: این فرایندها مشتمل بر فرایندهایی هستند که به ارائه خدمت و مراقبت میپردازند و به عبارتی حول اهداف نظام و برای تحقق آنها انجام می پذیرند.

فرایندهای پشتیبانی: این گروه از فرایندها در واقع مسئول تامین زیر ساخت برای انجام پذیر شدن فرایندهای اصلی را برعهده دارند.

ذیلا به بررسی این دو گروه از فرایندها در نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی می پردازیم.

فرایندهای اصلی (خدمات) مراقبت های حمایتی و تسکینی

در این قسمت سعی خواهد شد، "مسیر ارائه مراقبت ها"^۱، برای برنامه ریزی، اجرا و نظارت بر خدمات در طیف گسترده ای از شرایط را در نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی مورد بررسی قرار گیرد. بسیاری از عوامل، نیازها و ترجیحات^۲ هر فرد را برای دریافت خدمات تحت تاثیر قرار می دهند. عواملی چون:

- ماهیت خود بیماری و علائمی که به دنبال دارد؛ برای مثال بسیاری افراد مسن، به طور همزمان چندین مشکل سلامتی دارند.
- محیط زندگی؛ مثلا اینکه آیا تنها و یا با دیگران زندگی می کند، یا در خانه های مراقبت^۳، در آسایشگاه و ...
- شرایط اقتصادی-اجتماعی؛ مثل فقر، پناهندگی و...
- وجود آسیب پذیری هایی چون ناتوانی های یادگیری و ذهنی
- تجربه های پیشین مرتبط با سلامت؛ به ویژه در رابطه با مرگ اطرافیان
- نگرش به زندگی و سلامت روانی
- عوامل فرهنگی
- باورهای مذهبی و اعتقادی

۱-Care pathway

۲-Preferences

۳-Care home

اما با وجود همه این تفاوت های میتوان یک مسیر مراقبتی در نظام مراقبت های حمایتی و تسکین مشخص کرد که از شش مرحله مشخص زیر تشکیل شده است (شکل ۱-۲)

- ۱- شناخت و برقراری ارتباط با بیمار
- ۲- ارزیابی نیاز بیمار (assessment)، برنامه ریزی برای مراقبت ها (care planning) و بازنگری برنامه (Review)
- ۳- هماهنگ سازی برای دریافت مراقبت ها (Care Coordination)
- ۴- ارائه خدمات با کیفیت بالا
- ۵- مراقبت های ویژه ی آخرین روزهای زندگی
- ۶- مراقبت های پس از فوت بیمار



نمودار ۱-۲- فرایندهای اصلی مراقبت در نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی (مسیر ارائه)

برقراری ارتباط و بحث با بیمار در رابطه با دریافت مراقبت های تسکینی

یکی از عناصر کلیدی مراقبت های تسکینی، اطمینان از این امر است که خدمات ارائه شده به مردم، تا آنجا که امکان دارد پاسخگوی نیازهای آن هاست. برای رسیدن به این هدف ضروری است که افراد مسئول تامین مراقبت ها، از نیازها و ترجیحات هر فرد آگاه باشند، هم چنین باید به بیماران فرصتی داده شود برای در نظر گرفتن تمایلات و خواسته های آنان در رابطه با دریافت خدمات، بر اساس اطلاعاتی که در مورد سیر بیماری شان و انواع خدمات در دسترس به آن ها داده می شود. این مساله که برخی از مردم تمایلی به برخورد با مرگ خود و صحبت راجع به آن، چه با خانواده های خود و چه با کارکنان بهداشت و مراقبت اجتماعی، ندارند باید به رسمیت شناخته شده و خواستشان محترم شمرده شود.

افرادی که به بحث و گفتگو با بیماران می پردازند، لازم است که دانش و مهارت کافی را در این امر داشته باشند، در غیر این صورت طرح چنین بحثی می تواند برای هر دو طرف آزار دهنده باشد. صداقت در بحث، میزان دریافت فرد از گفتگوها و میزان تمایلش برای دریافت اطلاعات بیشتر و نیز حضور دیگر افراد خانواده، مسائلی هستند که باید مورد توجه قرار بگیرند.

بنابراین به طور خلاصه فرایندهایی که در این مرحله قرار می گیرند شامل موارد زیر هستند:

۱. برقراری ارتباط با بیمار؛
۲. در نظر گرفتن دیدگاه ها و درخواست های بیمار در ارتباط با مراقبت ها؛
۳. دادن اطلاعات به بیمار برای اینکه بتواند در مرحله بعد در ارتباط با اولویت های درمانی خود تصمیم گیری نماید.

ارزیابی^۱ و برنامه ریزی^۲ برای دریافت مراقبت های تسکینی

در این مرحله لازم است تا ابتدا یک ارزیابی جامعی در رابطه با نیازهای مختلف بیمار اعم از: نیازهای جسمی، روانی^۳، اجتماعی، معنوی^۴، فرهنگی - اجتماعی و... صورت گیرد. یکی از جنبه های مهم در این مرحله، ارزیابی بیمار از نظر وضعیت اقتصادی و توانایی در پرداخت هزینه ها (در صورت لزوم) است. هم چنین باید ترجیحات فرد در رابطه با تمایلش برای نوع و

-
- 1-Assessment
 - 2-Planning
 - 3-Psychological
 - 4-Spiritual

نیز محل دریافت مراقبت‌ها، مشخص شود. از دیگر مسائل مهم روشن کردن دیدگاه بیمار در رابطه با احیا^۱ در شرایط لازم است. سپس باید طرح مراقبت‌های تسکینی^۲ فرد، باتوجه به نتایج حاصل از ارزیابی نیازها و تمایلات و ترجیحات بیمار، مشخص شود. این طرح، و به ویژه نظر مکتوب بیمار در رابطه با احیا، باید در دسترس همه افرادی که قانوناً اجازه دسترسی به آن را دارند و به ویژه پزشکان و کارکنان خارج از ساعات کاری^۳، کارکنان بخش اورژانس و خدمات فوری قرار بگیرد. یکی از ابزاری که می‌تواند به این امر کمک کند، وجود پرونده الکترونیکی بیمار و در دسترس بودن آن برای افراد مذکور است.

همچنین باید توجه کرد که نیازها و خواسته های بیمار با تغییر شرایط بیماری و نیز میزان حمایت خانواده و دیگر عوامل می‌تواند در طول زمان تغییر کند، که لازم است هر دوی این‌ها و بالتبع طرح مراقبتی، به طور منظم مرور^۴ و در صورت لازم به روز^۵ شود.

بنابراین عمده فرایندهای این مرحله عبارتند از:

۱. ارزیابی نیازهای بیمار
۲. تعیین اولویت بیماران در رابطه با: ۱- نوع مراقبت و ۲- محل مراقبت
۳. برنامه ریزی طرح مراقبت با توجه به ۲ مرحله قبل
۴. بازنگری طرح مراقبت با تغییر شرایط

هماهنگ سازی برای دریافت مراقبت‌ها^۶

پس از مشخص کردن طرح مراقبت های تسکینی لازم است تا تمام خدمات مورد نیاز فرد به شیوه ای موثر هماهنگ شود. با توجه به اینکه وضعیت بیمار ممکن است به سرعت تغییر کند، ضروری است که تمام خدمات بدون تاخیر و متناسب با فرصت و زمانی که بیمار برای دریافت مراقبت‌ها دارد، هماهنگ شود. افراد ممکن است نیاز به دریافت خدمات از بخش‌ها

1-Resuscitation

2-Care plan

3-Out of hour

4- Review

5-Update

6-Care coordination

و ساختارهای مختلف مثل بیمارستان، هاسپس، خانه مراقبت ها^۲ یا خانه خودشان داشته باشند، که عدم آشنایی کارکنان یا دیگر بخش های تامین کننده خدمات، با این مساله موجب می شود که هماهنگی وقت زیادی گرفته و ممکن است نهایتاً بیمار بر خلاف خواسته خود و در محلی به غیر از مکان مورد انتظارش فوت کند.

در یک دید کلی این هماهنگی می تواند در سطوح مختلف اتفاق بیفتد:

- **هماهنگی درون یک تیم ارائه کننده خدمت؛** به طور مثال هماهنگی بین پرستار، پزشک، مددکار اجتماعی و ...
 - **هماهنگی بین تیم های مختلف درون یک ساختار؛** به طور مثال هماهنگی بین تیم انکولوژی و تیم مراقبت های حمایتی و تسکینی
 - **هماهنگی بین ساختارهای مختلف؛** گاهی نیاز به تغییر ساختار مراقبت های تسکینی به طور دائم یا موقت است، مثلاً فردی که پس از مدتی در شرایط مناسب تری از بیماریش قرار می گیرد و نیاز به مراقبت ها در بیمارستان ندارد، می تواند خدمات را در سطوح پایین تری چون هاسپس و یا در خانه دریافت کند.
- همان طور که پیشتر بیان شد، برای ایجاد هماهنگی موثر میتوان از فناوری اطلاعات و ثبت پرونده الکترونیکی بیمار و طراحی سیستم هایی برای اطلاع رسانی و هماهنگی در سطوح مختلف، استفاده کرد.

ارائه خدمات با کیفیت بالا

فرد بیمار، خانواده اش و ارائه کنندگان خدمات ممکن است نیاز به ترکیب پیچیده ای از انواع خدمات شامل موارد زیر داشته باشند.

- مراقبت های اولیه
- مراقبت های در سطح جامعه
- مراقبت های پرستاری
- مراقبت های تخصصی تسکینی
- خدمات کلینیک های روزانه
- مراقبت های فرهنگی - اجتماعی
- مراقبت های روانی

- مراقبت های معنوی
- مراقبت های جسمانی
- حمایت از مراقبان بیمار
- فیزیوتراپی
- و....

این خدمات بسته به میزان پیشرفتگی و پیچیدگی مشکل بیمار بواسطه ساختارهای متفاوتی ارائه می شوند. بیمارستان، هاسپیس، تیم مراقبت های تسکینی، خدمات مشاوره مراقبت های تسکینی از جمله ساختارها و روش های ارائه این خدمات به بیماران هستند. برای آشنایی با فرایند ارائه خدمات با کیفیت بالا، پس از اشاره به سایر فرایندها، در انتهای این بخش به برخی از مهمترین این خدمات به تفصیل اشاره خواهد شد.

مراقبت در روزهای پایانی زندگی

نحوه مراقبت از افراد در روزهای پایانی زندگی و خدمات مرتبط با مرگ، به یقین شاخصی از نحوه مراقبت از بیماران و افراد آسیب پذیر است. بنابراین منطقی است که مراقبت در روزهای پایانی زندگی، به عنوان فعالیتی اصلی و با اهمیتی به اندازه دیگر زمینه های مراقبت های بهداشتی و اجتماعی، به رسمیت شناخته شود. اینکه مردم چگونه می میرند در خاطره ماندگار بسیاری از بستگان، کارکنان سلامت و مراقبان اجتماعی می ماند. از این رو درک مسئولیت برای تامین خدمات با بالاترین کیفیت در روزهای پایانی زندگی توسط مراقبان سلامت، مساله بسیار مهمی است.

فرایند مهم در این مرحله تشخیص زمانی است که فرد وارد فاز مرگ^۱ می شود. این مساله می تواند بسیاری از اوقات چالش برانگیز باشد. در زمینه یک بیماری وخیم و پیشرونده محدود کننده حیات، و در زمان عدم وجود علائمی از برگشت و بهبود بیمار، وجود یک سری از نشانه ها می تواند پیشنهادکننده این امر باشد که فرد روزها و ساعات پایانی زندگی خود را گذارند. در این شرایط باید اقدامات مناسب صورت بگیرد. ضروری است که مراقبان سلامت با ترجیحات بیمار و تصمیمش در رابطه با احیا (اینکه آیا بیمار درخواست احیا دارد یا که خیر) آگاه باشند. و در صورتی که بیمار فاقد توانایی لازم برای اتخاذ تصمیم در این زمینه باشد و هر جا که امکانش باشد باید خانواده وی در بحث هایی در رابطه با تصمیم گیری برای

ادامه درمان^۱ و یا قطع^۲ آن شرکت کنند. در این شرایط ممکن است که مرگ خیلی سریع اتفاق بیفتد، بنابراین حتما باید خانواده فرد برای درک این موضوع و جلب موافقتشان در مورد اقدامات بعدی، مورد مشورت قرار بگیرند.

"دستور عدم احیا"^۳ عنصر مهمی در مراقبتهاست، که ممکن است طی بحث و گفتگوهای پیشرفته با بیمار و خانواده‌اش اتخاذ شود. لازم است که بیمارستان‌ها سیاست و برنامه روشنی در این زمینه داشته باشند و توسط ساختارها و بخش‌های مختلف ارائه خدمات از جمله آمبولانس‌ها، خانه‌های مراقبت، هاسپیس و ... رعایت شود.

مراقبت پس از فوت بیمار

همانگونه که در فصل اول اشاره شد مطابق نظریه مراقبت یکپارچه، مراقبت های تسکینی با فوت بیمار متوقف نشده و بلکه کماکان ادامه می یابد. لازم است که مراقبان سلامت آشنایی کافی با خدمات، پاسخ گویی به خانواده فرد، خواسته ها و نیاز های معنوی، روحی و فرهنگی آن ها داشته و به ایشان برای برخورد با از دست دادن عزیزشان کمک کنند. حمایت موثر از خود مراقبان جهت نیل به چنین مقصودی ضروری است. هم چنین کارکنان سلامت باید آشنایی لازم را با نقش پزشکی قانونی و تشخیص ضرورت ارجاع به آن در صورت لزوم داشته باشند.

از دیگر مسائل مهم پس از مرگ مساله اهدا عضو است که در بعضی از موارد امکان آن وجود دارد. ممکن است که خود فرد پیش از فوت رضایت خود را برای اهدا عضو اعلام کرده باشد و یا فردی از نزدیکان وی که واجد صلاحیت تصمیم‌گیری در این زمینه است، با اعلام تمایل متوفی به چنین اقدامی، اجازه اهدا عضو بدهد. بحث با نزدیکان فرد متوفی پیرامون اهدا عضو باید با در نظر گرفتن باورهای فرهنگی و اعتقادی فرد متوفی و خانواده اش همراه باشد. هماهنگ کنندگان اهدا و پیوند عضو^۴ افرادی هستند که برای این منظور آموزش دیده و بنابراین مناسب ترین افراد برای انجام بحث های لازم هستند.

برخی از مهمترین خدمات نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

همانگونه که پیشتر اشاره شد در این قسمت پنج مراقبت مهم از مجموعه مراقبت‌های نظام مورد بررسی قرار میگیرد. از آنجایی که این مراقبت‌های در سطوح مختلفی از میزان پیچیدگی و تخصصی بودن ارائه میشوند هریک از آن‌ها در سه

-
- 1- Intensive treatment
 - 2- Treatment withdrawal
 - 3- Do Not Attempt Resuscitation (DNAR)
 - 4- Donor transplant coordinator

سطح عمده نظام مراقبت‌های بهداشتی- درمانی یعنی سطوح اولیه، ثانویه و ثالثیه^۱ مورد بحث قرار خواهند گرفت. بغیر از مراقبت‌هایی که در این بخش آورده شده‌اند، مراقبت‌های مربوط به روزهای پایانی زندگی و مراقبت‌های پس از فوت بیماران (مختص خانواده) به دلیل اهمیت و همچنین شباهت آن در بین تمامی بیماران در قسمت قبل (مسیر ارائه مراقبت‌ها) بررسی شده‌اند.

کنترل علائم و درد بیماران^۲

درد مزمن، متوسط تا شدید، یک علامت شایع در سرطان است. هرچند افزایش دسترسی به شیوه‌های مختلف درمان طول زندگی بسیاری از بیماران را افزایش داده، اما علائم درد همچنان به عنوان مشکلی برای بخش قابل توجهی از این بیماران مطرح است. از آن جا که در حال حاضر امکان کنترل درد و سایر علائم وجود دارد، لازم است تا سنجش جامعی از علائم و درد به عمل آید، تا بیمار بیهوده بار درد را به دوش نکشد.

کنترل مؤثر درد و سایر علائم، اساس مراقبت های تسکینی را تشکیل داده و موثرترین شیوه در این زمینه، روش تیمی^۳ در برخورد با نیازهای روانی، اجتماعی، روحی و فیزیکی بیمار و خانواده‌اش است. مسائل بنیادی مطرح در کنترل علائم و درد شامل تخصص پزشکی^۴، کیفیت مراقبت های پرستاری، ارزیابی جامع^۵ نیازهای بیماران با توجه کامل به جزئیات، مرور منظم^۶ و مهارت‌های ارتباطی است. با توجه به شدت درد و علائم و میزان پیچیدگی آن، کنترل درد در سطوح مختلف مراقبت‌های بهداشتی- درمانی انجام می شود.

الف - سطح اولیه

- ↔ مراقبان به شکایت بیمار از درد توجه کرده و و سنجش اولیه^۷ درد و علائم را برعهده می گیرند.
- ↔ سنجش علائم بیمار ثبت می‌شود.

1 - Primary, Secondary & Tertiary Health Care

2-Pain and symptom management

3-Team approach

4-Medical expertise

5-Thorough assessment

6-Regular review

7- Primary assessment

- ↪ مراقبان، به مسکن های درجه اول مانند پاراستامول، پانادول، ایبوپروفن و... دسترسی داشته و تحت نظر مراقبان در سطوح بالاتر، می توانند به مسکن های درجه ۲ و ۳ نیز دسترسی داشته باشند. (رجوع شود به پلکان ضددرد WHO ؛ www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/)
- ↪ مراقبان بیمار و خانواده اش را در تصمیم گیری درباره مداخلاتی که انجام می دهند مشارکت می دهند.
- ↪ روش های دارویی و غیردارویی کنترل علائم و درد برای بیمار فراهم می شوند.
- ↪ اثربخشی^۲ مداخلات در تسکین درد ثبت می شود.
- ↪ چارت ساده ای از مصرف داروها برای کنترل درد، جهت استفاده در منزل، تهیه شده و نحوه استفاده از آن به بیماران آموزش داده می شود.
- ↪ درد در فواصل زمانی منظم دوباره سنجیده می شود^۳.
- ↪ مراقبان به دستورالعمل های روشنی درباره نحوه درخواست کمک از سطوح بالاتر، به ویژه در خارج از ساعات کاری^۴، دسترسی دارند.
- ↪ سیستم ارجاع^۵ به سطوح بالاتر وجود دارد تا پشتیبانی بالینی لازم را برای بیمار و خانواده وی فراهم سازد.

ب- سطح ثانویه

- همه موارد سطح اول در این سطح نیز انجام می شود علاوه بر آن:
- ↪ مراقبان درباره مراقبت تسکینی و اهمیت شناسایی علائم بیمار از جمله درد آموزش داده می شوند.
- ↪ یک تیم بین رشته ای^۶ برای پشتیبانی از سنجش جامع و کنترل علائم و درد بیمار وجود دارد، و/یا سیستم شبکه ای^۷ برای ارائه چنین سرویس هایی در دسترس است.
- ↪ عوارض جانبی داروها پیش بینی شده و در صورت لزوم درمان می شود.

1- WHO analgesic ladder

2- Effectiveness

3-Re-assessed

4-Out of hour

5-Referral

6-Inter-disciplinary team

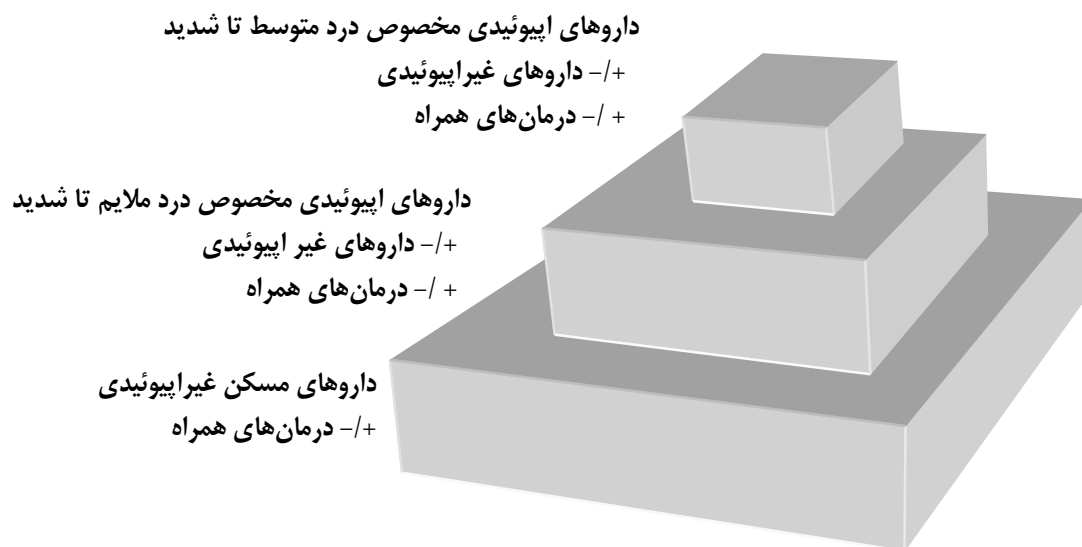
7-Network system

- ↪ در طول خدمت، آموزش حرفه‌ای مداوم به صورت بین رشته‌ای^۱ و با فواصل منظم وجود دارد تا اطمینان حاصل شود دانش مراقبان در رابطه با کنترل درد به روز^۲ است. مراقبان به مسکن های درجه ۱ و ۲ دسترسی داشته و تحت نظر مراقبان سطح بالاتر میتوانند به مسکن های درجه ۳ نیز دسترسی داشته باشند.
- ↪ مراقبان موارد ارجاع از سطح پایین تر را دریافت و مدیریت می کنند و پس از بازگشت بیمار به وضعیت مطلوب تر، وی را برای دریافت خدمات به سطح پایین تر بر می گردانند.
- ↪ مراقبان دستورالعمل های روشنی درباره نحوه درخواست کمک از ارائه دهندگان خدمات سطح ۳، به ویژه در خارج از ساعات کاری، دارند.
- ↪ مراقبان موارد پیچیده را تشخیص داده و به خدمات سطح ۳ برای کنترل پیشرفته ارجاع می دهند.

ج - سطح ثالثیه

- ↪ همه موارد سطح دوم بعلاوه:
- ↪ برنامه جامع مراقبت^۳ برای سنجش و کنترل علائم و درد بیمار موجود بوده و از مراقبان سطح ۱ و سطح ۲ پشتیبانی می شود تا اطمینان حاصل شود که برنامه مراقبتی دنبال می شود.
- ↪ تمام داروهای نردبان ضد درد WHO (تصویر -۱) از جمله مواد اپیوئیدی قوی مانند مورفین خوراکی در دسترس می باشد.
- ↪ مراقبان موارد ارجاع از سطوح پایین تر را دریافت و مدیریت می کنند و پس از بازگشت بیمار به وضعیت مطلوب تر، وی را برای دریافت خدمات به سطوح پایین تر بر می گردانند.
- ↪ مراقبان این سطح مسئولیت آموزش به سطوح پایین تر را برعهده می گیرند.
- ↪ پژوهش عملیاتی^۴ برای ارزیابی اثربخشی برنامه کنترل علائم و درد انجام می شود.
- ↪ مکانیزم های مناسبی وجود دارد که ارجاع بیمار برای مداخلات تخصصی در کنترل درد و/یا علائم پیچیده را تسهیل می کنند. برای مثال ، در موارد خون ریزی غیرقابل کنترل یا نیاز به پرتودرمانی و....

-
- 1- Inter-disciplinary in-service continuing professional education
 - 2- Up-to-date
 - 3-Comprehensive plan of care
 - 4-Operational research



تصویر-۱: پلکان دسترسی به دارو مطابق نظر سازمان جهانی بهداشت

داروها در سه سطح خدمات دسته بندی میشوند و مراقبان هر سطح به داروهای همان سطح دسترسی خواهند داشت و استفاده از داروهای سطح بالاتر مگر تحت نظر یا با مشورت سطح بالاتر امکان پذیر نیست.

- مسکن های غیر ایبوئیدی: آسپرین و پاراستامول (Paracetamol)
- ایبوئید برای درد ملایم تا متوسط: کدئین
- ایبوئید برای درد متوسط تا شدید: مرفین

مراقبت روانی

الف - سطح اولیه

↔ ارائه کنندگان مراقبت ها، گفتگو با بیمار و خانواده اش را انجام می دهند تا اثر اجتماعی و روانی بیماری را در طول مدت آن مورد بررسی قرار دهند و به دور از دلداری کاذب، رفتاری مهربانانه و همدلانه داشته باشند.

- ↔ مراقبان نیاز به حمایت روان شناختی، اجتماعی و معنوی را تشخیص می دهند. آنها علت اصلی پریشانی بیمار را در هر ملاقات بررسی می نمایند و بیماران را جهت خدمات روان شناختی به سطح ارائه خدمات جامعه^۱ ارجاع می دهند.
- ↔ مراقبان سنجش اساسی نیازهای حسی و اجتماعی بیمار و خانواده اش و از جمله فرزندان را متقبل می شوند، وی را مورد حمایت اساسی قرار می دهند و جهت برآورده نمودن نیازهای پیچیده، بیمار را ارجاع می دهند. این سنجش مشتمل بر گفتگو پیرامون معنای بیماری برای بیمار و خانواده وی می باشد.
- ↔ مراقبان در زمینه ی ارتباطات پایه، مهارت های مشاوره ای و مراقبت سوگواری^۲، آموزش هایی را گذرانده اند و این آموزش ها را عملاً به کار می گیرند.
- ↔ بیماران و خانواده های آنان در موقعیت فعلی پذیرفته و مجاب شده اند که مراقبان آنها را ترک نمی نمایند.
- ↔ مراقبان در مواجهه با مشکلات اجتماعی و حسی، می دانند برای دریافت کمک های بیشتر، خانواده ها را چگونه و به کجا ارجاع دهند.
- ↔ ارجاعات مناسب جهت برطرف نمودن نیازهای روانی پیچیده انجام می شود.
- ↔ مراقبان میزان حمایت خانوادگی و اجتماعی را مورد بررسی قرار می دهند و در مشاوره با بیمار، از آن برای برآورده نمودن بعضی از نیازهای اجتماعی روانی بهره می برند.
- ↔ مراقبان وجود برچسب^۳ بیماری و تبعیض مرتبط با بیماری را درون و بیرون از خانواده بررسی می نمایند.
- ↔ برچسب بیماری و تبعیض از طریق مدل سازی مراقبت محترمانه^۴ و از طریق آموزش خانواده و جامعه برطرف می شود.
- ↔ در اختیار بیماران و خانواده های آنان فرصت هایی قرار داده می شود تا نیازهای حسی، اجتماعی و عملی خود را به بحث و گفتگو بگذارند، همانند شهریه ی مدارس فرزندان، حمایت قانونی و گزینه هایی برای برآورده نمودن نیازهایی که مشترکاً شناسایی و انجام شده اند .
- ↔ اختیار بیمار و خانواده وی شامل حفظ شأن آنها و فرصتی برای انتخاب فعالیت درمانی، محفوظ است.
- ↔ مراقبان در تکنیک های خودآگاهی^۵ مورد حمایت هستند و تشویق می شوند تا از بازتاب آن جهت تصدیق اثر بر روی کسانی که با مرگ یا فقدان دست و پنجه نرم می کنند یا در حال مرگ می باشند، استفاده نمایند.
- ↔ مراقبان به برگزاری جلسات نظارتی مرتب و انجام بازدیدهای میدانی نظارتی متعهد هستند.

1 Community Level

2 Bereavement support

3 stigma

4 Modeling respectful care

5- Self awareness

- ↔ افزایش کیفیت زندگی بیمارانی که در پایان بیماری قرار دارند و خانواده های آنان در اولویت قرار دارد.
- ↔ مراقبان سوابق اقدامات روانی اجتماعی را ثبت می نمایند.

ب- سطح ثانویه

- ↔ کلیه ی موارد ذکر شده در سطح ۱ و علاوه بر آن:
- ↔ در اقدامات روانی اجتماعی، کارکنان، مددکاران یا مشاوران اجتماعی و ارائه دهندگان مراقبت معنوی آموزش دیده و مجرب حضور دارند. این افراد مراقبت و توصیه های روانی اجتماعی و عملی را ارائه می نمایند یا از طریق کارکنان دیگر بر مراقبت روانی اجتماعی نظارت می نمایند.
- ↔ سنجش^۱ روانی اجتماعی جامع اجرا و ثبت می شود.
- ↔ سنجش روانی اجتماعی مشتمل بر یافتن راههایی است که توسط آن بیماری زندگی فردی، استراتژی های مقابله ای، منابع حمایتی آنها و گفتگو پیرامون امیدها، انتظارات و روابط آنان را تغییر داده است تا هر گونه نیازی که باید برطرف شود، مشخص گردد.
- ↔ سنجش مشتمل بر اطلاعاتی پیرامون مسائل و روابط خانوادگی می باشد که این اطلاعات با استفاده از ابزار روابط خانوادگی همانند ژنوگرام و درخت خانواده قابل کسب می باشند. این امر نحوه ی عملکرد خانواده و نیاز به کمک عملی (برای مثال منابع مادی از قبیل پول و مسکن) را بر مبنای فعالیت های حیاتی روزانه و مسائل اجتماعی، ثبت و خلاصه می نماید.
- ↔ نشست های خانوادگی جهت گفتگو و مدیریت جمعی نیازهای پیچیده ی مراقبت خانوادگی از قبیل حل تضادهای خانوادگی برگزار می شوند.
- ↔ سنجش به اولویت بندی نیازهای روانی اجتماعی و شمول آنها در برنامه ی مراقبت کل نگر منجر می شود.
- ↔ مراقبان درمان دارویی اختلالات روان پزشکی از قبیل افسردگی را شناسایی و آغاز می نمایند.
- ↔ علایمی از قبیل اضطراب و خشم از طریق حمایت روانی اجتماعی و اقداماتی که می توانند مشتمل بر روان درمانی، درمان های رفتاری شناختی و درمان های آموزشی باشند، تسکین می یابند.
- ↔ در هر بازدید، مراقبان در صورت لزوم با استفاده از سنجش روانی اجتماعی یا از طریق ابزار سنجش و غربالگری پریشانی مانند دماسنج پریشانی، سطح پریشانی بیمار و عدم مراعات شرایط مراقبت را می سنجند.

- ↔ مراقبان ی که شاهد بیان احساسات شدیدی هستند، با رفتاری مناسب همراه با دلسوزی و همدلی واکنش نشان می دهند.
- ↔ مراقبان نقاط قوت و ضعف خانواده از قبیل سنت ها، هنجارها و ارزش های آن را درک می نمایند، زیرا اینها در برنامه ریزی مراقبت حائز اهمیت هستند.
- ↔ مراقبان مراقبت و حمایت اساسی در عزاداری را ارائه می نمایند.
- ↔ مراقبان واکنش های پیچیده ی سوگواری را شناسایی می نمایند و به خانواده کمک می کنند این واکنش ها را مدیریت نمایند یا خانواده ها را به منابع حمایتی تخصصی عزاداری ارجاع می نمایند.
- ↔ مراقبان سایر اعضای گروه و مراقبان مبتدی و متوسط را آموزش می دهند، بر آنها نظارت می نمایند و آنها را مورد حمایت قرار می دهند.
- ↔ مراقبان پایگاه داده ی جامعه . سایر منابع را ایجاد و نگهداری می نمایند که در آن بیماران و خانواده ها می توانند به مراقبت حسی و اجتماعی فراتر از سازمان یا خدمات دسترسی داشته باشند.
- ↔ مراقبان فرآیندی را که به خوبی ثبت شده است، جهت دریافت و مدیریت ارجاعات کسانی که دارای نیاز حمایت عاطفی و اجتماعی می باشند، ایجاد و پیاده سازی می نمایند.
- ↔ مراقبان از رویکردهای روانی اجتماعی استفاده می نمایند که در توانمندسازی بیماران و نزدیکان آنها در بیان افکار، احساسات و نگرانی های مرتبط با بیماری مورد ملاحظه می باشند.

ج- سطح ثالثیه

- ↔ تمامی موارد ذکر شده در سطح و علاوه بر آن:
- ↔ رهنمودهای عملی بالینی جهت مدیریت علایم روانی اجتماعی ایجاد و پیاده سازی می شوند.
- ↔ مراقبان قبول نقش سرپرستی در پژوهش پیرامون نیازهای احساسی و اجتماعی بیماران و خانواده های تحت تأثیر بیماری های مرگبار را متعهد می شوند.
- ↔ مراقبان در مورد مسائل پیچیده ی احساسی و اجتماعی، خدمات مشاوره ای ارائه می دهند.
- ↔ مراقبان حامیان شمول مسائل احساسی و اجتماعی در برنامه های مراقبتی و آموزشی می باشند.
- ↔ مراقبان رسیدگی، ارزیابی و پژوهش ابتدایی در جنبه های احساسی و اجتماعی مراقبت تسکینی و عزاداری را ارائه می نمایند.
- ↔ رهنمودهای روانی اجتماعی برای استفاده توسط خدمات دهندگان سطح ۱ و ۲ تهیه می شود.
- ↔ نظارت و آموزش جهت خدمات دهندگان سطح ۱ و ۲ ارائه می گردد.

↪ مراقبان جهت ارائه‌ی اطلاعات، بحث پیرامون اهداف مراقبت، پیشنهاد حمایت به بیمار یا خانواده‌ی وی و جهت تهیه و اجرای طرح‌های مراقبت اجتماعی جامع، جلسات مرتبی را با بیمار و خانواده‌ی وی برگزار می‌نمایند.

مراقبت معنوی

سطح اولیه

- ↪ مراقبان قادرند مناسب‌ترین زمان و فضا را جهت آغاز و بحث پیرامون نیازهای معنوی همراه با بیمار و خانواده‌ی وی مشخص نمایند و اطلاعاتی را پیرامون دسترسی به خدمات مراقبت معنوی در اختیار آنان قرار دهند.
- ↪ سنجش نیازهای معنوی اولیه‌ی بیمار و خانواده‌ی وی به قصد شناسایی نیازها و ارائه‌ی حمایت اولیه ضروری می‌باشد.
- ↪ جهت نیازهای معنوی پیچیده‌ای که نیاز به برآورده شدن دارند، ارجاع مناسب صورت می‌پذیرد و در مورد اینکه مراقبان نمی‌توانند تمام پرسش‌های وجودی را پاسخ گویند، آگاهی وجود دارد.
- ↪ در میان تمامی مراقبان معنوی تمام طبقات مذهبی جامعه همکاری وجود دارد و بیمار و خانواده‌ی وی در صورت لزوم به آنها دسترسی دارند.
- ↪ پرسش‌های ساده پیرامون معنویت از قبیل پرسش‌های فیکا^۱ (صفحه ۴۳ را ببینید) در ابزارهای سنجش بیمار گنجانده می‌شوند و مراقبان قادرند بحث پیرامون مسائل معنوی را آغاز نمایند.
- ↪ مراقبان قادرند درد معنوی را تشخیص دهند، آن را تصدیق نمایند و اطمینان دهند که توسط آنها یا از طریق ارجاع (با رضایت و احترام) مورد توجه قرار می‌گیرد. این فرآیند ثبت می‌شود.
- ↪ پیش زمینه، اعتقادات، سنن و آداب مذهبی بیمار و خانواده مورد احترام مراقبان قرار دارند، بدون آنکه قصد تغییر آنها را داشته باشند، بلکه آنها را در بافت خود مورد حمایت قرار می‌دهند.

سطح ثانویه

- ↪ همه‌ی موارد ذکر شده در سطح ۱ و علاوه بر آن:
- ↪ نیازهای معنوی فراتر از ظرفیت خدمات دهندگان سطح ۱ شناسایی می‌شوند و در محل یا از طریق ارجاع برآورده می‌شوند.
- ↪ نیازهای معنوی در طرح مراقبت گنجانده می‌شوند.

- ↩ از بیماران و خانواده‌هایشان پرسش‌هایی در مورد الزامات اعتقادات خاص و آداب پرسیده می‌شود.
- ↩ بیماران و خانواده‌های آنان دسترسی منظمی به مراقبان معنوی دلخواه خود دارند.
- ↩ مراقبان مراحل اندوه را درک می‌نمایند و مراحل اندوه بیمار و خانواده‌ی وی و وجود ارتباط خاص بین این مراحل با معنویت آنها را تشخیص می‌دهند.
- ↩ ارجاعاتی جهت مدیریت نیازهای معنوی پیچیده‌ی فراتر از ظرفیت این سطح ضروری می‌باشند.

سطح نالتیه

- ↩ همه‌ی موارد ذکر شده در سطح ۲ و علاوه بر آن:
- ↩ بیماران به خدمات مشاوره‌ای پیشرفته جهت نیازهای معنوی پیچیده‌ی خود دسترسی دارند.
- ↩ سنجش دقیق نیازهای معنوی بیماران و خانواده‌هایشان ضروری است.
- ↗ در بسیاری مذاهب در مورد نیاز به سنی که موجب آسیب به معنویت می‌شوند و برای برقراری آرامش ضروری می‌باشند آگاهی وجود دارد. اطمینان داده می‌شود که اینها در دسترس می‌باشند.
- ↩ دسترسی آسان به مراقبت معنوی در گروه مراقبت یا شبکه‌ی ارجاعی به رهنمودهای معنوی در مذاهب مختلف وجود دارد.
- ↩ مراقبان برای تفکر در مورد معنویت خود زمان دارند.
- ↩ پژوهش و رسیدگی در موضوع تدارک مراقبت روحی انجام می‌شود.

مراقبت فرهنگی – اجتماعی

سطح اولیه

- ↩ مراقبان پرسش‌های را مطرح می‌نمایند که کمک می‌کند فرهنگ بیمار و چگونگی تأثیر آن بر واکنش وی به بیماری را درک نمایند .
- ↩ بیماران و خانواده‌هایشان با احترام و تواضع و همراه با میل به درک فرهنگ و طرز فکر آنها رفتار می‌شود.
- ↩ از بیماران و خانواده‌هایشان در مورد آنچه که مناسب نیازهای آنان است، پرسیده می‌شود.
- ↩ برای مراقبت از بیماران با اطبای سنتی همکاری می‌شود و هر جنبه‌ی فرهنگی که بتواند بر مدیریت بیماران اثرگذار باشد شناسایی و با گروه میان رشته‌ای جهت مدیریت بیشتر به بحث گذارده می‌شود.

- ↪ آیین‌های مذهبی یا سنن بیمار و خانواده پیرامون بیماری وی و تجارب پایان حیات و مرگ از قبیل اعتقادات و آیین‌های مذهبی، درک و تصدیق می‌شوند.
- ↪ مراقبان آن دسته از رفتارها، ارزش‌ها و عقاید بیمار و خانواده‌ی وی که ممکن است متفاوت از رفتارها، ارزش‌ها و عقاید خود باشند را تشخیص می‌دهند و تلاش مینمایند رفتارها، ارزش‌ها و عقاید بیمار و خانواده‌ی وی در مرکز توجه مراقبت قرار دارند.
- ↪ به اشخاص، گروه‌ها یا سازمان‌های مقتضی ارجاعاتی انجام می‌شود و اجرای آیین‌ها، رسوم و سنن خاص مورد حمایت قرار می‌گیرد.
- ↪ ارائه کنندگان مراقبت‌های بهداشتی برای درک و احترام به بافت فرهنگی بیمار، خانواده و جامعه‌ی بزرگ‌تر، همکاری نزدیکی با مددکار اجتماعی دارند.
- ↪ اقدامات فرهنگی مستندسازی می‌شوند.
- ↪ مراقبان آگاه هستند که نباید ارزش‌ها و عقاید خود را بر بیماران و خانواده‌هایشان تحمیل نمایند.

سطح ثانویه

- ↪ مراقبان ارزش‌های فرهنگی را که در نزد بیماران و خانواده‌هایشان بسیار گرامی هستند را شناسایی می‌نمایند.
- ↪ مراقبان از عقاید فرهنگی و رسوم کلی محلی پیرامون مرگ اطلاع دارند و با آنها آشنایی دارند، به طوری که خدماتی حساس به فرهنگ ارائه می‌نمایند.
- ↪ در این سطح به مسائل کودکان نیز پرداخته می‌شود.

سطح ثالثیه

- ↪ تمامی موارد ذکر شده در سطح ۲ و علاوه بر آن:
- ↪ مراقبان تحقق آرزوهای بیمار در موضوعات شخصی مهم از قبیل محل دلخواه مرگ را بررسی می‌نمایند، احترام می‌کنند و مورد حمایت قرار می‌دهند.
- ↪ موضوعات مرتبط با سنن و اعتقادات فرهنگی در تمام برنامه‌ی آموزشی گنجانده می‌شوند.
- ↪ مراقبان آن دسته از عقاید و آداب فرهنگی بیمار و خانواده‌ی وی که رفاه آنان را به خطر می‌اندازد، به بحث می‌گذارند.
- ↪ مراقبان ویژگی و خصوصیات هر بیمار را از طریق پرسیدن پرسش‌هایی پیرامون اموری از قبیل شیوه‌ی زندگی خانواده، الگوهای قدرت و برقراری ارتباط و انتظارت از مراقبان، مشخص می‌نمایند.

◀ مراقبان حمایت عملی^۱ خود را صرف برآورده نمودن نیازهای فرهنگی بیمار و خانواده‌ی وی می‌نمایند.

حمایت از مراقبان

کارکنان^۲، دواطلبان^۳ و اعضای خانواده‌هایی که درگیر ارائه مراقبت تسکینی هستند، تجربه/از دست دادن^۴، رنج و خستگی مداومی را دارند. بنابراین خود مراقبان نیازمند حمایت هستند تا قادر به ادامه مراقبت با کیفیتی متناسب با نیازهای فیزیکی، اجتماعی، عاطفی و روحی بیماران باشند. ارتباط نزدیک با بیماران در مراحل پایانی زندگی می‌تواند یادآور تجربه‌های/از دست دادن پیشین بوده و غم و اندوه حل نشده فرد را دوباره بیدار کند، و این امر می‌تواند در نحوه ارتباط مراقبان با شخص تحت درمان تأثیر بگذارد. بدین ترتیب مراقبان گاهی حتی نیاز به حمایت بیشتری دارند. کوتاهی در شناسایی و رسیدگی به مشکلات عاطفی و روانی کار در مراقبت تسکینی باعث استرس زیاد کارکنان شده و مشکلات تیم در طول زمان سربرمی‌آورند.

در زیر فرایندهایی مرتبط با حمایت مراقبان آورده می‌شود:

- ◀ برنامه مراقبت/از مراقبان^۵ شامل فعالیت‌هایی با هدف مدیریت استرس مراقبان، شکل می‌گیرد.
- ◀ مراقبان مناسب برای کار مراقبت تسکینی مطابق با دستورالعمل‌های مقرر انتخاب می‌شوند.
- ◀ مراقبان در ابتدای کار و سپس در طول خدمت به طور مداوم آموزش داده شده و به منظور حفظ نقش و رابطه حرفه‌ای به خوبی با ماهیت واکنش‌هایشان نسبت به افراد دیگر، به ویژه بیماران، آشنا می‌شوند.
- ◀ پس از مرگ بیمار، مکانیسمی برای بیان احساسات مراقبان در نظر گرفته می‌شود.
- ◀ مراقبان به منظور ایجاد و حفظ هویت تیمی با هم ملاقات کرده و ارتباط بین خودشان را از طریق جلسات ماهیانه حفظ می‌کنند.
- ◀ گروه‌های حمایت از ارائه دهنده‌های مراقبت وجود داشته و نشست‌هایی برای بحث در مورد مسائلی که بر روی تیم اثر می‌گذارند، تشکیل می‌شود.
- ◀ امکان شرکت در نشست‌هایی برای کسب اطلاعات مرتبط با مسائل و چالش‌های کاری، در فواصل منظم و به صورت مستند^۱ برای مراقبان وجود دارد.

1- practical

2-Staff

3-Volunteers

4-Loss

5-Care of caregiver

- ↔ بر ساعت و حجم و میزان استرس کاری مراقبان نظارت شده و ثبت می شود.
- ↔ همه مراقبان به صورت منظم و برای مدتی مشخص جهت تجدید نیرو از محیط کار دور می شوند.
- ↔ مراقبان به صورت دوره ای بین بیماران مختلف جابه جا^۲ می شوند تا جلوی حداکثر فشار کاری به دلیل تمرکز بر روی یک بیمار گرفته شود.
- ↔ تحقیقاتی درباره فرسودگی شغلی و خستگی در بین کارکنان مراقبت های تسکینی، جهت شناسایی چالش های پیش رو انجام می شود.
- ↔ فعالیت های حمایتی در برنامه ها و بودجه های سالانه گنجانده می شوند.

متود فیکا (FICA) برای ارزیابی نیازهای معنوی بیماران

F, Faith and belief	. Ask: Are there spiritual beliefs that help you cope with stress or difficult times? What gives your life meaning?
I, Importance and influence	. Ask: Is spirituality important in your life? What influence does it have on how you take care of yourself? Are there any particular decisions regarding your health that might be affected by these beliefs?
C, Community	. Ask: Are you part of a spiritual or religious community?
A, Address/action	Think about what you as the health care provider need to do with the information the patient shared—e.g., refer to a chaplain, meditation or yoga classes, or another spiritual resource. It helps to talk with the chaplain in your hospital to familiarize your-self with available resources

منابع

1-End of Life Care Strategy, Department of Health, National Health Services, England 2008

2- Strengthening Palliative care: Policy and Strategic Directions 2011-2015, Australia – Victoria

3-A model to Guide Hospice Palliative care, based on national Principal and norms of practice, Canadian Hospice Palliative Care Association -2002

4-APCA Standards for Providing Quality Palliative Care across Africa, African palliative care association; 2010.

5-Palliative Care Services Operational Policy Medical Development Division, Ministry of Health Malaysia; 2010.

۲-۲- فرایندهای پشتیبان نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی

چارچوب مفهومی گزارش

پیشتر تعریف مربوط به فرایندهای اصلی و پشتیبان و تفاوت این دو نوع فرایند پرداخته شد. در این فصل تلاش شده است تا فرایندهای پشتیبان در سطح کلان نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی با توجه به آنچه که مجامع بین المللی ذکر کرده اند مورد بررسی قرار گیرند.

کاربرد مهم این قسمت

باید دانست فرایندهای پشتیبان نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی تابعیت بسیاری از کل نظام سلامت کشور دارد و بررسی متون مربوط به سایر کشورها و سازمان ها در تعیین رویه ها و فرایندهای لازم برای پشتیبانی از نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی کمتر برای کسانی که در حوزه هر یک از فرایندهای پشتیبانی مانند فرایند آموزش منابع انسانی تسلط کافی دارند کمک کننده خواهد بود. در عوض امید است تبیین کلان فرایندهای پشتیبان نظام در این قسمت بتواند زبان مشترکی بین کسانی که بیشتر بر فرایندهای اصلی این نظام تسلط دارند با کسانی که مسؤولیت تأمین اجزای پشتیبان آن را برعهده دارند ایجاد کند.

مسئله مهم دیگر، این که باید در تدوین این بخش تلاش می شده تا حد زیادی فرایندهای پشتیبان با درک شرایط کلی کشور، الگوی حاکم بر نظام سلامت کشور مطرح گردند تا درک نزدیکتری برای اعضای کارگروه ها و پانل های تخصصی در مراقبت های تسکینی و حمایتی ایجاد نماید. شناخت ساختار نظام سلامت کشور و شبکه بهداشتی، درمانی کشور، ساختار حاکمیتی دانشگاه های علوم پزشکی کشور (نمایند اجرایی وزارت بهداشت در استان و شهرستان ها)، ساختار حاکمیت و راهبردی شبکه و مراکز درمانی عمومی و تخصصی کشور از آن جمله است. لازم به یادآوری است که در این گزارش به سطح ملی نظام مراقبت های تسکینی سرطان پرداخته خواهد شد ولی مصادیق فرایندهای پشتیبان در سطوح استانی و شهر و روستایی در سطح شبکه بهداشتی-درمانی کشور مورد توجه قرار خواهد گرفت.

در یک نگاه کلی در مورد کلان فرایندهای پشتیبانی در نظام های گوناگون، که مؤسسات کیفیت و بهره وری دنیا از جمله بر آنها تأکید دارند عبارتند از:

- فرایندهای حاکمیت، سیاستگذاری و نظارت؛
- فرایند تأمین و مدیریت منابع مالی؛
- فرایند تأمین و مدیریت منابع انسانی؛
- فرایند مدیریت اطلاعات؛
- فرایند مدیریت بهبود کیفیت؛

- فرایند مدیریت دانش؛
 - فرایند مدیریت تجهیزات (که می تواند به عنوان "نوآوری و توسعه تکنولوژی" مطرح شود).
- در مورد آخر می توان، مدیریت داروها به طور مشخص داروهای مخدر را می توان مطرح کرد که به علت اهمیت زیاد آن را به صورت یک بخش مجزا در انتهای این بخش خواهیم آورد.
- باید دانست که فرایند مدیریت پژوهش، نوآوری و مدیریت دانش، فرایندهایی در ارتباط با یکدیگر هستند اما هر یک محدوده مشخصی را در برمی گیرند. در این گزارش به فرایندهای یادشده پرداخته خواهد شد و برای هر یک زیرفرایندهایی مورد اشاره قرار خواهد گرفت. کاربرد عمده این گزارش برای طرح در جلسات پانل های تخصصی خواهد بود.

۱- حاکمیت، سیاستگذاری و نظارت در نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی

تمامی نظام های سلامت دارای چهار کارکرد و سه هدف اصلی هستند. کارکردها عبارتند از تولید، تامین مالی، تامین منابع و ارائه خدمات. اهداف نیز عبارتند از: حفظ و ارتقاء سلامت، پاسخگویی و عدالت. از کارکردهای نظام سلامت عنصر تولید مرتبط با بخش حاکمیت در نظام مراقبت تسکینی می باشد.

تولیت در مراقبت تسکینی به معنای تعیین و تقویت قواعد اجرایی و ارایه جهت گیری ها و راهبردها برای تمامی نقش آفرینان مراقبت- های تسکینی و پذیرش مسئولیت کلان و پاسخگویی در بالاترین سطح است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نیابت از دولت این وظیفه را بر عهده دارد. در یک تقسیم بندی می توان نقش های تولیتی وزارت بهداشت برای مراقبت های تسکینی را در سه دسته قرار داد:

الف. **سیاستگذاری:** یعنی تعیین خطمشی و جهت گیری های کلان نظام مراقبت تسکینی؛

ب. **حاکمیت درون بخشی:** یعنی بکارگیری همه تمهیدات ممکن جهت تضمین اجرای سیاست های اتخاذ شده. این دسته فعالیتها در حیطه اختیارات، امکانات و منابع وزارت بهداشت می باشد.

پ. **رهبری بین بخشی:** یعنی به کارگیری ابزارهای مشروع تاثیرگذاری بر بخش های دیگر در جهت دستیابی به اهداف نظام مراقبت تسکینی. بخش های دیگر منظور تمام وزارتخانه ها، سازمان های دولتی، غیر دولتی و غیر انتفاعی و سازمان های مردم نهاد هستند که این پتانسیل و ظرفیت پیشبرد مراقبت های تسکینی را دارند و یا می توانند در این جهت به وزارت بهداشت کمک کنند.

نکته مهم این که ساختار بهداشت و درمان کشور، به صورتی است که وزارت بهداشت، رکن سیاستگذاری است و ارکان اجرایی آن دانشگاه های علوم پزشکی در هر استان هستند که شبکه بهداشتی-درمانی شهرستان و استان را در اختیار دارند. سطح سیاستگذاری و حاکمیت در این بخش، سطح ملی (مرکزی) است و الا در سطوح پایین تر، هیات امنای دانشگاه ها و مراکز آموزشی و درمانی حتی در بیمارستان ها و مراکز درمانی وجود دارد.

فرایندهای حاکمیت در نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی

فرایندهای عمده حاکمیت را می توان به موارد زیر خلاصه نمود:

- سیاستگذاری و تعیین راهبردهای مورد نیاز در اجرای برنامه (فنی، اجرایی، پشتیبانی و ...)
- تعیین مقررات و قوانین و اصول ارزشی نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی ؛
- نظارت بر اجرا و رعایت قوانین و مقررات ؛
- مشارکت با سازمان های دیگر از جمله بیمه ، هلال احمر ، بهزیستی و سازمان های بین المللی ؛
- جلب مشارکت های مورد نیاز مردمی و NGO ها از طرق مختلف؛
- تعیین راهکارهای مناسب به منظور تامین و تخصیص منابع مورد نیاز برای اجرای مناسب برنامه؛
- نظارت بر عملکرد سازمان های مراقبت تسکینی در اجرای برنامه ؛

- برآورد و توزیع منابع مورد نیاز برای راه اندازی مراکز طب تسکینی؛
- بررسی چالش‌ها و تعیین راه کارهای مناسب برای برطرف کردن مشکلات اجرایی برنامه؛
- تشکیل پایگاه دانش برای حفظ و استفاده از تجربیات موجود و دانش روز دنیا در تصمیم‌گیری‌ها و جهت‌گیری‌های نظام؛
- ارزیابی و بازنگری سیاست های مراقبت تسکینی توسط گروه‌های تصمیم‌گیری.

۲- تامین و مدیریت منابع مالی

بدون تردید تامین و مدیریت منابع مالی یکی از کارکردهای نظام سلامت در رابطه با نظام مراقبت تسکینی می باشد که خود از سه زیر بخش تشکیل شده است:

الف. **جمع آوری منابع:** یعنی فرآیندی که طی آن نظام مراقبت تسکینی از طریق دولت، بیمه‌ها، خانوار، کارفرمایان، مالیات، عوارض و مسؤولیت‌های اجتماعی صنایع و شرکت‌ها در کشورها، کمک‌های اهدایی مردم، سازمان های غیر دولتی، نهادهای خیریه و سازمان‌های بین المللی منابع مالی خود را تامین می نماید.

ب. **تجمیع و مدیریت منابع:** یعنی اینکه ریسک پرداخت هزینه های خدمات مراقبت تسکینی برای تمامی افراد تجمیع شود. در این فرآیند هدف این است که افراد بر مبنای نیاز به خدمات مراقبت تسکینی و صرف نظر از توان پرداختشان به خدمات دسترسی داشته باشند.

پ. **خرید خدمت:** فرآیندی است که طی آن منابع تجمیع شده جهت ارائه بسته خدمتی مراقبت تسکینی به ارایه کنندگان خدمات پرداخت می شود.

محاسبه هزینه‌های مراقبت تسکینی (مراقبت مراحل پایانی زندگی) اگر غیرممکن نباشد بسیار سخت است. بخشی از این مسئله به این دلیل است که دقیقاً مشخص نیست این مراقبت ها از چه زمانی شروع می‌شوند.

فرایندهای تامین و مدیریت منابع مالی

- تعیین نحوه تامین مالی سازمان های مراقبت تسکینی؛
- تعیین تعرفه های بخش طب تسکینی؛
- تعیین فرانشیز بیماران استفاده کننده از طب تسکینی؛
- تعیین سهم بیمه ها در بازپرداخت به ارایه کنندگان؛
- جلب مشارکت مردم و خیرین جهت تامین مالی سازمان های مراقبت تسکینی؛
- شناسایی خیرین و مذاکره با آنان جهت تامین مالی سازمان های مراقبت تسکینی؛
- مدیریت و نظارت بر منابع مالی اهدایی از سوی خیرین و مردم؛
- تنظیم برنامه مالی سالانه و تنظیم فعالیت های اجرایی سازمان مطابق با آن؛

- تعیین نحوه بودجه ریزی سازمان مراقبت تسکینی (بودجه بندی بر مبنای صفر، هزینه یابی بر مبنای فعالیت، یا بودجه بندی عملیاتی)؛
- تعیین اختیارات مالی بخش های مختلف نظام مراقبت های تسکینی؛
- انجام فعالیت های مالی مراکز مراقبت تسکینی مطابق با قوانین مربوطه و رویه های اخلاقی؛
- جلب مشارکت های مردمی و پرداخت های نقدی برای مراقبت های تسکینی در کشوری مانند کانادا، بر اساس سامانه تحت وب انجمن مراقبت های تسکینی کانادا^۱ و تکمیل فرم های مخصوص از سوی اعطاکنندگان انجام می شود.

۳- تامین و مدیریت منابع انسانی

مدیریت منابع انسانی را بر اساس تعریفی جامع و با رویکرد سیستمی و استراتژیک می توان چنین تعریف نمود: " دوراندیشی فراگیر، نوآوری، تحولگری سازمان یافته در تامین منابع انسانی، پرورش و بهسازی آن ها، تامین کیفیت زندگی کاری قابل قبول و بالاخره به کارگیری بجا و موثر این منبع استراتژیک با شناخت و اعمال جنبه های تاثیرپذیری و تاثیرگذاری محیط درون و بیرون نظام و یا سازمان در راستای تبیین استراتژی ها به منظور تحقق رسالت و اهداف نظام " با در نظر گرفتن چنین نگاهی مدیران منابع انسانی صرفا به نحوه انجام وظیفه کارکنان نمی پردازند بلکه با تدابیر موثر در جذب و نگهداری، بهسازی و کاربرد مطلوب منابع انسانی، انسان هایی با توانایی، شخصیت و خلق و خوی مناسب با فرهنگ و مأموریت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در اختیار آن قرار میدهد.

فرایندهای تامین و مدیریت منابع انسانی

۱. جذب، تامین و تعدیل نیروی انسانی
 - برآورد نیروی انسانی مورد نیاز نظام مراقبت ها در هر بخش و منطقه
 - اقدام برای جذب نیروی انسانی برای جایگاه های مورد نیاز
 - جذب نیروهای مردمی و داوطلب
 - در نظر گرفتن سیاست های تعدیلی برای جلوگیری از اتلاف منابع انسانی

۲. آموزش نیروی انسانی

- آموزش به صورت تخصصی و فوق تخصصی مختص پزشکان به صورت چند تخصصی
- آموزش در دوره عمومی پزشکی

- آموزش تخصصی پرستاران با استفاده از مفاهیم آموزش چندتخصصی
- آموزش عمومی برای پرستاران و داوطلبان اجتماعی

۳. حفظ و نگهداری منابع انسانی

- حمایت و حفاظت همه جانبه از کارکنان نظام مراقبت های تسکینی
- تامین حقوق و مزایای مناسب برای کارکنان نظام

۴. بکارگیری موثر منابع انسانی

- استفاده از پتانسیل های موجود در نیروهای داوطلب
- استفاده از تیم های چند تخصصی با برقراری ارتباط و انگیزش مناسب برای این تیم ها

آموزش نیروی انسانی

آموزش منابع انسانی در نظام مراقبت های تسکینی در دو بخش عمده با مدارج معین دانشگاهی و دوره های مدون آموزشی و به دو صورت آموزش نیروهای جدیدالورود و بازآموزی نیروهای موجود، قابل طرح است. ویژگی بارز این آموزش ها، چندرشته ای بودن آن ها است.

ویژگی بارز دیگر این رشته ها، لزوم انطباق ذهنی و شخصی داوطلبان طی این دوره ها با ماهیت وجودی ارتباط با بیماران مزمن پیشرفته و مبارزه با آن ها است. این ویژگی الزامات خاصی را به دوره های آموزشی منابع انسانی در این نظام مشخص می کند.

در یک مطالعه، چهار عامل مهم زیر برای پیشبرد موفق برنامه های آموزشی در مراقبت های تسکینی معین گردید:

- تعیین فردی به عنوان مدیر آموزشی که از شایستگی و مهارت خوبی در خصوص مراقبت تسکینی برخوردار باشد؛
- تعیین مربیان آموزشی از بین تیم چند-رشته ای که از صلاحیت و مهارت کافی برخوردار باشند؛
- گزارش منظم مراکز آموزشی به هیأت مورد مرکزی؛
- وجود آموزش مداوم حرفه ای جهت بهبود مهارت های آموزشی مربیان.

اجزای فرایند آموزش مراقبت های تسکینی عبارتند از:

- فراخوان داوطلبان بالقوه آموزش مراقبت های تسکینی؛
- ارزیابی نیازهای دانشی و مهارتی فراگیران؛
- تدوین دقیق و روش مند کوریکولوم های (درسنامه های) آموزشی چندرشته ای منطبق؛

- اجرای فرایند انتقال دانش، آموزش و توانمندسازی نظری و عملی؛
- نظارت و ارزشیابی برنامه آموزشی و سنجش دانش و مهارت فراگیران؛

آموزش های لازم مراقبت تسکینی

برای ارتقای منابع انسانی در نظام مراقبت های تسکینی، گروه های مختلفی باید آموزش های کافی ببینند. مهمترین این گروه ها عبارتند از:

- آموزش تخصصی مراقبت تسکینی و مراقبت های مراحل پایان زندگی در آموزش پزشکان متخصص مراقبت تسکینی در دانشکده های پزشکی؛
- آموزش پایه مخصوص پزشکان عمومی (ادغام آموزش مراقبت تسکینی در کوریکولوم آموزشی دانشکده پزشکی)؛
- آموزش به پرستاران و گنجانیدن واحد درسی آموزش مراقبت تسکینی در کوریکولوم آموزشی دانشکده های پرستاری؛
- آموزش مدیریت درد و سایر مهارت های مرتبط مراقبت تسکینی به پزشکان خانواده؛
- آموزش ویژه مراقبت تسکینی مخصوص متخصصان کودکان؛
- آموزش ویژه به مددکاران اجتماعی؛
- آموزش به روان پزشکان؛
- آموزش به داوطلبان.

آموزش مهارت های لازم در مراقبت های تسکینی پزشکان

۱. مهارت های بالینی

گرفتن شرح حال از بیمار و همراهان وی، انجام معاینه فیزیکی، ثبت و ارائه اطلاعات، توانایی انجام اقدامات عملی، تجویز تست های آزمایشگاهی و تشخیصی

۲. مهارت های برقراری ارتباط

توانایی لازم جهت برقراری ارتباط موثر با بیماران و همراهان بیمار

- بتواند به دقت به سخنان بیمار گوش دهد؛
- به طور مناسب از تکنیک های غیر کلامی شامل زبان بدن استفاده کند؛
- توانایی به کارگیری مهارت هم دلی را داشته باشد؛
- بتواند از بیمار و همراهان وی اطلاعات لازم را به طور مناسب جمع آوری کند؛

- بتواند به بیمار و همراهانش اطلاعات و آموزش های لازم را درمورد تشخیص، درمان و پیش آگهی به طور مناسب ارائه کند؛
- بتواند با بیمار و همراهان وی در شرایط خاص (مانند بیمار عصبانی و افسرده، دادن خبر بد، مسائل حساس، اختلاف زبان و فرهنگ و در شرایط بحرانی و ...) ارتباط مناسب برقرار کند؛
- توانایی جلب مشارکت و ایجاد رابطه درمانی با بیمار و همراهان وی ایجاد کند؛

۳. مراقبت بیمار (تشخیص، درمان، باز توانی)

۴. مهارت های تصمیم گیری، استدلال و حل مسئله

۵. مهارت های پزشک در تجویز دارو

پزشک باید هنگام تجویز دارو عوامل زیر را برای بیمار در نظر بگیرد:

- سن و جنس بیمار
- شرایط عمومی و بیماری های همراه
- دوز مناسب دارو
- مناسب ترین روش برای مصرف داروی مورد نظر، عوارض، تداخلات دارویی و تغییرات (کلینیکی و پاراکلینیکی) ناشی از مصرف دارو
- هزینه دارو و میزان دسترسی به آن در شرایط زندگی بیمار

۶. مهارت های پزشک برای تغذیه بیماران

- پزشک باید بتواند توصیه های تغذیه ای لازم را به بیماران ارائه دهد.
- بتواند ارتباط تغذیه و بیماری ها را درک و نسبت به اصلاح آن اقدام اولیه را انجام دهد.
- بتواند ارتباط بین سوء تغذیه و افزایش احتمال به بیماری یا کاهش جواب به درمان را تشخیص و برای اصلاح آن مشاوره لازم را درخواست نماید.
- بتواند در زمان هایی که بیماری نیاز به توصیه هایی تغذیه ای ویژه دارد نسبت به ارجاع آن اقدام نماید.
- بتواند روش های غیرعلمی تغذیه ای را شناسایی و توصیه های لازم را به بیماران ارائه دهد.
- بتواند تداخل مصرف مواد غذایی با داروها را تشخیص دهد.

۷. اقدامات حمایتی

- پزشک باید بتواند در مواردی که امکان رفع عامل ایجاد کننده علائم و شکایات وجود ندارد با استفاده از روش های موجود از جمله دارویی، فیزیکی و روان شناختی حداکثر اقدامات تسکینی (از جمله بی دردی) را برای بیمار فراهم کند.

۸. بازتوانی بیمار

- بتواند در مورد بازتوانی آموزش لازم را به بیمار خود ارائه کند.
- بتواند در موارد لزوم بیمار خود را به ارائه دهندگان خدمات بازتوانی ارجاع دهد.

۹. طب مکمل و جایگزین

- بتواند توصیه های لازم را در مورد استفاده یا عدم استفاده از روش های رایج طب مکمل در کشور به بیمار خود ارائه کند.

۱۰. مهارت های استدلال و تصمیم گیری اخلاقی

- با دانش پایه ای مفاهیم اخلاقی در طب آشناست و در استدلال اخلاقی از آنها بهره می گیرد.
- مسایل اخلاقی را در تعاملات حرفه ای اش تشخیص می دهد.
- با پای بندی به ارزش های اخلاقی در پزشکی و با آگاهی از ضوابط قانونی مرتبط، مسایل اخلاقی را به نحو صحیح تجزیه و تحلیل نموده و تصمیم گیری می نماید.
- از مهارت های مرتبط از قبیل مهارت برقراری ارتباط، استمداد از سایر افراد در حرفه های مرتبط برای حصول بهترین نتیجه در تصمیم گیری اخلاقی استفاده خواهد کرد.
- از بررسی نتیجه تصمیم خود در حل معضل اخلاقی، در شناسایی و برطرف ساختن نقاط ضعف تصمیم خود بهره می گیرد.
- خود را ملزم به رعایت اخلاق در پژوهش می داند.

۴- مدیریت اطلاعات

از نظر سازمان جهانی بهداشت مدیریت اطلاعات در کنار تامین دارو و تامین نیروی انسانی یکی از اساسی ترین زیرساخت های مورد نیاز برای ارائه خدمات مراقبت های حمایتی و تسکینی شناخته می شود. همانگونه که در فصل گذشته شرح داده شد، یکی از گام های اساسی در ارائه این خدمات هماهنگی بین تیم چند تخصصی درمان و تسکین بیمار است، بدون وجود فرایندی منظم برای برقراری ارتباط بین اعضای این تیم عملکرد نظام با دشواری های بسیاری روبرو خواهد شد.

فرآیندهای مدیریت اطلاعات

- طراحی یک فرآیند برای جمع آوری داده ها، تحلیل آنها و در اختیار قرار دادن کسانی که در سازمان به آن نیاز دارند.
- قابلیت ثبت اطلاعات در هنگام ارائه خدمات تسکینی به گونه ای که طبق نیازهای اطلاعاتی کارکنان بالینی، مدیران و افراد خارج از سازمان در اختیار آنان قرار داشته باشد.
- فراهم آوری زیرساخت موردنیاز برای استقرار پرونده الکترونیکی سلامت بیماران مبتلا به سرطان و بیماری های پیشرفته
- ارائه گزارش های مورد نیاز؛
- تحلیل داده ها و گزارش های دریافتی؛
- به روز رسانی سیستم های اطلاعاتی.

۵- مدیریت و بهبود کیفیت

برای این مورد نیز می توان زیرفرایندهایی را به شرح زیر مطرح نمود:

- برنامه ریزی برای بهبود کیفیت؛
- پایش اثربخشی مراقبت ها با جمع آوری و تحلیل داده ها؛
- پیاده سازی تغییراتی که منجر به بهبود کیفیت مراقبت ها شود (با استفاده از اطلاعاتی که از تحلیل داده ها بدست آمده است)؛
- بهبود کیفیت و تداوم مراقبت های تسکینی؛
- اطمینان از دسترسی کامل به مراقبت تسکینی با کیفیت بالا؛
- حمایت بهتر از بستگان بیماران که از آن ها مراقبت می کنند.

۶- مدیریت تجهیزات و امکانات

برای این مورد نیز می توان زیرفرایندهایی را به شرح زیر مورد اشاره قرار داد:

- فرآیند سفارش دهی تجهیزات مورد نیاز؛
- فرآیند ذخیره سازی و توزیع تجهیزات؛
- تعریف سیاست ها و رویه های مناسب برای سفارش دادن، ذخیره سازی و توزیع تجهیزات و امکانات؛
- فراهم نمودن و حفظ تجهیزات پزشکی برای پاسخ به نیازهای بیماران؛
- فراهم نمودن تجهیزات جراحی ضد درد و امکانات استریلیزاسیون.

۷- مدیریت و تامین دارو در نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی^۱

مقدمه

یکی از مهم ترین اجزاء ارائه مراقبت های تسکینی، بحث تامین دارو به ویژه جهت کنترل درد است. طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، اپیوئیدهای ضد درد و سایر داروهای کنترل شده، از ضروری ترین داروها در بحث کنترل درد هستند. شناخت وسیع ارزش درمانی این داروها در سال های اخیر منجر به افزایش قابل توجهی در مصرف آن ها در کشورهای توسعه یافته شده است، اما در کشورهای در حال توسعه، فراهم بودن و قابلیت دسترسی داروهای کنترل شده، کماکان در سطوح پایینی قرار دارد.

فراهم بودن و قابلیت دسترسی و قیمت داروهای کنترل شده، از مهم ترین و در عین حال چالش برانگیزترین مسائل در همه کشورهاست. سازمان جهانی بهداشت، دولت، جامعه مدنی و سایر افراد را تشویق می کند که جهت ارتقا پیامدهای بهداشت عمومی ناشی از سیاستگذاری مرتبط با این داروها، تلاش کنند.

از نظر سازمان جهانی بهداشت، این پیامدها زمانی به وضعیت مطلوب خواهند رسید که تعادل مناسبی بین حداکثر دسترسی به استفاده منطقی و مجاز از این داروها با حداقل استفاده نابه جا و انحرافی، در حالت مطلوب خود برقرار شود.

داروهای کنترل شده به دلایل زیر ممکن است فراهم و در دسترس نباشد:

- مسائل قانونی و سیاستگذاری
- فقدان دانش و نگرش اجتماعی لازم
- جنبه های اقتصادی

۱- برگرفته از راهنمای سازمان بهداشت جهانی در کنترل مصرف و توزیع دارو مخدر:

“Ensuring balance in National policies on controlled substances , Guidance for Availibility and Accessibility of controlled medicine –World Health Organization 2011“

برای فایق آمدن بر این مشکلات، لازم است که دولت ها همه جنبه های مرتبط با تامین دارو را مورد توجه قرار دهند. در همین راستا سازمان جهانی بهداشت، دستورالعمل خود را در قالب ۲۱ توصیه ارائه می کند. این توصیه ها در شش بعد زیر بررسی می شود:

۱. کنترل مقررات و سیاست های مربوط به کنترل دارو
۲. مراجع و نقش آن ها در این سیستم
۳. برنامه ریزی سیاستگذاری برای فراهم بودن و قابلیت دسترسی
۴. متخصصان مراقبت سلامت
۵. برآوردها و آمارها
۶. تدارکات تامین دارو

ذیلاً این توصیه ها بررسی می شوند (در این متن به جای واژه "داروهای اپیوئیدی" به اختصار از کلمه "دارو" استفاده شده است):

۱- کنترل مقررات و سیاست های مربوط به کنترل دارو

۱-۱- در سیاست های ملی کنترل دارو باید این امر به رسمیت شناخته شود که "داروهای کنترل شده" مطلقاً برای مقاصد درمانی و علمی، ضروری هستند.

بیان اهداف سیاست های ملی به روشنی و وضوح تمام، باید به عنوان شرط ناگزیری جهت تسهیل "فراهم بودن" (Availability) و "دسترسی" (Accessibility) داروهای کنترل شده در نظر گرفته شود.

۱-۲- دولت ها باید از طریق قانون گذاری ملی و سیاست های کنترل دارو به تعهدات قانونی بین المللی خود جهت تضمین فراهم بودن و قابلیت دسترسی داروهای کنترل شده برای تمامی مقاصد درمانی و علمی، عمل کنند.

دولت‌ها از نظر قانون بین‌المللی مسئولیت دارند تا به تمامی معاهداتی که یکی از طرفهای آن را تشکیل می‌دهند، عمل کنند. این مسئولیت فقط به عهده یک سازمان یا بخش قرار نمی‌گیرد بلکه دولت به عنوان یک کلیت، مسئول اجرای آن است. از این رو مراجع کنترل دارو نه تنها نیازمند انطباق با معاهدات کنترل دارو هستند بلکه باید به تعهداتی که از معاهدات دیگر از جمله ابزارهای بین‌المللی حقوق بشری ناشی می‌شود عمل کنند.

۲- مراجع و نقش آن‌ها در این سیستم

۲-۱- دولت‌ها باید مرجعی ملی را برای تضمین فراهم بودن و قابلیت دسترسی داروهای کنترل شده در مراقبت سلامت تعیین کنند.

۲-۲- دولت‌ها باید مطمئن شوند که تمامی مراجع دخیل در تدوین و اجرای سیاست‌های مربوط به مواد کنترل شده در صورت لزوم برای افزایش فراهم بودن و قابلیت دسترسی داروها برای مقاصد علمی و درمانی و نیز پیشگیری از سوء استفاده، سندرم وابستگی و انحراف آن‌ها، مشارکت نموده و با هم نشست برگزار می‌کنند.

برای این که این همکاری‌ها موثر باشد، نشست‌های مزبور باید در صورت لزوم بسته به شرایط ملی برگزار شوند. سازمان‌های مرتبط عبارتند از قانون‌گذاران دارویی، مراجع مراقبت سلامت، مقامات گمرکی، پلیس و اعضای قوه قضائی. همکاری آن‌ها به کلیه شرکت‌کنندگان امکان می‌دهد تا موثرتر باشند و هم‌افزایی میان سیاست‌های آن‌ها را تضمین می‌کند. همچنین سازمان‌های مزبور به درک بهتری از نگرانی‌ها، محدودیت‌ها و چالش‌های همدیگر دست می‌یابند که این امر سبب ایجاد فرصت همکاری مشترک جهت تحقق دسترسی به داروهای کنترل شده برای استفاده درمانی ملی و تصمیم‌گیری و اجرای تدابیر ضروری برای متوازن کردن سیاست‌های کنترل ملی می‌شود.

۲-۳- دولت‌ها باید وجود انجمنی را تضمین کنند تا مراجع کنترل دارو و مراجع سلامت عمومی در صورت لزوم با سازمان‌های حرفه‌ای سلامت و سایر ذینفعان جهت ارتقای فراهم بودن و قابلیت دسترسی داروهای کنترل شده برای مقاصد درمانی و علمی و نیز پیشگیری از سوءاستفاده، سندرم وابستگی و انحراف آن‌ها، در آن مشارکت نموده و با هم نشست برگزار کنند.

این امر به فعالان سلامت و انجمن‌های آن‌ها امکان می‌دهد تا اطلاعاتی را در مورد نیاز به مواد کنترل شده فراهم کرده و از نگرانی‌های قانون‌گذاران آگاهی یابند. در مقابل، قانون‌گذاران چیزهای بیشتری را در مورد تاثیرات قانون‌گذاری و

سیاست‌گذاری بر مراقبت درمانی و اهمیت داروهای کنترل شده بر بیماران به صورت خاص، و نیز سلامت عمومی در حالت کلی فرا خواهند گرفت.

این همکاری می‌تواند در قالب "هیئت مشورتی ملی" متشکل از ذینفعان مرتبط منجمله مراجع دولتی، کمیسیون‌های پزشکی، نمایندگان متخصصان سلامت، بیماران و بیمه‌های درمانی و بخش‌های از دولت که مسئول مراقبت سلامت عمومی که مستلزم کنترل داروهاست می‌باشند، منجمله مقامات و قانون‌گذاران اجرای کنترل دارو. در صورت مقتضی، پلیس، مقامات گمرکی و اعضای قوه قضائی نیز می‌توانند به این هیئت وارد شوند.

ماموریت کلی هیئت مشورتی ملی، مشاوره در مورد چگونگی تحقق موازنه میان فراهم بودن داروهای کنترل شده برای استفاده دارویی و پیشگیری از سوءاستفاده و وابستگی به مواد است. کار هیئت مشورتی ملی، بسته به ترکیب و ماموریت، ممکن است شامل جنبه‌های زیر باشد:

- کمک به ارزیابی نیاز به داروهای کنترل شده و گزارش در مورد درجه دسترسی به داروها؛
- مشاوره در مورد افزایش استفاده منطقی از داروهای کنترل شده، اجرای بهترین رویه، تدوین دستورالعمل‌های ملی درمان و اجرای دستورالعمل‌های بین‌المللی درمان.

۴-۲- تمامی سازمان‌های دولتی، بسته به نقش‌ها و تعهدات خود باید مطمئن شوند که در ادای وظایف خود، مانع سیاست‌های سلامت و دسترسی به درمان قانونی با داروهای کنترل شده نمی‌شوند. مراجع سلامت باید اطلاعات مرتبط در مورد اصول درمان را برای سازمان‌های اجرای قانون دارو و سایر سازمان‌های مرتبط فراهم کنند.

کنوانسیون‌ها الزام می‌کنند که از تملک داروی مخدر در صورتی که «با اجازه مرجع قانونی نباشد» جلوگیری شود. هم‌چنان که فعالان سلامت، «در هنگام انجام کارکردهای درمانی» نیاز به داشتن پروانه یا مجوز ندارند، تملک "حرفه‌ای" داروهای کنترل شده باید به عنوان «تملك با اجازه قانونی» در نظر گرفته شود و نباید از آن ممانعت شود. مشابهاً بیماران که داروهای کنترل شده را با مجوز درمانی از داروخانه‌ها و تاسیسات سلامت مجاز دریافت می‌کنند، «با اجازه قانونی» مالک این داروها می‌باشند.

کنوانسیون‌ها، دولت‌ها را متعهد می‌کنند تا افرادی که در زمینه کنترل داروهای مخدر کار می‌کنند را آموزش دهند. بنابر این کلیه سازمان‌های دخیل در کنترل داروی مخدر (برای مثال، مقامات گمرکی و پلیس)، باید از سیاست سلامت دولت در خصوص درمان با داروهای کنترل شده اطلاع کافی داشته باشند. آن‌ها باید به قدر کافی اطلاع داشته باشند تا درک کنند که چه زمانی داشتن این داروها برای بیماران و متخصصان سلامت قانونی است و این‌که نباید تدابیر کنترلی اضافی را

اعمال کنند. این اصول هم چنین در درمان وابستگی به اپیوئید کاربرد دارد. اجرای قانون نباید مانع درمان این قبیل بیماران شود. ارائه اطلاعات و آموزش در مورد درمان و استفاده از داروهای کنترل شده نباید به عنوان ترویج داروهای غیرقانونی نگریسته شده و مورد تعقیب قانونی قرار گیرد.

۳- برنامه ریزی و سیاستگذاری برای فراهم بودن و دسترسی پذیری

۳-۱- دولت باید فراهم بودن و قابلیت دسترسی داروهای کنترل شده برای تمامی کاربردهای درمانی مرتبط را در برنامه های سیاستگذاری دارویی ملی خود قرار دهند. همچنین باید داروهای کنترل شده مرتبط و خدمات مرتبط را به طور اختصاصی در برنامه های ملی کنترل بیماری و سایر سیاست های سلامت عمومی بگنجانند.

بعد از سیاستگذاری عمومی، لازم است برنامه های سیاستی خاصی برای بیماری های خاص تدوین شود. ضروری است کشورها، حداقل تضمین دهند که فراهم بودن و قابلیت دسترسی داروهای کنترل شده برای سیاست های بیماری مشخص، این جا سیاست کنترل سرطان، مورد توجه قرار می گیرد.

نکته مهم در هنگام تدوین و اجرای سیاست های فراهم بودن و قابلیت دسترسی داروهای کنترل شده، اجتناب از مطرح کردن حقوقی برای گروه های خاص بیماران است که ممکن است به عنوان بازداشتن این حق برای سایر گروه های بیمار تفسیر شود. مشابهاً هیچ محدودیت جغرافیایی برای دسترسی به این داروها در کشور نباید وجود داشته باشد. تداوم مراقبت از سطح خانواده به اجتماع و بالاترین سطح تخصصی مانند بیمارستان های دانشگاهی نیز باید تضمین شود.

ضروری است که سیاست های دولتی تضمین کنند که بیماران می توانند در هنگام بستری شدن در اماکن سلامت که معمولاً از این قبیل داروهای کنترل شده استفاده نمی کنند، همچنان به استفاده از داروهای کنترل شده ادامه دهند.

دولت ها باید فهرستی از داروهای اساسی را تعیین کنند. این فهرست از "فهرست داروهای اساسی" سازمان جهانی بهداشت و "فهرست داروهای اساسی سازمان جهانی بهداشت برای کودکان" مدل سازی می شود و داروهای کنترل شده مورد نیاز برای پوشش دادن نیازمندترین بخش جمعیت را در بر می گیرد.

علاوه بر این لازم است سیاست های عمومی به گونه ای تدوین شوند که به استفاده منطقی از داروهای کنترل شده بپردازند. این قبیل سیاست ها ممکن است شامل تلاش برای مقابله با برخی افسانه ها و کلیشه ها در مورد اپیوئیدها باشند. بیماران و خانواده های آنها باید در مورد درمان درد و درمان وابستگی مطلع شوند. گنجاندن خواست بیمار و خانواده اش به درک بهتر از «مالکیت» مسأله منجر می شود.

۲-۳- دولت‌ها باید تضمین دهند که کلیه گروه‌های جمعیتی به صورت مساوی و بدون تبعیض از سیاست‌های آن‌ها در مورد فراهم بودن و قابلیت دسترسی داروهای کنترل شده برای استفاده منطقی درمانی و پیشگیری از انحراف، سوءاستفاده و سندرم وابستگی بهره‌مند می‌شوند.

دولت‌ها در هنگام تدوین سیاست‌ها و توسعه خدمات درمانی نه تنها باید از تبعیض آگاهانه جلوگیری کنند بلکه باید مطمئن شوند که این سیاست‌ها به صورت ناآگاهانه به تبعیض علیه گروه‌های آسیب‌پذیر منجر نمی‌شود. تعدادی از این گروه‌ها منجمله زنان، کودکان، سالمندان، افرادی متعلق به طبقات پایینتر اجتماع، زندانیان، افراد مبتلا با ایدز و استفاده کنندگان از داروهای مخدر تزریقی، به ویژه آسیب‌پذیر هستند و تضمین دسترسی آن‌ها به داروهای کنترل شده به تلاش‌های ویژه‌ای نیاز دارد. هنگام طراحی سیاست‌ها باید تضمین کرد که این سیاست‌ها و خدمات مرتبط امکان دسترسی و فراهم بودن یکسان برای این گروه‌ها را فراهم کرده و هم به جنسیت حساس بوده و هم از نظر فرهنگی مناسب هستند.

بیمارانی که سابقه سوءاستفاده از مواد را دارند به اندازه هر کس دیگری، حق دارند بابت درد خود مورد درمان قرار گیرند و مقررات نباید دسترسی آن‌ها به داروهای اساسی را محدود کند. بررسی مزایا و معایب گزینه‌های مختلف درمان، یک تصمیم پزشکی است. این حقیقت که برخی افراد دارای سندرم وابستگی به مواد اپیوئید هستند یا این سابقه را داشته اند، دلیل آن نمی‌شود تا از کنترل درد آن‌ها دریغ شود.

۳-۳- دولت‌ها باید مقررات و سیاست‌های کنترل داروی مخدر خود را از نظر وجود مقررات بسیار محدود کننده که بر ارائه مراقبت درمانی مناسب شامل استفاده از داروهای کنترل شده تأثیر می‌گذارد، بررسی کنند. همچنین باید تضمین کنند که هدف این مقررات بهینه‌سازی نتایج سلامت است و اقدام اصلاحی در صورت نیاز اتخاذ شود و تصمیماتی که معمولاً ماهیت پزشکی دارند باید توسط متخصصان سلامت اتخاذ شوند.

در بسیاری از کشورها، مقررات ملی دربردارنده مقرراتی است که از مقررات کنوانسیون‌های بین‌المللی کنترل داروهای مخدر، محدودکننده‌تر است. البته کنوانسیون‌ها این امر را مجاز دانسته‌اند تا آن‌چه که از نظر دولت‌ها «برای حفاظت از سلامت یا رفاه عمومی، مطلوب یا ضروری است» مجاز شمرده شود. این تحلیل باید قانون به قانون انجام شود و هم قانون‌گذاری و هم سیاست رسمی را پوشش دهد.

۴-۳- واژه‌شناسی در قانون‌گذاری و سیاست‌های ملی کنترل داروهای مخدر باید شفاف و بدون ابهام باشد تا استفاده از داروهای کنترل شده برای مقاصد علمی و درمانی با سوءاستفاده اشتباه گرفته نشود.

گاهی اوقات قانون گذاری و سیاست کنترل دارو با استفاده از واژه های نامناسب، سبب بدنام سازی داروهای کنترل شده می شوند. ابهام و تبعیض مرتبط با واژه شناسی ممکن است سبب بازداشتن پزشکان از تجویز داروهای کنترل شده در زمان هایی شود که انجام چنین کاری مجاز است؛ همچنین این امر ممکن است مقاماتی که خواهان تمایز میان استفاده مجاز و غیرمجاز هستند را به اشتباه بیندازد. از این رو لازم است کشورها گام هایی را برای بازنگری در سیاست ها اتخاذ کنند تا از استفاده هماهنگ از اصطلاحات درمانی اطمینان حاصل شده و واژه های بدنام کننده از قانون آن ها حذف شود.

ممکن است بین «سوءاستعمال» (یا «سوءاستفاده») از یک طرف و استفاده درمانی طولانی مدت از طرف دیگر، ابهام ایجاد شود.

۳-۵ دولت هایی که تصمیم به کنترل داروهای می گیرند که در حالت عادی توسط کنوانسیون های بین المللی کنترل دارو کنترل نمی شوند، باید این دستورالعمل ها را بر آن ها نیز اعمال کنند.

گاهی اوقات، دولت ها ممکن است برای کنترل موادی که از نظر بین المللی کنترل نمی شوند، احساس اجبار کنند و این در صورتی است که ملاحظه کنند که این مواد، خطرات جدی سوءاستفاده و آسیب برای سلامت عمومی را در برداشته باشند. به موجب کنوانسیون های بین المللی، کشورها اجازه چنین کارهایی را دارند. با این حال، در صورتی که این تصمیمات با موادی سروکار داشته باشد که دارو نیز محسوب شده و به ویژه زمانی که جزء داروهای اساسی بوده و در نتیجه پیامد مهمی بر فراهم بودن و دسترسی این مواد برای استفاده های پزشکی و علمی داشته باشند، اتخاذ آن ها باید با محدودیت و مراقبت صورت بگیرد.

۴- متخصصان مراقبت سلامت

۴-۱ پزشکان واجد صلاحیت و تعلیم دیده و در صورت لزوم، پرستاران و سایر متخصصان سلامت در تمامی سطوح مراقبت سلامت باید بر مبنای پروانه تخصص عمومی خود، دانش پزشکی کنونی و رویه خوب بدون هیچ گونه الزام پروانه ای دیگر، مجاز به تجویز و توزیع داروهای کنترل شده باشند.

الزام پزشکان به اخذ پروانه برای تجویز داروهای کنترل شده ممکن است سبب محدودیت فراهم بودن و قابلیت دسترسی این داروها شود.

۲-۴- داروسازان واجد صلاحیت و تعلیم دیده در تمامی سطوح مراقبت سلامت باید بر مبنای پروانه تخصص عمومی خود، دانش پزشکی کنونی و رویه خوب بدون هیچ گونه الزام پروانه‌ای دیگر، مجاز به تجویز و توزیع داروهای کنترل شده باشند.

الزام داروسازان به اخذ پروانه برای تجویز داروهای کنترل شده، ممکن است سبب محدودیت فراهم بودن و قابلیت دسترسی این داروها شود.

برخی کشورها اصلاح خطاهای فنی توسط داروسازان را مجاز می‌شمارند. لازم است قانون به توانایی داروساز برای اصلاح خطاهای فنی در تجویزها و نیز توزیع مقادیر کم داروهای کنترل شده در موارد اضطراری توجه کند تا درمان تجویز شده به موقع آغاز شود.

۳-۴- دولت‌ها باید آموزش دانش و مهارت‌های مرتبط با درمان درد و اختلالات استفاده از مواد را در زمینه استفاده پزشکی و سایر شرایطی که نیازمند درمان با داروهای کنترل شده است، در مدارس پزشکی، داروشناسی و پرستاری ترویج کنند.

بهترین رویه‌های کنونی باید از دستورالعمل‌های درمان سازمان جهانی بهداشت و سایر دستورالعمل‌های مبتنی بر مدرک ملی و بین‌المللی برای بیماری‌های مختلفی که نیازمند درمان با داروهای کنترل شده هستند، استخراج شوند.

۴-۴- در کشورهایی که داروهای کنترل شده برای نخستین بار در دسترس قرار می‌گیرد، دولت‌ها باید ابتکارات آموزشی را برای متخصصان مراقبت سلامت سازماندهی کنند تا از استفاده منطقی از این داروها اطمینان حاصل شود.

۵- برآوردها و آمارها

۱-۵- دولت‌ها باید با استفاده از تمامی اطلاعات مرتبط، روشی عملی برای تخمین واقع بینانه نیازهای علمی و درمانی به داروهای کنترل شده ایجاد کنند.

۲-۵- دولت‌ها باید برآوردها و ارزیابی‌های مقادیر داروهای کنترل شده مورد نیاز برای مقاصد مجاز علمی و درمانی (برآوردهای سالیانه برای داروهای مخدر) را برای هیات بین‌المللی کنترل داروهای مخدر^۱ فراهم کنند. در صورتی که احتمال برود که فراهم بودن داروهای کنترل شده برای مقاصد مجاز به علت تخمین کمتر از حد واقعی تقاضاهای معمول، موارد اضطراری یا تقاضاهای خاص کاهش یابد، در این صورت دولت باید برآوردهای تکمیلی یا ارزیابی نیاز اصلاح شده را به INCB ارائه کند.

کنوانسیون^۲ Single، سیستمی از برآورد نیاز به داروهای مخدر را ارائه می‌دهد که در همکاری با دولت‌ها، INCB را قادر می‌سازد تا از موازنه بین عرضه و تقاضا برای این داروها حمایت کند. این سیستم به کشورها امکان می‌دهد تا داروهای مخدری را ساخت و/یا وارد کنند مشروط به آن که از میزان برآورد شده کل تجاوز نکند. این سیستم مانع از ساخت و/یا واردات داروهای مخدر اضافه‌تر از مقاصد مجاز-که ممکن است وارد بازارهای ممنوعه شود- می‌گردد. در طول سال، دولت‌ها می‌توانند در هر زمانی، برآوردهای تکمیلی را تسلیم کنند. دولت‌ها باید برآوردهای خود را با استفاده از توصیه‌ها و روشهای پیشنهادی توسط WHO و INCB ارائه دهند. این روش‌ها، اضافه مقدار خاصی را توصیه می‌کنند تا احتمال ناکافی بودن برآوردها در نزدیکی آخر سال را به حداقل برسانند.

۳-۵- لازم است دولت‌ها گزارش‌های آماری در مورد داروهای مخدر و داروهای روان‌گردان را مطابق با مقررات متناظر کنوانسیونهای بین‌المللی کنترل دارو و قطعنامه‌های مرتبط شورای اقتصادی و اجتماعی به INCB تسلیم کنند. کشورها علاوه بر ارائه پیشاپیش برآوردها و ارزیابی نیازها باید فعالیتهای واقعی در مورد داروهای کنترل شده از قبیل تولید، ساخت، واردات و صادرات، استفاده، مصرف و انبارهای آن را به INCB گزارش کنند. الزامات گزارش‌دهی برای داروهای مخدر مفصل‌تر از الزامات مرتبط با داروهای روان‌گردان هستند.

۶- تامین دارو

1 - International Narcotics Control Board (INCB)

^۲ - منظور کنوانسیون در سال ۱۹۶۱ است که در آن به موضوع داروهای ناركوتیک پرداخته شده است و در سال ۱۹۷۲ پروتکل اصلاحی این کنوانسیون انتشار یافته است.

۱-۶- دولت‌ها باید با همکاری شرکت‌ها و سازمانهای مدیریت کننده توزیع، مطمئن شوند که خرید، ساخت و توزیع داروهای کنترل شده به صورت به موقع و با پوشش خوب جغرافیایی انجام می‌گیرد به گونه‌ای که هیچ کمبود عرضه وجود نداشته، همواره در زمان نیاز در دسترس بوده و در عین حال، کنترل‌های مناسبی برای جلوگیری از انحراف، سوءاستفاده یا سندرم وابستگی صورت بگیرد.

این مساله بر این فرض استوار است که فهرستی از فرمولاسیون داروهای کنترل شده وجود دارد که مجوز توزیع و فروش را در آن کشور دریافت کرده است.

داروهای کنترل شده همانند هر داروی دیگر باید انبار شوند تا به صورت پیوسته توزیع شوند زیرا اختلال در عرضه آن سبب اختلال در درمان بیماران می‌شود و این اختلال ممکن است عوارضی جدی برای بیماران ایجاد کند.

قطع ناگهانی درمان با اپیوئید های ضد درد، ممکن است سبب بازگشت درد بیمار (اگر علت اساسی همچنان وجود داشته باشد) و ایجاد "سندرم ترک دارو" شده و موجب بروز نشانه‌هایی منجمله افزایش فشار خون، تهوع و استفراغ، انقباض دردناک عضلات شکمی، اسهال و درد ماهیچه گردد.

بیمارانی با سندرم وابستگی، با سندرم ترک دارو آشنا بوده و می‌دانند که می‌توان آن را با اپیوئیدهای غیرمجاز درمان کرد. در چنین موردی ممکن است از برنامه درمان خارج شوند و درد آن‌ها عود کند. بنابراین دوره‌های بدون دسترسی به درمان، نتایج درمان سندرم وابستگی و پیشگیری از HIV را به خطر می‌اندازند.

در صورت رخداد سندرم ترک دارو، باید خاطرنشان کرد که این امر ضرورتاً علامت آن نیست که بیماران به سندرم وابستگی دچار شده اند. معمولاً با کاهش تدریجی مقدار استعمال دارو می‌توان از سندرم ترک دارو اجتناب کرد. در صورت دسترسی به داروهای کنترل شده در سطح مناسب مراقبت سلامت، لازم است این داروها به صورت گسترده در داروخانه‌ها و در خدمات سلامت مورد نیاز فراهم شوند.

از آن جا که تمامی داروهای کنترل شده در سطح مراقبت اولیه نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند، بنابراین نباید فراهم بودن آن‌ها صرفاً به داروخانه‌های بیمارستانی محدود شود. بیماران و خانواده‌های آن‌ها نباید برای رسیدن به داروخانه‌های توزیع کننده داروهای کنترل شده، از نظر هزینه سفر و پول دارو، هزینه‌های زیادی بپردازند. ترجیحاً توزیع داروهای کنترل شده باید با توزیع داروهای کنترل نشده، از طریق سیستم‌های مطمئن توزیع دارو ترکیب شوند. کنوانسیون‌ها انحصار دولتی بر داروهای کنترل شده را الزام نمی‌دانند و این انحصار در بسیاری از موارد، موانع اضافی در برابر دسترسی و فراهم بودن این داروها ایجاد می‌کند. این امر اغلب زمانی رخ می‌دهد که انحصار دولتی با تمرکز تحویل همزمان می‌شود؛ برای مثال، در

جایی که تحویل این داروها به یک محل در پایتخت کشور یا به تعداد محدودی از مراکز استانی محدود شود یا در صورتی که داروسازان شخصاً باید برای وصول سفارش خود برای داروهای کنترل شده حاضر شوند.

۲-۶- دولت‌ها باید تأثیر منفی کنترل و تدابیر امنیتی بر قابلیت تهیه و فراهم بودن داروهای کنترل شده را به حداقل برسانند.

فراهم بودن به این داروها ممکن است در اثر تدابیر امنیتی محدود شود و این تدابیر در بسیاری از کشورها بر قیمت تأثیر می‌گذارند. بسیاری از تدابیر در کنوانسیون‌ها برای جلوگیری از انحراف، الزامی نیستند.

در بازار جهانی، مورفین و متادون و بسیاری دیگر از اپیوئیدها مواد نسبتاً ارزانی هستند. اما چالش بسیاری از کشورها با مصرف کنونی پایین داروهای کنترل شده، مقرون به صرفه نگهداشتن آن‌ها طی روند توزیع است. در مواردی که حجم معاملات کم باشد، هزینه پروانه و ثبت نام ممکن است آن قدر گران شود که مانع توزیع و فروش این داروها گردد. در تولید و توزیع، هزینه بسته بندی هر دسته قرص صدتایی فرقی با بسته بندی یک دسته قرص ده هزارتایی ندارد و همین امر در مورد هزینه حمل و نقل نیز درست است، اما الزام به سرمایه‌گذاری بالای داروخانه در مورد تدابیر امنیتی جهت مجاز شدن آن برای توزیع داروهای کنترل شده ممکن است سبب شود تا آن داروخانه تصمیم بگیرد که آن‌ها را خرید و انبار نکند؛ این عوامل ممکن است سبب گرانی کاذب داروهای کنترل شده و مانع افزایش مصرف آن‌ها شوند.

۳-۶- مراجع کنترل دارو باید از وجود دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت تدارک بین‌المللی داروهای کنترل شده برای مراقبت درمانی در مواقع اضطراری آگاهی داشته باشد. این دستورالعملها فرایند ساده شده‌ای برای واردات و صادرات داروهای کنترل شده به کشوری که بروز یک واقعه مصیبت‌بار مانع کارکرد مراجع کنترل دارو در آن شده، فراهم می‌کنند. این مقامات باید آن‌ها را در صورت لزوم به کار ببندند.

بلایای طبیعی یا انسان ساخته ممکن است سبب افزایش تقاضا برای داروهای کنترل شده شوند، هم چنین در کار مقامات ملی کنترل دارو اختلال ایجاد کرده و سبب شوند تا این مقامات نتوانند پروانه ورود برای داروهای کنترل شده را صادر کنند.

منابع

۱. میرسپاسی، ناصر، مدیریت استراتژیک منابع انسانی و روابط کار . انتشارات میر(۱۳۸۱)
2. Hospice Palliative Care Association of South Africa; Hospice palliative care standards, second edition, December 2009.
3. APCA Standards for Providing Quality Palliative Care across Africa; African Palliative Care Association; 2010.
4. Palliative Care Services Operational Policy Medical Development Division, Ministry of Health Malaysia; 2010.
5. Cancer control Knowledge into action-Palliative Care; World Health Organization; 2007.
6. Reidler J S; Shah D J.; End-of-Life Care and Policy, Harvard Medical School Mentors, Summer 2010.
7. Martin-Moreno J M, Harris M, Gorgojo L, Clark D, Normand C, Centeno C; Policy Department Economic and Scientific Policy, palliative care in the European Union, May 2008.
8. Shiner P, Rezendes L; Hospice and Palliative Care: Strategies for Future Success, South coast Home Care, Hospice and Palliative Care and Home Infusion Therapy Services, Fairhaven, Massachusetts, October 2010.
9. “Ensuring balance in National policies on controlled substances , Guidance for Availibility and Accessibility of controlled medicine –World Health Organization 2011“

۳- شاخص‌های ارزیابی عملکرد در خدمات مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

در یک مقاله مروری که در سال ۲۰۰۸ در مجله Jama به چاپ رسیده است به طور کلی سه گروه از شاخص‌های ارزیابی عملکرد برای مراقبت‌های حمایتی و تسکینی پیشرفته در بیماران در مرحله ترمینال، در نظر گرفته شده است:

- کیفیت زندگی بیماران؛
- رضایت از مراقبت؛ و
- هزینه های اقتصادی.

در اندازه گیری هریک از این گروه از شاخص‌ها ابزارهای مختلفی مورد استفاده قرار گرفته است که در زیر به اختصار نام برده می‌شود:

- کیفیت زندگی با ابزارهای مختلفی سنجیده می شود که مهمترین آنها در زیر آورده شده است:

1. Multidimensional Quality of Life Scale-Cancer Version
2. European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30
3. Medical Outcomes Study Short Form (SF-36 or SF-20).
4. Functional Living Index-Cancer
5. Sickness Impact Profile
6. General Health Rating Index
7. Hospice Quality of Life Index
8. Spitzer Quality of Life Index
9. Uni-scale
10. Caregiver Quality of Life Index-Cancer

- در مورد رضایت از مراقبت (در منزل، بیمارستان و مراکز سرپایی) در بیشتر مطالعات، بر اساس شاخص‌هایی که در چند مطالعه کوهورت و سنجه‌های خاص استفاده شده است.

- هزینه‌های اقتصادی و تأثیر آن بر خدمات مراقبت سلامت: مهمترین شاخص‌های قابل اندازه‌گیری در این بخش را می‌توان موارد زیر به شمار آورد:
 - تعداد ویزیت بیماران در اورژانس بیمارستان؛
 - تعداد و طول مدت بستری در بیمارستان؛
 - میزان استفاده از منابع بیمارستانی
 - مراجعه برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های پیشرفته بیمار؛
 - موارد ارجاع به نقاهتگاه؛
 - میزان زمان حضور بیمار در منزل؛
 - فوت در منزل.

فصل پنجم

وضعیت ارائه مراقبت‌های تسکینی در دنیا

سطح بندی وضعیت کشورها از نظر توسعه مراقبت های تسکینی

در این بخش وضعیت مراقبت های تسکینی، با توجه به مطالعه ای که توسط موسسه بین المللی نظارت بر مراقبت های پایان عمر^۱، جهت ارزیابی مراقبت های تسکینی در ۲۳۴ کشور صورت گرفته، بررسی می شود (۱). در گزارش ۲۰۰۶ این مطالعه، کشورهای جهان به لحاظ سطح مراقبت های تسکینی به چهار گروه تقسیم می شدند، اما در گزارش اخیر آن-۲۰۱۱_ گروه های سه و چهار هر یک به دو زیرگروه a و b تقسیم شده اند.

طبق نتایج این بررسی، حدود ۱۶۰ کشور به طور فعال در حال ارائه مراقبت های تسکینی و یا توسعه چهارجوبی جهت شکل گیری سیستمی برای ارائه چنین خدماتی هستند (سطح ۲ و به بالا). با این وجود در حال حاضر، پیشرفت ها بسیار محدود و منطقه ای بوده و کشورهایی با مراقبت های تسکینی ادغام یافته و در سطح وسیع (سطح ۴) تنها حدود ۱۵٪ از کشورها را تشکیل می دهند. در کشورهای با وضعیت مراقبت های تسکینی محدود و ناحیه ای (سطح ۳)، در بسیاری از موارد خدمات برای کل جامعه، غیرقابل دسترسی است. بنابراین با وجود افزایش نیاز به مراقبت های تسکینی به عنوان حق همه انسان ها، هنوز راه درازی پیش روی مراقبت های تسکینی برای اینکه در دسترس جامعه جهانی باشد وجود دارد. علاوه بر موانع شناخته شده پیش روی مراقبت های تسکینی، فاکتورهای مرتبط با مساحت کشور و زیرساخت های آن و نیز تعداد جمعیت چالش های مهمی محسوب می شوند. همچنین باید توجه کرد که توسعه مراقبت های تسکینی خطی نبوده و نهایتاً بیانگر پاسخ یک کشور به مجموع فشارهای داخلی و خارجی ای است که منجر به شکل گیری حرکت هایی در رابطه با مراقبت های تسکینی می شود.

در این مطالعه کلیه مناطق و کشورهایی که خدمات تسکینی در آن ها وجود داشته با شاخص های زیر مورد بررسی گرفته شده است:

- میزان پوشش؛
- سطح آگاهی جامعه در رابطه با مراقبت های تسکینی و اطلاع رسانی به عموم مردم؛
- میزان در دسترس بودن اپیوئیدها؛
- وجود یا عدم و نیز سطح و شیوه های مختلف آموزش و تربیت؛
- سیستم پرداخت هزینه های خدمات تسکینی.
- سپس در یک سطح بالاتر موارد زیر مورد ارزیابی قرار گرفته:
- ساختار و سطوح ارائه خدمات؛
- تاثیر مراقبت های تسکینی بر سیاستگذاری نظام سلامت کشوری؛
- هماهنگی و ارتباط بین سطوح مختلف مراقبت های تسکینی و نیز ارتباط آن با دیگر مراقبت ها و جریان اصلی درمان بیماران؛
- وضعیت پژوهش و تحقیق در این زمینه.

و سپس وضعیت کشورها بر اساس موارد فوق مورد سنجش قرار گرفته و در یکی از چهار گروه به شرح زیر قرار گرفته است (جدول ۵-۱).

گروه ۴ رویکرد یکپارچه سازی و ادغام مراقبت ها	گروه ۳ ارائه مراقبت های تسکینی در برخی از مناطق	گروه ۲ ظرفیت سازی برای مراقبت های تسکینی	گروه ۱ بدون هیچ فعالیت شناخته شده
<p>ظرفیت سازی و ارائه مراقبت های تسکینی در برخی از مناطق وجود دارد اما:</p> <ul style="list-style-type: none"> - در یک منطقه از کشور یا بیش از آن مراقبت های تسکینی به مقدار کافی وجود دارد؛ - طیفی از انواع خدمات و ارائه کنندگان وجود دارد؛ - آگاهی رسانی عمومی به صورت وسیع در مورد مراقبت های تسکینی در کشور وجود دارد؛ - یکپارچگی و ادغام قابل سنجش مراقبت های تسکینی در مراقبت های بهداشتی - درمانی نظام سلامت؛ - تأثیر بر روی سیاست ها؛ - راه اندازی مراکز آموزشی ویژه؛ - ارتباطات دانشگاهی؛ - انجام پژوهش های کاربردی؛ 	<p>ظرفیت سازی در بخش های مختلف ادامه دارد اما:</p> <ul style="list-style-type: none"> - در یک منطقه از کشور یا بیش از آن مراقبت های تسکینی به مقدار کافی وجود دارد؛ - خدمات تسکینی ارائه شده به مراقبت های تسکینی در خانه ارتباط دارد؛ - آگاهی رسانی و حمایت در مناطقی وجود دارد؛ - منابع مالی مشخص تعیین شده است؛ - مورفین در دسترس است؛ - توسط هاسپیس ها توانمندسازی و آموزش صورت می گیرد. 	<p>- حضور پرسنل مطلع</p> <ul style="list-style-type: none"> - در میان گذاشتن خواسته ها با سازمان های بین المللی مرتبط با مراقبت های تسکینی؛ - ارتباطات بین المللی با مراکز ارائه کننده خدمات برقرار شده است؛ - شرکت در کنفرانس ها؛ - ویزیت در مراکز مراقبت های تسکینی و هاسپیس؛ - آموزش و توانمندسازی اعضای تیم مراقبت های تسکینی؛ - دوره های توانمندسازی خارجی؛ - تدوین راهبردهایی برای توسعه؛ - مذاکراتی با وزارت بهداشت و سیاست گذاران. 	

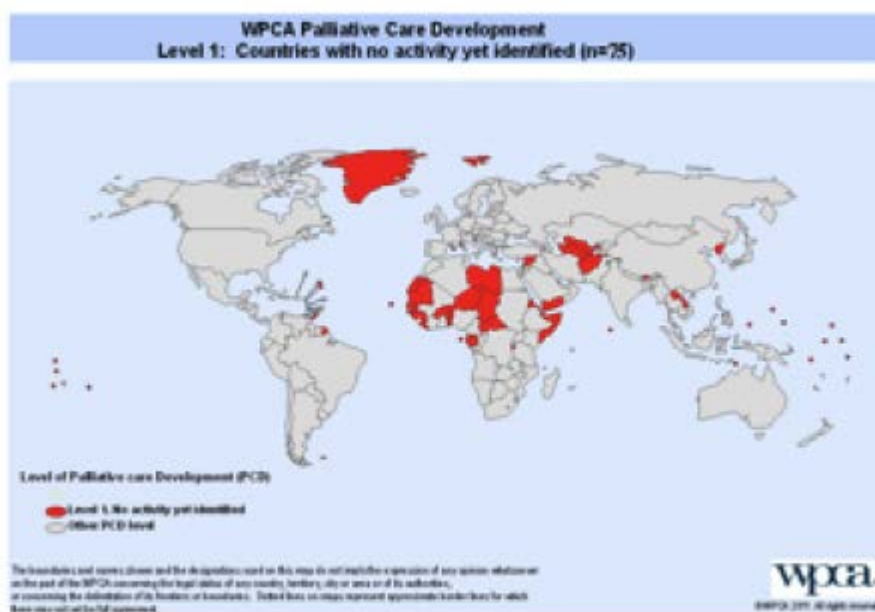
<p>- شکل گیری انجمن ملی؛</p>			
------------------------------	--	--	--

جدول ۵-۱. گروه بندی کشورها بر اساس توسعه مراقبت های تسکینی

این نوع تقسیم بندی کشورها و کاربرد آن، دیدگاه متفاوتی از مراقبت های تسکینی ارائه می کند. همچنین می توان در کنار این کار، از اندازه گیری ها و شاخص های دیگری چون شاخص توسعه یافتگی انسانی (HDI)، تولید ناخالص داخلی (GDP)، نرخ مرگ و میر خام (CDR) و جمعیت (Population size) استفاده کرد که در ادامه بررسی خواهند شد.

گروه ۱- کشورهایی که هیچ فعالیت ملموسی در زمینه مراقبت های تسکینی در آن ها قابل شناسایی نیست.

۷۵ کشور در این گروه قرار می گیرند که پراکندگی آن ها در نقشه شکل ۵-۱ نشان داده شده است.



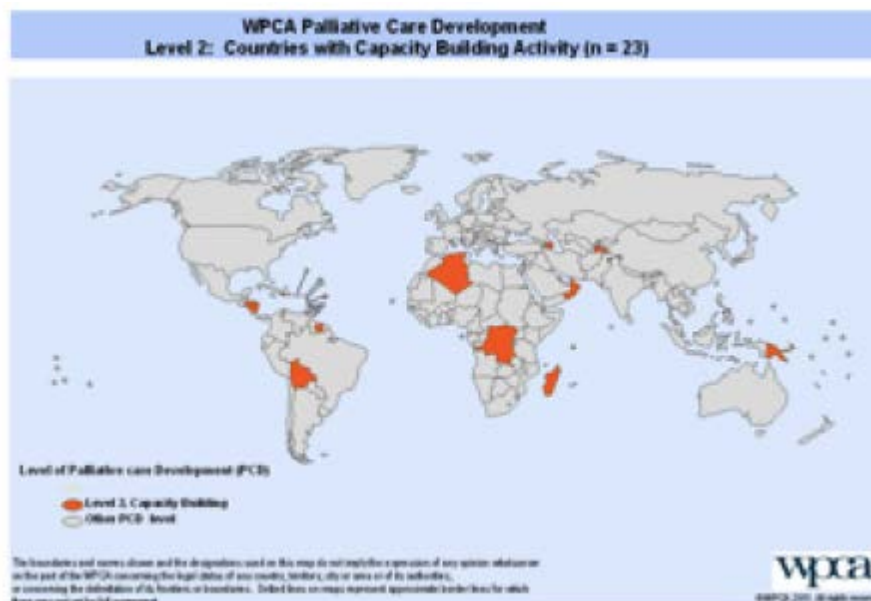
شکل ۵- ۱. گروه ۱. کشورهایی که هیچ فعالیت ملموسی در زمینه مراقبت های تسکینی در آن ها قابل شناسایی نیست

گروه ۲ - ظرفیت سازی برای مراقبت های تسکینی

در این کشورها شواهدی از طیف وسیع فعالیت های آغازین طراحی شده برای ایجاد و توسعه سازمانی، نیروی انسانی و سیاستگذاری در رابطه با مراقبت های تسکینی وجود دارد و این کشورها دارای پتانسیل شکل گیری موارد مذکور می باشند اما هنوز هیچ فعالیت ساختارمندی شکل نگرفته است. این فعالیت های آغازین شامل مواردی از این قبیل است:

- حضور در کنفرانس های مهم و کلیدی در زمینه مراقبت های تسکینی؛
- وجود افرادی از آن کشور که دوره های مراقبت های تسکینی را در دیگر کشورها گذرانده اند؛
- مذاکره سیاستگذاران و ووزرا در رابطه با مراقبت های تسکینی؛
- شکل گیری خدمات مراقبت های تسکینی در سطح ابتدایی.

این گروه ۲۳ کشور را شامل می شود (شکل ۵-۲). ترکیه و کشور ما نیز در گزارش ۲۰۰۶ در این گروه بودند اما در گزارش ۲۰۱۱ ترکیه به گروه 3b و کشور ما به گروه 3a ارتقا یافته اند.



شکل ۵-۲. گروه ۲. ظرفیت سازی برای مراقبت های تسکینی

گروه ۳- ارائه مراقبت های تسکینی در برخی از مناطق

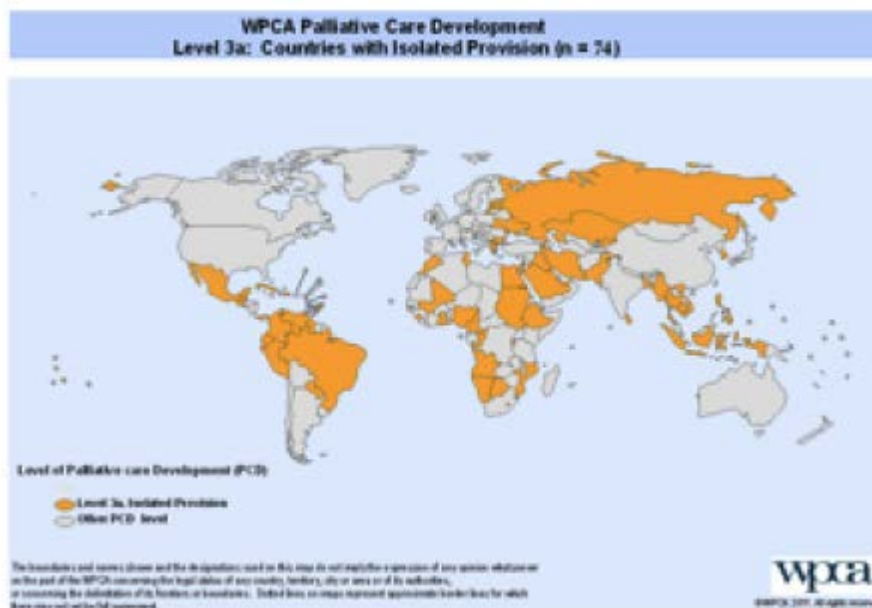
در طبقه بندی گزارش جدید این گروه شامل ۲ زیر گروه با ویژگی های زیر است:

گروه 3a با تامین خدمات به شکل محدود و مجزا از یکدیگر^۱

- توسعه فعالیت های مراقبت های تسکینی به شکل پراکنده که به خوبی پشتیبانی نمی شود؛
 - مساله تامین بودجه که به شدت وابسته به وجود یا عدم وجود یک حمایت کننده منابع مالی است؛^۲
 - محدودیت در دسترسی به مورفین؛
 - خدمات مراقبت های تسکینی که اغلب بر اساس مراقبت در منزل بوده و نیز نسبت به سایر جمعیت اندک است.
- در این گروه ۷۴ کشور از جمله کشور خودمان و نیز مصر قرار می گیرند (شکل ۵-۳). به کشور مصر از این گروه پرداخته خواهد شد.

1- Isolated palliative care provision

2- Donor dependent

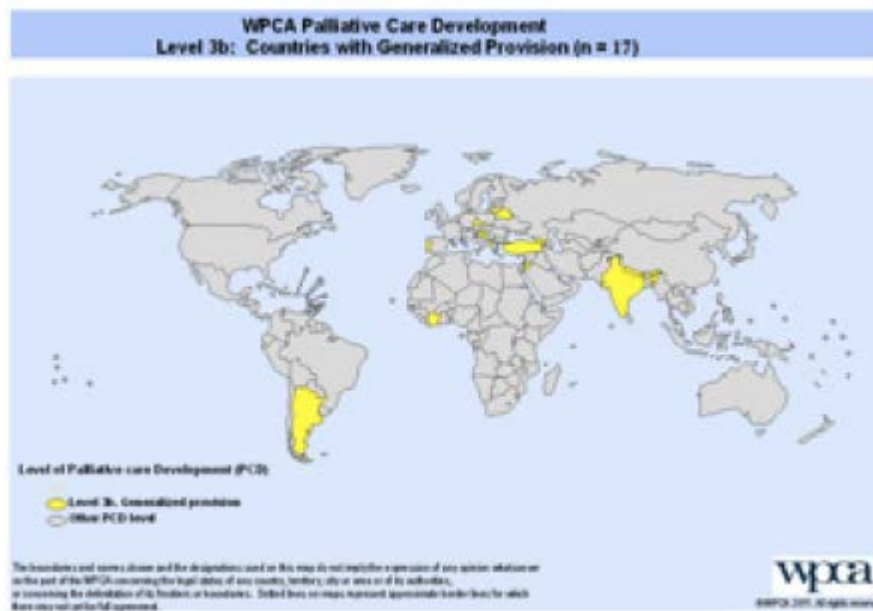


شکل ۵-۳. گروه 3a با تامین خدمات به شکل محدود و ایزوله

گروه 3b با تامین خدمات به شکل سراسری^۱

- توسعه فعالیت های مراقبت های تسکینی در مناطق متعدد و وجود حمایت های محلی در آن مناطق؛
- وجود چندین منبع تامین بودجه؛
- در دسترس بودن مورفین؛
- ارائه خدمات مراقبت های تسکینی توسط تامین کنندگانی مستقل از سیستم مراقبت های بهداشتی؛
- وجود بعضی برنامه های آموزشی و تربیتی مرتبط با مراقبت های تسکینی در هاسپیس ها (ساختارهای ارائه کننده خدمات).

در این گروه ۱۷ کشور قرار می گیرند (شکل ۵-۴). دو کشور اردن و ترکیه در این گروه مورد بررسی قرار می گیرند.



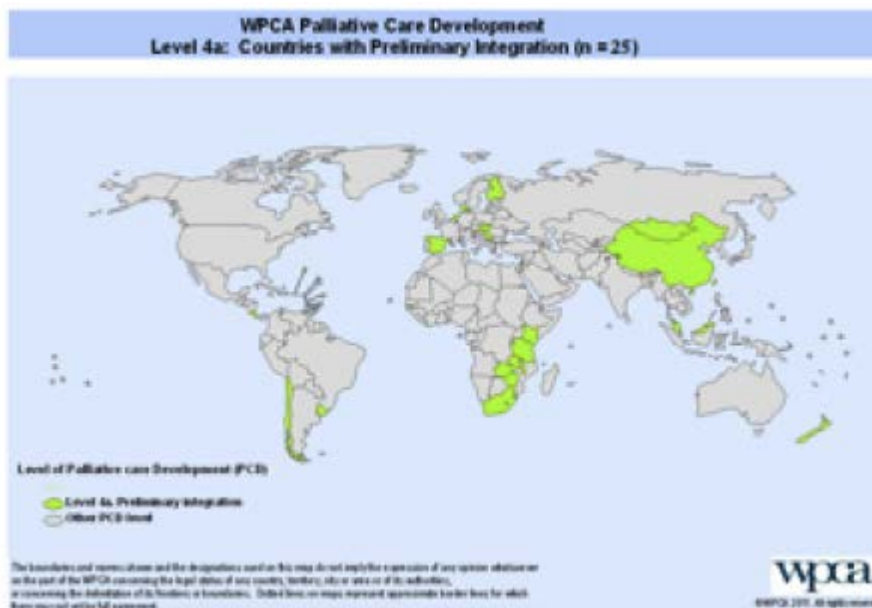
شکل ۵-۴. گروه 3b با تامین خدمات به شکل جنرالیزه

گروه ۴ – رویکرد یکپارچه سازی و ادغام مراقبت ها

این گروه نیز به دو زیرگروه 4a و 4b با ویژگی های زیر تقسیم می شود.

گروه 4a- کشورهایایی که در آن ها مراقبت های تسکینی در مراحل ابتدایی ادغام با جریان اصلی درمان بیمار قرار دارد:

- توسعه تعداد زیادی از فعالیت های مراقبت های تسکینی در بسیاری از مناطق
 - گوناگونی در انواع خدمات ارائه شده و نیز تامین کنندگان آن
 - آگاهی افراد حرفه ای سیستم مراقبت های بهداشتی وجوامع مختلف از مراقبت ها تسکینی
 - در دسترس بودن مورفین و تعدادی از دیگر داروهای ضددرد قوی
 - تاثیر محدود مراقبت های تسکینی در سیاستگذاری
 - برگزاری دوره های آموزشی مراقبت های تسکینی توسط تعداد زیادی از سازمان ها
 - علاقه به تشکیل انجمن ملی مراقبت های تسکینی
- در این گروه ۲۵ کشور قرار می گیرند (شکل ۵-۵) و از این بین، مالزی و آفریقای جنوبی بررسی می شوند.

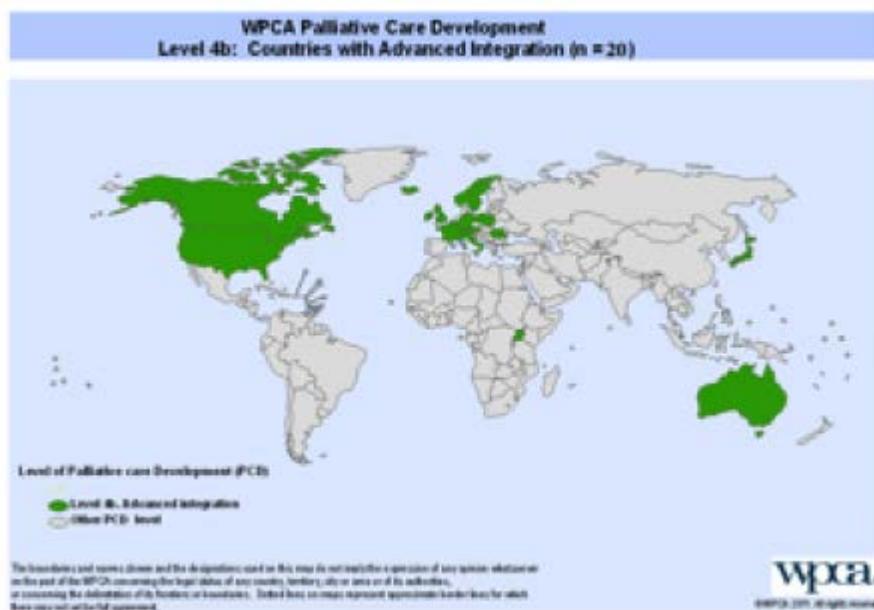


شکل ۵-۵. گروه 4a: کشورهایی که در آن ها مراقبت های تسکینی در مراحل ابتدایی ادغام با جریان اصلی درمان بیمار قرار دارد

گروه 4b: کشورهایی که در آن ها مراقبت های تسکینی در مراحل پیشرفته ادغام با جریان اصلی درمان بیمار قرار دارد:

- توسعه تعداد زیادی از فعالیت های مراقبت های تسکینی در بسیاری از مناطق
- تامین جامع تمام انواع خدمات مراقبت های تسکینی توسط انواع تامین کنندگان
- آگاهی وسیع افراد حرفه ای سیستم مراقبت های بهداشتی، جوامع مختلف و عموم مردم از مراقبت ها تسکینی
- دسترسی نامحدود به مورفین و تمام دیگر انواع داروهای ضددرد قوی
- تاثیر اساسی مراقبت های تسکینی در سیاست گذاری به ویژه در بخش سلامت و بهداشت
- توسعه مراکز آموزشی رسمی مراقبت های تسکینی
- برقراری لینک های اکادمیک با دانشگاه ها
- وجود انجمن ملی مراقبت های تسکینی

بسیار کشور در این گروه جای دارند (شکل ۵-۶). ۴ کشوری که در این گروه بررسی می شوند انگلیس، سوئد، فرانسه و ایتالیا می باشند.



شکل ۵-۶. گروه 4b- کشورهایایی که در آن ها مراقبت های تسکینی در مراحل پیشرفته ادغام با جریان اصلی درمان بیمار قرار دارد

تحلیل شاخص های کلان اقتصادی – اجتماعی

همان طور که پیشتر گفته شد، شاخص های دیگری که در کنار بررسی وضعیت مراقبت های تسکینی با توجه به بافت کشورها مورد ارزیابی قرار گرفته موارد زیر است (جدول ۵-۲):

- سرانه تولید ناخالص داخلی (GDP/Capita):

- شاخص توسعه انسانی (HDI):

- میزان جمعیت؛

- نرخ خام مرگ و میر.

شاخص توسعه یافتگی سنجش های متعددی از توسعه کشورها بر اساس طول عمر، دانش و استانداردهای زندگی، به دست می دهد. بین وضعیت مراقبت های تسکینی و شاخص توسعه یافتگی انسانی ارتباط قوی وجود دارد. ۲۹ کشور از ۴۵ کشور موجود (۶۴٪) در گروه ۴ دارای شاخص توسعه یافتگی بالایی هستند. در حالی که تنها ۱ کشور از این گروه (۲٪) دارای HDI پایین می باشد. این در حالی است که از بین ۷۵ کشور گروه ۱، فقط ۳٪ سطح بالایی از HDI دارند و در ۵۴٪ از آن ها این شاخص محاسبه نشده. این

ارتباط قوی بین این دو شاخص، بیانگر این واقعیت است که روش به کار رفته در سطح بندی کشورها به لحاظ وضعیت مراقبت های تسکینی از روایی (Validity) و پایایی (Reliability) کافی برخوردار است. سرانه تولید ناخالص داخلی (به واحد بین المللی دلار) در بین کشورهای گروه ۴ و ۱ محدوده وسیعی را شامل می شود. در رابطه با تحلیل ارتباط GDP و وضعیت مراقبت های تسکینی باید با احتیاط بیشتری تحلیل کرد چرا که کشورهایی با GDP بسیار متفاوت در هر ۴ گروه وجود دارند.

سرانه تولید ناخالص ملی، بر اساس دلار آمریکا (۵)	رتبه شاخص توسعه انسانی (۴)	جمعیت کل، میلیون نفر (۳)	نرخ خام مرگ و میر، به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت (۲)	سطح توسعه سیستم مراقبت های تسکینی (۰-۴)	
۳۸۸۱۸	۲۸	۶۲/۴	۹	4b	انگلیس
۵۶۹۲۷	۱۰	۹,۴	۱۰	4b	سوئد
۴۲۳۷۷	۲۰	۶۳,۱	۸	4b	فرانسه
۳۶۱۱۶	۲۴	۶۰,۸	۱۰	4b	ایتالیا
۹۶۵۶	۶۱	۲۸/۹	۵	4a	مالزی
۸۰۷۰	۱۲۳	۵۰/۵	۱۵	4a	آفریقای جنوبی
۴۶۶۶	۹۵	۶/۳	۴	3b	اردن
۱۰۴۹۸	۹۲	۷۳/۶	۵	3b	ترکیه
۲۷۸۱	۱۱۳	۸۲/۵	۵	3a	مصر
۴۵۲۶ ^۱	۸۸	۷۴/۸	۵	3a	ایران

جدول ۵-۲. شاخص های توسعه یافتگی، GDP, HDI, CDR, population size. همه اطلاعات این جدول مربوط به سال ۲۰۱۱ است

گزارش وضعیت مراقبت های تسکینی در ۹ کشور

مربوط به ۲۰۰۹ قرار داده شده است. GDP ایران در دست نبود، GDP 2011 از آنجا که ۱-

در این قسمت گزارشی از وضعیت مراقبت های تسکینی در چند کشور توسعه یافته و در حال توسعه بررسی می شود. از بین کشورهای توسعه یافته به ۴ کشور انگلیس، سوئد، فرانسه و ایتالیا پرداخته شده و اطلاعات مربوط به آن ها از سند مراقبت های تسکینی در اتحادیه اروپا، ۲۰۰۷ آورده می شود (۶)؛ از کشورهای در حال توسعه نیز مالزی، آفریقای جنوبی، اردن، ترکیه و مصر (۳) مورد آخر از خاورمیانه) طبق گزارشات منتشر شده توسط موسسه بین المللی نظارت بر مراقبت های پایان عمر بررسی می شود؛ اطلاعات مالزی (۷) مربوط به سال ۲۰۰۸ و آفریقای جنوبی (۸)، اردن، ترکیه و مصر (۹) مربوط به سال ۲۰۰۶ است. بنابراین به نظر می رسد به دلیل نزدیکی زمان بررسی وضعیت کشورها (چه توسعه یافته و چه در حال توسعه)، بتوان اطلاعات داده شده را تا حد زیادی با هم مقایسه کرد. اما توجه به این نکته ضروری است که این اسناد آخرین اطلاعات مدون در دسترس از وضعیت کشورها بوده اند، از این رو طی چند سال اخیر وضعیت کشورها به میزان متفاوت در هر یک تغییر کرده است. مثلاً از مهم ترین آن ها می توان به ترکیه اشاره کرد که در گزارش ۲۰۰۶ IOELC جزء کشورهای با سطح ۲ تقسیم بندی می شده اما در آخرین گزارش، ۲۰۱۱، به سطح 3b ارتقا یافته است، بنابراین آنچه در این متن بررسی می شود نسبت به وضعیت فعلی و رشد یافته آن متفاوت است.

در این گزارش وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در این کشورها از سه دیدگاه ساختار ارائه خدمات، فرایندهای اصلی و فرایندهای پشتیبان نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی^۱ مورد بررسی قرار میگیرد. در ادامه موارد ذیل به تفصیل در ارتباط با هریک از این کشورها به تفصیل مورد بررسی قرار گرفته است: (جدول ۵-۱۲ و ۵-۱۳ به اختصار این موارد را مورد بررسی قرار داده است).

- ۱- وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه ساختار ارائه خدمات؛
- ۲- وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای اصلی شامل؛
 - ۲.۱. پوشش مراقبت های حمایتی و تسکینی
 - ۲.۲. ارائه خدمات مراقبت های حمایتی و تسکینی
- ۳- وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای پشتیبان شامل؛
 - ۳.۱. تامین نیروی انسانی؛
 - ۳.۲. آموزش نیروی انسانی؛
 - ۳.۳. تامین دارو؛
 - ۳.۴. تامین منابع مالی در نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی؛
 - ۳.۵. سیاستگذاری (در کشورهای توسعه یافته که این مساله بیشتر دیده شده است).

^۱ توضیحات تفصیلی در ارتباط با ساختار و فرایندهای نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در فصل چهارم همین متن آمده است.

نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در انگلستان

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه ساختار ارائه خدمات

انگلستان پیشرو کشورهای جهان در مراقبت های تسکینی است. در انگلیس ۳۵۶ تیم مراقبت در منزل، ۳۰۵ تیم مشاوره ای بیمارستانی، ۲۵۷ کلینیک روزانه، ۱۵۸ هاسپیس و ۶۳ واحد بستری بیمارستانی در مجموع ۱۱۳۹ سرویس مراقبت های تسکینی بزرگسالان و ۱۱۲ تیم مشاوره ای بیمارستانی، ۱۱۲ تیم مراقبت در منزل و ۳۴ هاسپیس در مجموع ۲۵۸ سرویس مراقبت های تسکینی اطفال ارائه می دهند.

مجموع	خدمات اطفال			خدمات بزرگسالان				
	هاسپیس	مراقبت در منزل	تیم مشاوره ای بیمارستانی	کلینیک روزانه	مراقبت در منزل	تیم مشاوره ای بیمارستانی	واحد بستری بیمارستانی	هاسپیس
۱۳۹۷	۳۴	۱۱۲	۱۱۲	۲۵۷	۳۵۶	۳۰۵	۶۳	۱۵۸

جدول ۳-۵. مراقبت های تسکینی در انگلستان

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایند های اصلی

پوشش مراقبت های حمایتی و تسکینی

با داشتن ۵۹.۸ میلیون جمعیت و مجموعاً ۱۳۹۷ سرویس مراقبت های تسکینی، نسبت خدمات به جمعیت در انگلیس برابر $1:42.8$ (000s) می باشد. هم چنین تعداد کل تخت های مراقبت تسکینی حدود ۳۱۸۰ تخت برآورد می شود.

ارائه خدمات حمایتی و تسکینی

هر پنج خدمت مراقبت جسمانی، مراقبت معنوی، مراقبت فرهنگی - اجتماعی و مراقبت روانی و حمایت از خانواده و مراقبان بیمار در کنار مراقبت های مختص روزهای پایانی زندگی و مراقبت های پس از مرگ در این کشور ارائه می شوند^۲.

نفر می باشد. 42.8×103 نسبت خدمات به جمعیت برابر یک خدمت به ازای ۱-

- توضیحات بیشتر در ارتباط با هر یک از مراقبت ها در فصل چهارم - قسمت دوم (فرایند های اصلی نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی ارائه شده ۲ است)

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای پشتیبان

تامین نیروی انسانی

در حال حاضر تعداد ۶۰۰۰-۷۰۰۰ افراد متخصص در این زمینه وجود دارد_ حدود ۵۰۰۰ پرستار و ۷۵۰ پزشک، و نیز ۷۰۰۰۰ داوطلب اجتماعی. با این حال هنوز کمبود تعداد نیروی انسانی در این زمینه وجود داشته و بسیاری از پست ها خالی می باشد.

آموزش نیروی انسانی

انگلیس اولین کشوری است که مساله آموزش در طب تسکینی در آن دیده شده است و هم چنان جزء کشورهای پیشرو در این زمینه می باشد. اما کماکان نیاز به ورود طب تسکینی به کوریکولوم آموزشی در سطوح پایین تر، جهت توانمندسازی پزشکان عمومی احساس می شود.

تامین دارو

دسترسی به اپیوئیدها طی ساعات کاری استاندارد قابل قبول است، با این حال بعضا عدم تمایل به تجویز مورفین توسط پزشکان عمومی دیده می شود. میزان مصرف سالانه مورفین طبق گزارش WHO برابر 58.8781 mg/capita می باشد و با این میزان مصرف، رتبه ششم را از این لحاظ در بین کشورهای دنیا دارد.

تامین منابع مالی

درصد هزینه های پرداخت شده توسط دولت در بخش های مختلف مراقبت های تسکینی به قرار زیر است:

۸۳٪ از هزینه های مشاوره بیمارستان

۵۹٪ از هزینه های مراقبت در منزل

۳۰٪ از هزینه های بستری در بیمارستان

۲۳٪ از هزینه های کلینیک روزانه

مابقی هزینه با بودجه ای ترکیبی از بخش دولتی و خصوصی تامین مالی می شوند. از آن جا که مساله تامین بودجه سلامت و مراقبت های اجتماعی چهار کشور جزء (انگلیس، ایرلند شمالی، اسکاتلند و ویلز) به خود آن ها واگذار شده، بنابراین تفاوت هایی در نحوه تامین منابع مالی مراقبت های تسکینی در بین آن ها دیده می شود.

سیاستگذاری

در اروپا، اتحادیه اروپا^۱ سیاست گذاری در زمینه مراقبت های تسکینی را به عهده دولت های اعضای آن می گذارد. در انگلیس استراتژی مراقبت های پایان عمر^۲ در سال ۲۰۰۸ توسط وزارت بهداشت^۳ منتشر شد. (۱۰) پس از گذشت سال ها از توسعه مراقبت های تسکینی زیر نظر نظام سلامت ملی^۴ انگلیس، این مساله در حال حاضر جایگاه قابل توجهی در استراتژی ملی سلامت به دست آورده است. از سال ۲۰۰۰ تعداد بسیاری طرح های ملی و منطقه ای^۵ جهت ارتقا دسترسی به مراقبت های پایان عمر و افزایش کیفیت آن ها، راه اندازی شده است. این مساله شامل سرمایه گذاری های کلان نظام سلامت ملی، برنامه های عملی^۶ در رابطه با ورود طب تسکینی به ۳۴ شبکه ملی سرطان و چندین گایدلاین منتشر شده در جنبه های مختلف مراقبت های تسکینی می شود.

نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در سوئد

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه ساختار ارائه خدمات

سوئد در بین کشورهای اروپایی مجموعاً رتبه سوم را در مراقبت های تسکینی دارد و نسبتاً از وضعیت مناسبی برخوردار است. در سوئد ۵۰ تیم مراقبت در منزل، ۴۰ واحد بستری بیمارستانی، ۱۰ تیم مشاوره ای بیمارستانی، ۸ کلینیک روزانه و ۵ هاسپیس در مجموع ۱۱۳ سرویس مراقبت های تسکینی ویژه بزرگسالان ارائه می دهند؛ هم چنین در مجموع ۲ سرویس مراقبت های تسکینی اطفال وجود دارد.

خدمات بزرگسالان						
مجموع	خدمات اطفال	کلینیک روزانه	مراقبت در منزل	تیم مشاوره ای بیمارستانی	واحد بستری بیمارستانی	هاسپیس

- 1-Europe union
- 2-End of life care strategy
- 3-Department of Health
- 4-National Health System (NHS)
- 5-Regional
- 6-Action plan

۱۱۵	۲	۸	۵۰	۱۰	۴۰	۵
-----	---	---	----	----	----	---

جدول ۵-۴. مراقبت های تسکینی در سوئد

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای اصلی

پوشش مراقبت های حمایتی و تسکینی

با داشتن ۹ میلیون جمعیت و مجموعاً ۱۱۵ سرویس مراقبت های تسکینی، نسبت خدمات به جمعیت در سوئد برابر با 1:78.2 (000s) می باشد. هم چنین تعداد کل تخت های مراقبت تسکینی حدود ۶۵۰ تخت برآورد می شود.

ارائه خدمات حمایتی و تسکینی

هر پنج خدمت مراقبت جسمانی، مراقبت معنوی، مراقبت فرهنگی - اجتماعی و مراقبت روانی و حمایت از خانواده و مراقبان بیمار در کنار مراقبت های مختص روزه های پایانی زندگی و مراقبت های پس از مرگ در این کشور ارائه می شوند^۱.

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای پشتیبان

تامین نیروی انسانی

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

آموزش نیروی انسانی

همه افراد مشغول به فعالیت در طب تسکینی امکان دسترسی به کورس های آموزشی متنوع ارائه شده توسط هاسپیس ها و دانشگاه ها را دارند، از جمله این برنامه ها دوره های دیپلم مراقبت های تسکینی ویژه پزشکان می باشد.

تامین دارو

دسترسی به اپیوئیدها به راحتی امکان پذیر بوده^۲ و میزان مصرف سالانه مورفین آن برابر 34.2028 mg/capita می باشد.

۱ - توضیحات بیشتر در ارتباط با هریک از مراقبت ها در فصل چهارم - قسمت دوم (فرایندهای اصلی نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی ارائه شده ۱ است)

تامین منابع مالی

تقریباً هزینه تمامی خدمات مراقبت های تسکینی توسط دولت پوشش داده می شود، به جز خدمات کلینیک های روزانه که همیشه هم توسط دولت پرداخت نمی شود.

سیاستگذاری

بهداشت و درمان عمومی^۱ توسط ۶۰ شورای استان به طور مستقل حمایت و مدیریت شده و توسط برد بهداشت و رفاه^۲ نظارت می شود. این سازمان در حال تدوین گایدلاین ها و شاخص های ارزیابی کیفیت برای مراقبت بیماری های مزمن از پیشگیری تا مراقبت های تسکینی با هدف افزایش اثربخشی، کیفیت و عدالت در نظام سلامت است. سازمان ثبت ملی مراقبت های تسکینی سوئد^۳ و شورای مراقبت های تسکینی سوئد^۴ دو سازمان غیردولتی که کیفیت و پیشرفت حمایت ها را در این زمینه پایش می کنند.

نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در فرانسه

وضعیت نظام مراقبتهای حمایتی و تسکینی از دیدگاه ساختار ارائه خدمات

علی رغم وجود کاستی هایی در خدمات مراقبت های تسکینی مانند تعصبات حرفه ای در تجویز اپیوئیدها، سیستم مراقبت های تسکینی فرانسه به لحاظ دسترس پذیری گسترده، تنوع خدمات و ساختار تحقیقاتی ای که توسط وزارت بهداشت و مجلس به صورت مستمر حمایت می شود، بسیار قابل توجه است، رتبه ششم بین کشورهای اروپایی.

در فرانسه تعداد ۸۴ تیم مراقبت در منزل، ۷۸ واحد بستری بیمارستانی و ۳۹ تیم مشاوره ای بیمارستانی در مجموع ۲۰۱ سرویس مراقبت های تسکینی بزرگسالان ارائه می دهند. لازم به ذکر است که متخصصین اطفال در فرانسه مراقبت های تسکینی ویژه اطفال را ارائه نمی دهند، از این رو تعداد دقیق خدمات اطفال مراقبت های تسکینی نامعلوم است.

مراقبت های تسکینی در فرانسه از بیمارستان ها منشا گرفته و هم اکنون نیز بیشترین گروه های ارائه خدمات در این بخش متمرکز شده اند، اگرچه که در سال های اخیر مراقبت در منزل نیز به سرعت توسعه یافته است. طی ۱۰ سال اخیر با استناد به تعداد خدمات مراقبتی افزایش یافته، ۱۱۰ سازمان با ۱۵۰۰۰ نیروی انسانی، رشد در این زمینه چشمگیر بوده است.

خدمات بزرگسالان

- 1- General healthcare
- 2- Board of Health and Welfare
- 3 -Swedish National Registry of Palliative Care
- 4 -Swedish Council for Palliative Care

واحد بستری بیمارستانی	تیم مشاوره ای بیمارستانی	مراقبت در منزل	مجموع
۷۸	۳۹	۸۴	۲۰۱

جدول ۵-۵. مراقبت های تسکینی در فرانسه

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای اصلی

پوشش مراقبت های حمایتی و تسکینی

با داشتن ۶۳،۴ میلیون جمعیت و مجموعاً ۲۰۱ سرویس مراقبت های تسکینی، نسبت خدمات به جمعیت در فرانسه برابر 1:315.4 (000s) می باشد. هم چنین تعداد کل تخت های مراقبت تسکینی حدود ۱۶۱۵ تخت برآورد می شود.

ارائه خدمات حمایتی و تسکینی

هر پنج خدمت مراقبت جسمانی، مراقبت معنوی، مراقبت فرهنگی - اجتماعی و مراقبت روانی و حمایت از خانواده و مراقبان بیمار در کنار مراقبت های مختص روزهای پایانی زندگی و مراقبت های پس از مرگ در این کشور ارائه می شوند.

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای پشتیبان

تامین نیروی انسانی

تعداد حدوداً ۴۰۰ پزشک و ۲۰۰۰ پرستار مشغول به فعالیت در زمینه مراقبت های تسکینی در فرانسه وجود دارد. تعداد داوطلبان اجتماعی و دیگر افراد درگیر در این حیطه نامشخص است؛ اگر چه که به عنوان نمونه یک تیم مشاوره ای بیمارستانی متشکل از دو پزشک، پنج پرستار، یک روان شناس و یک منشی است.

آموزش نیروی انسانی

علی رغم وجود کورس های آموزشی پس از فارغ التحصیلی در زمینه مراقبت های تسکینی که گذراندن دوره های آن جهت فعالیت در این حیطه ضروری است، و نیز وجود دوره های آموزشی مراقبت های تسکینی در برنامه بیمارستان های آموزشی، بسیاری از پزشکان فرانسوی از ناکافی بودن آموزش در زمینه نحوه مدیریت درد اظهار نارضایتی می کنند.

۱ - توضیحات بیشتر در ارتباط با هریک از مراقبت ها در فصل چهارم - قسمت دوم (فرایند های اصلی نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی ارائه شده است)

تامین دارو

تجویز داروهای اپیوئیدی نیاز به تخصص دارد، در واقع نسبت به تجویز این داروها توسط پزشک عمومی و بسیاری از پزشکان مراقبت های تسکینی مقاومت شدیدی وجود دارد. با این حال فرانسه با $20.0461 \text{ mg/capita}$ میزان مصرف مورفین سالانه رتبه چهاردهم را در بین کشورهای جهان دارد.

تامین منابع مالی

تامین 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.

سیاستگذاری

سیاست گذاری در این زمینه به صورت دائمی^۱ انجام می شود و تقریباً هر ۳ سال تجدید^۲ می شود. در سال ۲۰۰۶، برد عمومی بهداشت^۳ سندی را با هدف معرفی مفاهیم کلیدی مراقبت های تسکینی به پزشکان عمومی، از جمله مراقبت در منزل، کنترل درد و حمایت از خانواده بیمار، منتشر کرد.

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 assisted suicide قانونی تلقی نمی شوند، اگر چه که دستورالعمل عدم احیا^۴ از ۲۰۰۵ در قانون حقوق بیمار و مراقبت های پایان عمر دیده شده است.

1-Consistent

2-Renew

3-General board of health

4-Do not attempt resuscitation

نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در ایتالیا

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه ساختار

از آن جا که ایتالیا پیرترین جمعیت را در اروپا دارد، مراقبت های تسکینی روز به روز اهمیت بیشتری پیدا می کنند. مانند دیگر کشورهای با دولت های غیرمتمرکز^۱، بین ارائه خدمات مراقبت های تسکینی به شهروندان در مناطق مختلف ناهماهنگی وجود دارد. در این کشور نابرابری در دسترسی به مراقبت های تسکینی به شدت با وضعیت اجتماعی-دموگرافیک آن منطقه متناسب است: به لحاظ آماری افراد در منطقه ایتالیای شمالی با احتمال بسیار بیشتری در پایان عمر زیر نظر پزشک مراقبت می شوند تا در منطقه جنوبی.

در ایتالیا ۱۵۳ مراقبت در منزل، ۹۰ هاسپیس، ۱۰ کلینیک روزانه و ۵ واحد بستری بیمارستانی در مجموع ۲۵۸ سرویس مراقبت های تسکینی ویژه بزرگسالان و ۹ مرکز در مجموع خدمات ویژه اطفال را ارائه می دهند. عمده خدمات به شکل مراقبت در منزل ارائه می شود.

مجموع	خدمات		خدمات بزرگسالان		
	اطفال	کلینیک روزانه	مراقبت در منزل	واحد بستری بیمارستانی	هاسپیس
۲۶۷	۹	۱۰	۱۵۳	۵	۹۰

جدول ۵-۶. مراقبت های تسکینی در ایتالیا

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای اصلی

پوشش مراقبت های حمایتی و تسکینی

با داشتن ۵۸/۵ میلیون جمعیت و مجموعاً ۲۶۷ سرویس مراقبت های تسکینی، نسبت خدمات به جمعیت در ایتالیا برابر 1:219.1 (000s) می باشد. هم چنین تعداد کل تخت های مراقبت تسکینی حدود ۱۰۹۵ تخت برآورد می شود.

ارائه خدمات حمایتی و تسکینی

هر پنج خدمت مراقبت جسمانی، مراقبت معنوی، مراقبت فرهنگی - اجتماعی و مراقبت روانی و حمایت از خانواده و مراقبان بیمار در کنار مراقبت های مختص روزهای پایانی زندگی و مراقبت های پس از مرگ در این کشور ارائه می شوند^۱.

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای پشتیبان

تامین نیروی انسانی

بیش از ۲۰۰۰ پزشک و پرستار به همراه ۱۴۰ روان شناس در مراقبت های تسکینی فعالیت می کنند؛ با این حال، آموزش رسمی اندکی در این زمینه وجود دارد. هم چنین داوطلبان اجتماعی نقش مهمی در اقبه های تسکینی دارند؛ اگر چه که در منطقه جنوبی بیشتر خانواده ها ترجیح می دهند خودشان از خویشاوندانشان مراقبت کنند.

آموزش نیروی انسانی

مساله آموزش در مراقبت های تسکینی نیز با همان مشکل نابرابری مذکور در بخش های مختلف دست به گریبان است، بدین صورت که بیشتر کورس های آموزشی در شمال ایتالیا وجود دارد.

از آن جا که طب تسکینی به عنوان یک تخصص در ایتالیا وجود ندارد، بنابراین مراقبت های تسکینی زیر نظر متخصصین انکولوژی و بیهوشی و نیز پزشکان عمومی انجام می شود، که در بسیاری موارد به خوبی با اصول کنترل درد و حمایت عاطفی بیماران آشنایی لازم را ندارند.

آموزش در مراقبت های تسکینی عمدتاً وابسته به بخش خصوصی است و از این رو در مناطق مختلف بسیار متفاوت و وابسته به کورس های ارائه شده توسط مرکز ارائه کننده آن است. تعداد اندکی کورس های آموزشی پس از فارغ التحصیلی وجود دارد، اما آموزش مدیریت درد در طول تحصیل به خوبی انجام نمی شود.

تامین دارو

با اینکه به طور گسترده در دسترس است اما سوء استفاده شده و یا کمتر از میزان مورد نیاز مصرف می شود. میزان مصرف سالانه مورفین در ایتالیا 3.0506 mg/capita گزارش شده است (رتبه ۳۸ در دنیا).

۱ - توضیحات بیشتر در ارتباط با هریک از مراقبت ها در فصل چهارم - قسمت دوم (فرایند های اصلی نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی ارائه شده است)

تامین منابع مالی

از آن جا که سیستم مراقبت های بهداشتی در مناطق مختلف کشور متفاوت است، نحوه پرداخت هزینه های مراقبت های تسکینی نیز دارای تفاوت های بسیاری است. تخمین زده می شود که حدود ۲۵۰ تا از خدمات توسط دولت تامین مالی می شوند. هم چنین ۱۳۷ خدمت توسط سازمان های مردم نهاد و بخش خصوصی حمایت می شود و ۱۵۵ خدمت هم از بخش خصوصی و هم عمومی^۱ تامین مالی می شود.

سیاست گذاری

مراقبت های بهداشتی تا حد زیادی به صورت منطقه ای مدیریت می شود، سیاستی که باعث ایجاد مدل های متفاوتی از سیستم های مراقبت و نحوه بازپرداخت هزینه ها در سراسر کشور شده است. سیاست گذاری در زمینه مراقبت های تسکینی در ایتالیا به سال ۲۰۰۰-۱۹۹۰ بر می گردد، زمانی که گایدلاین هایی برای ایجاد شبکه هاسپیس منطقه ای و به عنوان حداقل دستورالعمل های لازم سازمانی، تدوین شد. هم چنین در سال ۲۰۰۵، دولت تلاش کرد تا طرحی برای راه اندازی کورس های تخصصی مراقبت های تسکینی بعد از فارغ التحصیلی و نیز قانونی کردن دستورالعمل های پیشرفته در زمینه مراقبت های تسکینی ارائه کند، اما اطلاعاتی از نحوه تکمیل این طرح در دست نیست. هم چنین در سال ۲۰۰۶ پروژه Progetto Bambino (پروژه کودکان) توسط وزارت بهداشت و موسسه ماروزا^۲ جهت ایجاد شبکه مراقبت در منزل ویژه کودکان راه اندازی شد که یکی از شبکه ها با موفقیت شکل گرفت و ۳ تای دیگر در حال برنامه ریزی هستند. هم چنین یک کمیسیون در وزارت بهداشت متشکل از برجسته ترین افراد خبره در این زمینه وجود دارد که در حال تدوین طرح ملی مراقبت های تسکینی می باشد.

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در مالزی

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه ساختار ارائه خدمات

در مالزی در بخش سازمان های مردم نهاد، ۲۰ تیم مراقبت در منزل، ۷ کلینیک روزانه، ۳ تیم مشاوره ای بیمارستانی، ۲ هاسپیس و ۱ واحد بستری بیمارستانی در مجموع ۳۳ سرویس و در بخش دولتی، ۵۴ تیم مشاوره ای بیمارستانی، ۲۰ واحد بستری بیمارستانی و ۳ کلینیک روزانه در مجموع ۷۷ سرویس مراقبت های تسکینی را ارائه می دهند. این پیشرفت ها به خاطر حمایت های دولت از توسعه مراقبت های تسکینی بوده است.

1- Private and public sector

2- Maruzza

شکل گیری سیستم مراقبت های تسکینی در مالزی با فعالیت انجمن هاسپیس مالزی^۱ (در کوالالمپور) و شعبه پنانگ انجمن ملی سرطان در سال ۱۹۹۰ در ارائه خدمات خیریه ای در منزل، شروع شد. در ۱۹۹۸، دولت همه بیمارستان های عمومی و منطقه ای را ملزوم به تامین مراقبت های تسکینی کرد، فعالیتی که منجر به رشد چشمگیر فعالیت های مرتبط با مراقبت های تسکینی در سطح کشور شد. از بین مهم ترین سازمان های فعال در زمینه مراقبت های تسکینی در مالزی می توان به ۲ سازمان زیر اشاره کرد.

انجمن هاسپیس مالزی که به عنوان یک سازمان حمایت کننده از مراکز غیر دولتی مراقبت های تسکینی تاسیس شد و شبکه مراقبت های تسکینی آسیا و اقیانوسیه^۲ (APHN)

با تلاشی که طی ۶ سال (۲۰۰۱-۱۹۹۵) جهت شکل گیری APHN انجام شد و فعالیت های آن طی سال های بعد، هم اکنون APHN به شبکه ای در منطقه آسیا و اقیانوسیه متشکل از بیش از ۱۰۰۰ عضو از ۲۹ کشور تبدیل شده است. هدف آن حمایت از افراد و سازمانهای متعهد به تسکین درد و رنج ناشی از بیماریهای تهدید کننده زندگی در منطقه است.

خدمات بزرگسالان					
مجموع	کلینیک روزانه	مراقبت در منزل	تیم مشاوره ای بیمارستانی	واحد بستری بیمارستانی	هاسپیس
۱۱۰	۱۰	۲۰	۵۷	۲۱	۲

جدول ۵-۷. مراقبت های تسکینی در مالزی

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای اصلی

پوشش مراقبت های حمایتی و تسکینی

با داشتن ۲۵,۳ میلیون جمعیت و مجموعاً ۱۱۰ سرویس مراقبت های تسکینی، نسبت خدمات به جمعیت در مالزی برابر 1:230 (000s) می باشد. پوشش مراقبت های تسکینی در سال ۲۰۰۲ برای مالزیایی های نیازمند، حدود ۲۴ درصد تخمین زده شده است. سالانه ۲۶۰۰۰ بیمار سرطانی از مراقبت های تسکینی سود می برند که این تعداد نیازمند ۱۰۰۰ تخت می باشند. در سال ۲۰۰۴، حدود ۱۰۰۰ تخت مراقبت های تسکینی موجود بوده است.

سازمان های غیر دولتی ارائه کننده مراقبت های تسکینی معمولاً در مناطق شهری مستقر بوده و پوشش آنها محدود به فاصله ۱۰ تا ۵۰ کیلومتری از هاسپیس ها می باشد

1- Malaysian Hospice Council

2- Asia Pacific Hospice Palliative Care Network (APHN)

ارائه خدمات حمایتی و تسکینی

در کشور مالزی خدمات معنوی و روانی به بیمار، همراهان و مراقبان وی در کنار مراقبت های جسمانی و مراقبت های مختص روزهای پایانی زندگی ارائه میشود.^{۱۱}

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای پشتیبان

تامین نیروی انسانی

بخش عمده نیروی کار مراقبت های تسکینی در مالزی به صورت داوطلبانه به فعالیت می پردازند. در سال ۲۰۰۵ از ۳۵۱ نیروی داوطلب، ۶۵ پزشک و ۷۰ پرستار در این زمینه به ارائه خدمات پرداخته اند. هم چنین با ۶ پزشک و ۲۷ پرستار و ۱۹ نفر به عنوان دیگر افراد حرفه ای درگیر در مراقبت های تسکینی، مجموعاً ۵۲ نفر به عنوان کارمند در این حیطه فعالیت می کنند.

آموزش نیروی انسانی

از زمان شروع شکل گیری فعالیت های مراقبت های تسکینی در مالزی، بحث آموزش و تربیت جایگاهی ویژه داشته است. همان طور که در اولین کنفرانس ملی مراقبت های تسکینی در سال ۱۹۹۳ اشاره شد، اولین برنامه آموزشی در این زمینه از سال ۱۹۹۰ طی کورس هایی برای پزشکان، پرستاران و داوطلبان برگزار شده است. در ایالت ساراواک^۱ آموزش مراقبت های تسکینی برای کارکنان بیمارستان و بهداشت عمومی در سال ۱۹۹۵ آغاز شد. طی سالهای ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۶، تعداد ۸۵۰ پرستار در این زمینه آموزش دیده اند.

تامین دارو

مصرف سالانه داروهای نارکوئیک در مالزی در سال ۲۰۰۲ به قرار زیر است:

کودئین: ۱۲۳ کیلوگرم

دهیدروکدوئین: ۳۸۹ کیلوگرم

مورفین: ۲۳ کیلوگرم

اکسی کدون: ۶ کیلوگرم

فول کدین: ۷۸ کیلوگرم

دیفنوکسیلات: ۳۱ کیلوگرم

متادون: ۲۱ کیلوگرم

پتیدین: ۸۶ کیلوگرم

کوکائین: ۶ کیلوگرم

تامین مالی

در بیمارستانهای دولتی، خدمات مراقبت های تسکینی بخشی از نظام ارائه خدمات سلامت کشور را تشکیل می دهد، از این رو منبع مالی آن از بودجه کلی نظام سلامت تامین می شود. علاوه بر این دولت بودجه ای را به سازمان های مردم نهاد اختصاص داده است.

نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در آفریقای جنوبی

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه ساختار ارائه خدمات

فعالیت های آغازین در اواخر دهه ۱۹۷۰ در آفریقای جنوبی، منجر به تاسیس سیستم مراقبت های تسکینی در دهه بعدی در چند شهر شد. شکل گیری انجمن هاسپیس و مراقبت های تسکینی آفریقای جنوبی^۱ در ۱۹۸۷ با هدف ارائه گزارش، تسهیل و هماهنگ کردن فعالیت ها در ارتباط با رشد و توسعه مراقبت های تسکینی در آفریقا بوده و تا سال ۲۰۰۶ حدود ۸۰ سازمان در آن عضو شدند. بسیاری از این سازمان ها شعبه هایی دارند که مراقبت های تسکینی را در ابعاد محلی تامین می کنند. انواع خدمات شامل: خدمات بستری، مراقبت در منزل، کلینیک روزانه، تیم های پشتیبانی بیمارستانی، آموزش و تربیت، گروه های حمایت از بیمار، مراقبت های پس از سوگ، گروه های حمایت از افراد بی خانمان و... است. از دیگر سازمان های مهم در این زمینه می توان به انجمن مراقبت های تسکینی آفریقا^۲ اشاره کرد. در آفریقای جنوبی حدود ۶۰ سازمان در مجموع حدود ۱۲۰ سرویس مراقبت تسکینی به بیماران و خانواده های آنان ارائه می کنند.

1- The Hospice and Palliative Care Association of South Africa (HPCA)

2- Africa Palliative Care Association (APCA)

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای اصلی

پوشش خدمات مراقبت های تسکینی

با داشتن ۴۴٫۸ میلیون جمعیت و مجموعاً ۱۲۰ سرویس مراقبت های تسکینی، نسبت خدمات به جمعیت در آفریقای جنوبی برابر با 1:373.3 (000s) می باشد. پوشش مراقبت های تسکینی در آفریقای جنوبی بسیار پراکنده است، بدین صورت که در مناطقی از آن مراقبت ها در سطح مناسب و به صورت جامع ارائه می شوند اما در مناطقی دیگر حتی دسترسی به سطوح ابتدایی آن نیز میسر نیست. طی سالهای ۲۰۰۳-۲۰۰۴، تعداد ۲۴۶۱۳ بیمار در این سازمانها مورد مداوا قرار گرفتند که از این بین ۹۲۳۳ بیمار سرطانی بوده اند.

ارائه خدمات حمایتی و تسکینی

در کشور مالزی خدمات معنوی و روانی به بیمار، همراهان و مراقبان وی در کنار مراقبت های جسمانی و مراقبت های مختص روزهای پایانی زندگی ارائه میشود.^{۱۲}

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای پشتیبان

تامین نیروی انسانی

طبق آمار ملی مرتبط با ظرفیت نیروی کار موجود در مراقبت های تسکینی آفریقای جنوبی، در طول سالیان ۲۰۰۳-۲۰۰۴، ۸۴۲ نیروی کار به عنوان کارمند استخدامی در مجموع ۱۲۵۷۸۰ ساعت در ماه مشغول به فعالیت در این حیطة بوده اند، از طرفی نیروی کار داروطلب نیز در این مدت ۱۹۷۸ نفر با مجموعاً ۲۵۸۰۶ ساعت در ماه، بوده است.

آموزش نیروی انسانی

آموزش مراقبت های تسکینی در سطوح مختلفی و توسط سازمانهای متعددی مثل دانشگاه کیپ تاون^۱، انجمن هاسپیس و مراقبت های تسکینی آفریقای جنوبی و سایر هاسپیس ها ارائه می شود.

تامین دارو

مصرف سالانه داروهای نارکوتیک در آفریقای جنوبی به قرار زیر است:

کودئین: ۷۵۸۷ کیلوگرم

مورفین: ۱۵۶ کیلوگرم

دهیدروکدوئین: ۸۵ کیلوگرم

فول کدین: ۹۸ کیلوگرم

دکسترو پروپوکسی فن: ۱۹۳۴ کیلوگرم

پتیدین: ۲۸۳ کیلوگرم

متادون: ۱ کیلوگرم

دیفنوکسیلات: ۱ کیلوگرم

کوکائین: ۴ کیلوگرم

تامین منابع مالی

هاسپیس ها به عنوان یک سازمان غیردولتی ثبت می شوند و بودجه کمی از طرف دولت به آن اختصاص داده شده و قسمت عمده بودجه باید توسط خود هاسپیس ها تامین می شود.

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در اردن

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه ساختار ارائه خدمات

در اردن، چهار خدمت مراقبت های تسکینی توسط دو سازمان ملک حسین^۱ و الملاء^۲ ارائه می شود. همچنین بیمارستان آل بشیر^۳ به ارائه مراقبت های مشاوره ای می پردازد. از طرفی، تسکین درد و علائم برای بیماران سرطانی در برخی بخش های آنکولوژی در بیمارستانهای عمومی در امان و اربد دیده می شود.

موسسه الملاء که در سال ۱۹۹۳ تاسیس شده یک بنیاد غیردولتی بوده و در قالب سازمان غیردولتی داوطلبانه در اردن فعالیت می کند. از اواسط دهه ۱۹۹۰، این موسسه به طور متوسط مراقبت های تسکینی را برای ۴۵ نفر در سال فراهم می کند که بین ۱۰-۳ درصد آنها اطفال و جوانان زیر ۱۹ سال هستند. این موسسه، مراقبت در منزل را به شکل جامعی شامل مراقبت های پزشکی و پرستاری، حمایت روانی و معنوی به بیماران و خانواده های آنان ارائه می دهد.

مرکز سرطان ملک حسین نیز در سال ۱۹۹۷ تاسیس شده و یک بیمارستان دولتی است که به درمان بیماران (بزرگسالان و اطفال) سرطانی اختصاص یافته است. این بیمارستان تنها مرکز با بخش تخصصی مراقبت های تسکینی در اردن است و بیماران از همه نقاط اردن به این بیمارستان ارجاع داده می شوند. ظرفیت آن ۱۴۸ تخت بوده و در حال حاضر در هر سال به بیش از ۲۳۰۰ بیمار

1 -King Hussein cancer center

2 -Al Malath foundation

3 -Al Basheer hospital

جدید خدمات ارائه می کند. لازم به ذکر است که ۲۵ درصد از بیماران آن از کشورهای همسایه در خاورمیانه جذب می شود. تیم هاسپیس این مرکز در اکتبر ۲۰۰۴ تاسیس شده که مراقبت های تسکینی از جمله پزشکی، پرستاری، فیزیوتراپی، تغذیه، و حمایت روانی را در بیمارستان و یا در خانه به بیماران بزرگسال در پایان زندگی آنها ارائه می دهد. دو خدمت مراقبت های تسکینی شامل مشاوره بیمارستانی و مراقبت در منزل نیز توسط تیم هاسپیس آن ارائه می شود. هم چنین سه واحد انکولوژی عمده در بیمارستان های دولتی در امان وجود دارد که خدمات تسکین درد و علائم به بیماران مبتلا به سرطان را در پایان عمر ارائه می دهد، با این حال خدمات تخصصی مراقبت های تسکینی در همه بیمارستان های دولتی برای بزرگسالان و یا اطفال در دسترس نبوده و عمده خدمات در شهر عمان است.

خدمات بزرگسالان		
تیم مشاوره ای بیمارستانی	مراقبت در منزل	مجموع
۲	۲	۴

جدول ۵-۹. مراقبت های تسکینی در اردن

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای اصلی

پوشش مراقبت های حمایتی و تسکینی

با داشتن ۵/۳ میلیون جمعیت و مجموعاً چهار سرویس مراقبت های تسکینی، نسبت خدمات به جمعیت در اردن برابر 1:1325 (000s) می باشد.

ارائه خدمات حمایتی و تسکینی

مراقبت ها از دیدگاه جسمانی، معنوی و روانی و فرهنگی اقتصادی در این کشور مد نظر قرار گرفته است.

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای پشتیبان

تامین نیروی انسانی

موسسه الملاء تیمی از شش عضو تمام وقت (مدیر هاسپیس، پزشک و چهار پرستار) و چهار عضو پاره وقت دارد (متخصص درد، مددکار اجتماعی، متخصص تغذیه و یک روحانی مذهبی) دارد. داوطلبان اجتماعی نیز در فعالیت ها شرکت کرده و از تیم حمایت می کنند.

مرکز سرطان ملک حسین نیز تیمی متشکل از ۳۰ عضو تمام وقت و پاره وقت به ترتیب زیر دارد: مدیر تیم، مدیر پزشکی، یک پزشک هاسپیس، یک مدیر پرستاری، پرستار هماهنگ کننده مراقبت در منزل، سرپرستار واحد، هماهنگ کننده تیم مشاوره، ۱۹ نفر پرستار، روانشناس، مددکار اجتماعی، فیزیوتراپیست، یک متخصص تغذیه، و منشی تیم.

آموزش نیروی انسانی

مرکز سرطان ملک حسین در حال همکاری با سازمان جهانی بهداشت به منظور توسعه یک برنامه آموزشی جامع مراقبت های تسکینی و ایجاد یک مرکز آموزش منطقه ای در داخل بیمارستان برای متخصصان علاقه مند و دانشجویان پزشکی و پرستاری می باشد. سازمان جهانی بهداشت هم چنین در گسترش آموزش در بیمارستان آل بشیر فعالیت می کند. موسسه الملاء نیز متعهد به آموزش مردم و متخصصان در زمینه مراقبت های تسکینی است.

تامین دارو

میزان مصرف داروهای نارکوتیک در اردن در سال ۲۰۰۲:

کودئین: ۳۵ کیلوگرم

مورفین: ۳ کیلوگرم

پتیدین: ۲۴ کیلوگرم

از سال ۲۰۰۳، وزارت بهداشت برنامه ملی مراقبت های تسکینی با حمایت سازمان جهانی بهداشت ایجاد کرده است که یکی از جنبه های مهم این برنامه، تسهیل سیاست مناسب مصرف اپیوئید هاست.

تامین منابع مالی

بیماران در صورت نیازمند بودن می توانند به خدمات رایگان سازمان های مردم نهاد موسسه آل ملاء دسترسی داشته باشند، در غیر این صورت وجه اندکی به ازای خدمات از آنان دریافت می شود.

در مرکز سرطان ملک حسین نیز که یک بیمارستان دولتی است، مراقبت های تسکینی و منابع مالی آن توسط سازمان های خیریه غیر دولتی حمایت می شود.

هم چنین از سال ۲۰۰۴، دولت به ارائه خدمات یارانه ای برای همه شهروندان اردنی مبتلا به سرطان می پردازد، بدین صورت که بیماران مبتلا به سرطان می توانند به طرح بیمه دولتی دربار سلطنتی^۱ (بدون در نظر گرفتن وضعیت بیمه سلامت قبلی) بپیوندند، و در این صورت تنها نیاز به پرداخت حدود ۱۰ درصد از هزینه های مراقبت های بهداشتی خواهند داشت.

نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در ترکیه

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه ساختار ارائه خدمات

مراقبت های حمایتی با تسکین درد به طور عمده در بیمارستان های دانشگاهی در آنکارا و استانبول وجود دارند و واحدهای انکولوژی و درد شناسی^۱ در هفت بیمارستان بزرگ کشور این خدمات را ارائه می دهند. گروه انکولوژی ترکیه در سال ۱۹۸۹ تاسیس شده و دارای چندین بخش مختلف است که بر سرطان های مختلف متمرکز است. در اواخر دهه ۱۹۹۰، این گروه بخشی را برای آموزش مراقبت های تسکینی ایجاد کرده و در اکتبر سال ۲۰۰۴ نیز یک کنفرانس برای توسعه مراقبت های تسکینی در ترکیه برگزار کرد. هم چنین حدود ۳۰ مرکز درد تخصصی و ۲۰ دانشکده پزشکی با گروه های دردشناسی در ترکیه وجود دارد. هیچ متخصص طب تسکینی در ترکیه وجود ندارد، بنابراین انکولوژیست ها و متخصصین درد در این حیطه فعالیت می کنند. لازم به ذکر است که مراقبت های تسکینی در ترکیه صرفا به بیماران مبتلا به سرطان اختصاص می یابد، هم چنین هیچ فعالیتی برای مراقبت های تسکینی اطفال وجود ندارد.

خدمات بزرگسالان	
مجموع	واحد بستری بیمارستانی
۷	۷

جدول ۵-۱۰. مراقبت های تسکینی در ترکیه

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای اصلی

پوشش مراقبت های حمایتی و تسکینی

با داشتن ۶۸/۹ میلیون جمعیت و مجموعا هفت سرویس مراقبت های تسکینی، نسبت خدمات به جمعیت در ترکیه برابر 1:9842.8 (000s) می باشد.

ارائه خدمات حمایتی و تسکینی

خدمات حمایتی و تسکینی در ترکیه تا سال ۲۰۰۵ محدود به مراقبت های جسمانی و درد بوده است.

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای پشتیبان

تامین نیروی انسانی

در سال ۲۰۰۵، هیچ پزشک متخصص مراقبت های تسکینی در ترکیه وجود نداشته و هم اکنون برخی از پزشکان انکولوژیست و متخصصان درد در ترویج آموزش همکاران (پزشکان، پرستاران، روانشناسان، دانشجویان پزشکی و پرستاری) در زمینه مراقبت های تسکینی در بخش خود فعالیت می کنند.

آموزش نیروی انسانی

تعدادی از انکولوژیست ها و متخصصان درد (در بیمارستان دانشگاهی قاضی در آنکارا^۱، دانشکده پزشکی دانشگاه استانبول^۲، آکادمی نظامی گولهان در آنکارا^۳) در توسعه آموزش مراقبت های تسکینی در واحد انکولوژی و مرکز درد بیمارستان های موجود فعالیت می کنند.

تامین دارو

ترکیه سیستم نسخه رنگی دارد، به این شکل که نسخه های قرمز برای اپیوئید، نسخه های سبز برای آرام بخش ها و مشتقات اپیوئید (مثل ترامادول) و نسخه های سفید برای تجویز سایر داروها استفاده می شوند. میزان دوز مورفین در هر بار تجویز نباید بالاتر از ۴۰۰ میلی گرم باشد. عرضه داروها نیز نباید به بیش از ۱۰ آمپول مورفین در هر نسخه، بیش از ۲۴ قرص ۴۰ میلی گرم کدئین، و بیش از سه بسته دارو در طی ۷-۱۰ روز باشد.

تامین منابع مالی

خدمات تسکینی در حال حاضر در بیمارستان های دانشگاهی که بر بودجه دولت استوار است، ارائه می شود. بیماران در بیمارستان های دانشگاه یا هزینه دارو و درمان خود را به صورت خصوصی پرداخت می کنند و یا همه یا قسمتی از هزینه های آنها از طریق یکی از سه طرح بیمه درمانی دولت، بوسیله طرح کارت سبز، و یا توسط بیمه خصوصی پوشش داده می شود. در صورتی که یک کارت سبز^۴ توسط دولت برای افراد کم درآمد صادر شده باشد، دارو و درمان در زمان بستری در بیمارستان های دانشگاه به صورت رایگان در دسترس خواهد بود. هزینه دارو برای بیماران سرپایی باید توسط بیمار پرداخت شود، که ممکن

-
- 1- Gazi university hospital, Ankara
 - 2 -Istanbul university faculty of medicine
 - 3 -Gulhan military academy (GATA), Ankara
 - 4 -Green card

است توسط بیمه خدمات درمانی فرد پوشش داده شود. هم چنین حمایت های پزشکی در اواخر زندگی موجود در بیمارستان های وزارت بهداشت برای بیماران بستری رایگان است، البته در صورتی که بیماران بیمه شده باشند و یا یک کارت سبز داشته باشند. تعدادی از خدمات مراقبت در منزل نیز وجود دارد که توسط شرکت های خصوصی سلامت اداره می شود، اما بازپرداختی توسط برنامه های بیمه دولتی برای این خدمات وجود ندارد. هیچ گزارشی مبنی بر ارائه مراقبت های تسکینی توسط سازمان های خیریه غیر دولتی وجود ندارد.

نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی در مصر

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه ساختار ارائه خدمات

در مصر، دو سازمان در مجموع شش خدمت هاسپیس یا مراقبت های تسکینی ارائه می کنند. این دو سازمان موسسه ملی سرطان در قاهره^۱ و جامعه پزشکی مذهب اوانجلی^۲ نام دارند. موسسه ملی سرطان در قاهره تسکین درد و مدیریت علائم را در واحد بیمارستانی ارائه کرده و در برنامه ریزی و توسعه خدمات فعالیت می کند. جامعه پزشکی مذهب اوانجلی نیز امکانات و تسهیلات مراقبت های هاسپیس روزانه و بستری را فراهم می کند. هم چنین تعداد شش واحد آنکولوژی در بیمارستانهای دانشگاهی در مصر وجود دارد که به ارائه تسکین درد می پردازد. علاوه بر این، هشت مرکز کوچک سرطان در قسمتهای مختلف آن وجود دارد. با این حال هیچ سازمان های مردم نهادی به مراقبت های تسکینی نمی پردازد. در مصر گایدلاین هایی ملی برای مدیریت درد حاد و مزمن سرطان دیده شده است. گایدلاین هایی برای کنترل علائم، مراقبت های پایان زندگی، و مراقبت های هاسپیس و مراقبت در منزل نیز اخیرا ایجاد شده اند.

خدمات بزرگسالان				
مجموع	کلینیک روزانه	مراقبت در منزل	واحد بستری بیمارستانی	هاسپیس
۶	۲	۱	۱	۲

جدول ۵-۱۱. مراقبت های تسکینی در مصر

- 1 -The national cancer institute in Cairo
- 2 -The Cairo Evangelical medical society

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای اصلی

پوشش مراقبت های حمایتی و تسکینی

با داشتن ۷۶/۱ میلیون جمعیت و مجموعاً شش سرویس مراقبت های تسکینی، نسبت خدمات به جمعیت در مصر برابر 1:12683.3 (000s) می باشد.

ارائه خدمات حمایتی و تسکینی

تا سال ۲۰۰۵ ارائه خدمات در مصر محدود به مراقبت های جسمانی و مراقبت های روزهای پایانی زندگی بوده است.

وضعیت نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی از دیدگاه فرایندهای پشتیبان

تامین نیروی انسانی

همان طور که گفته شد به طور عمده دو موسسه ملی سرطان و جامعه مذهبی اوانجلی به ارائه خدمات تسکینی می پردازند. طبق اطلاعات در دسترس، جامعه پزشکی مذهب اوانجلی یک مدیر پزشکی، یک پرستار ارشد، و چهار دستیار پرستار دارد.

آموزش نیروی انسانی

در حال حاضر دفتر منطقه ای شرق مدیترانه (EMRO)، برنامه ای آموزشی برای ارتقا خدمات مراقبت های تسکینی را هدف قرار داده است. یک برنامه آموزشی مراقبت های تسکینی نیز بوسیله موسسه ملی سرطان مصر ایجاد شده است که هدف آن ارائه آموزشهای پایه به عنوان قسمتی از آموزش پزشکی عمومی برای پزشکان، پرستاران و دیگر حرفه های پزشکی است. برنامه بعدی ترتیب دادن دوره های آموزشی پرستاران در انگلیس است.

تامین دارو

مصرف سالانه داروهای نارکوئیک در مصر در سال ۲۰۰۲ به قرار زیر است:

کودئین: ۲۹۶ کیلوگرم

مورفین: ۵ کیلوگرم

پتیدین: ۸۷ کیلوگرم

تامین منابع مالی

تامین مالی "موسسه ملی سرطان" دولتی است. برآورد می شود که ۶۵ درصد از بیماران بصورت رایگان درمان می شوند و بقیه دارای بیمه سلامت هستند که هزینه درمان آنها را پوشش می دهد. جامعه پزشکی مذهب اوانجلی هاسپیس و مراقبت های در منزل را ارائه

می کند که به صورت خصوصی تامین مالی می شوند و بیماران خود هزینه های درمان خود را می پردازند. با این حال هزینه ها در سطح پایین نگه داشته می شود.

کشور	انگلیس	سوئد	فرانسه	ایتالیا	مالزی	آفریقای جنوبی	اردن	ترکیه	مصر	شاخص
هاسپیس	۱۵۸	۵	-	۹۰	۲	NA ^۱	-	-	۲	تعداد مراکز ارائه کننده سرویس مراقبت های تسکینی (ساختمانهای ارائه
واحد بستری بیمارستانی	۶۳	۴۰	۷۸	۵	۲۱	NA	-	۷	۱	
تیم مشاوره ای بیمارستانی	۳۰۵	۱۰	۳۹	-	۸۵	NA	۲	-	-	
مراقبت در منزل	۳۵۶	۵۰	۸۴	۱۵۳	۲۰	NA	۲	-	۱	
کلینیک روزانه	۲۵۷	۸	-	۱۰	۱۰	NA	-	-	۲	
مراقبتهای تسکینی اطفال	۳۴	۲	-	۹	-	-	-	-	-	
کل	۱۳۹۷	۱۱۵	۲۰۱	۲۶۷	۱۱۰	۱۲۰	۴	۷	۶	
نسبت جمعیت به سرویس	۴۲,۸ ^{*۱۰}	۷۸,۲ ^{*۱۰}	۳۱۵,۴ ^{*۱۰}	۲۱۹,۱ ^{*۱۰}	۲۳۰ ^{*۱۰}	۳۷۳,۳ ^{*۱۰}	۱۳۲۵ ^{*۱۰}	۹۱۴۲,۸ ^{*۱۰}	۱۲۶۸۳,۳ ^{*۱۰}	
پزشک	۷۵۰	۳۰۰	۴۰۰	۲۰۰۰	۷۱	NA	۲	NA	NA	تعداد نیروی کار حرفه
پرستار	۵۰۰۰	۱۵۰۰	۲۰۰۰	۲۰۰۰	۹۷	NA	۲۶	NA	NA	
داوطلب اجتماعی	۷۰۰۰۰	NA	NA	NA	۲۳۵	NA	۱۲	NA	NA	
سایر	-	-	-	۱۴۰	-	-	-	-	-	
میزان مصرف مورفین (Mg/capita)	۵۶,۸۷۸	۲۰,۰۴۶	۳۴,۲۰۲۸	۳,۰۵۰۶	۱,۳۲۹۳	۳,۴۸۲۱	۱,۱۰۲۰	۲,۱۶۸۸	۰,۱۵۶۶	

									(۱۳)
--	--	--	--	--	--	--	--	--	------

جدول ۵-۱۲. شاخص های بررسی وضعیت مراقبت های تسکینی

جدول شماره ۵-۱۳ وضعیت آموزش، تامین منابع مالی و سیاستگذاری مراقبت های حمایتی و تسکینی در نه کشور دنیا

شاخص کشور	آموزش	تامین منابع مالی	سیاستگذاری
انگلیس	آموزش طب تسکینی در حد تخصصی در آن دیده شده است. ولی در کوریکولوم های آموزشی سطوح غیر تخصصی دیده نشده است.	درصد مشارکت دولت در ارائه خدمات مختلف: ۸۳٪ از هزینه های مشاوره بیمارستان ۵۹٪ از هزینه های مراقبت در منزل ۳۰٪ از هزینه های بستری در بیمارستان ۲۳٪ از هزینه های کلینیک روزانه مابقی هزینه با بودجه ای ترکیبی از بخش دولتی و خصوصی تامین مالی می شوند.	سیاست گذاری منظم زیر نظر سازمان سلامت ملی (NHS) به انجام می رسد. همچنین راهنما ها و دستورالعمل های متعددی زیر نظر این سازمان به اجرا در می آید.
سوئد	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. بجز هزینه مربوط به کلینیک روزانه.	همراه با سایر قسمت های بهداشت و درمان به صورت منطقه ای و ملی سیاستگذاری میشوند دو سازمان خصوصی وظیفه پایش مراقبت های تسکینی را برعهده دارند
فرانسه	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.	سیاستگذاری منظم با فاصله زمانی سه ساله به انجام می رسد.
ایتالیا	آموزش در مراقبت های تسکینی عمدتاً وابسته به بخش خصوصی است، به صورت تخصص وجود ندارد و توسط انکولوژیست ها ارائه می شود. این یک ضعف است.	بر حسب منطقه جغرافیایی دولت و بخش خصوصی سهم متفاوتی در تامین منابع مالی دارد.	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.
مالزی	برنامه آموزش مختص پزشکان، پرستاران و داوطلبان در آن در نظر گرفته شده است.	دولت هزینه ارائه خدمات را در بیمارستانهای دولتی بر عهده دارد. همچنین بودجه ای را برای حمایت از سازمان های مردم نهاد در نظر گرفته است.	یک کمیته تخصصی در وزارت بهداشت این مهم را بر عهده گرفته و یک برنامه در این ارتباط تدوین و ترویج شده است.
آفریقای جنوبی	آموزش مراقبت های تسکینی در سطوح مختلفی و توسط سازمان های خصوصی متعددی به صورت جداگانه ارائه می گردد.	هاسپیس ها مسئول تامین بودجه مورد نیاز خود هستند.	سازمان ملی مراقبت های تسکینی و هاسپیس ها در ارتباط با ۶۰ سازمان دیگر به این مهم می پردازد. در این ارتباط برنامه و استاندارد ملی تدوین شده است.
اردن	در حال توسعه یک برنامه آموزشی برای متخصصان، پزشکان و پرستاران	تامین مالی اردن ترکیبی از خیریه، دولتی و نظام بیمه مراقبت سلامت است.	دو سازمان مردم نهاد در حال گسترش طب تسکینی هستند وزارت بهداشت زیر نظر WHO به این مهم می پردازد.
ترکیه	تعدادی از دانشگاه ها در حال توسعه آموزش تسکینی و رفع درد هستند.	بجز نظام مراقبت سلامت ارائه شده توسط دولت، بیمه پزشکی خصوصی به صورت محدود و یک یا دو سازمان های مردم نهاد، هیچ منبع مشخص اختصاص یافته به مراقبت های تسکینی وجود ندارد.	یک تیم تخصصی انکولوژیست تحت حمایت وزارت بهداشت در حال زمینه سازی برای گسترش طب تسکینی هستند.
مصر	توسعه برنامه آموزشی در سطح پزشک عمومی و پرستاران	خدمات بیمارستانی برعهده دولت و بیمه است ولی مراقبت در منزل به صورت خصوصی تامین میشود.	دانشگاه کاربو این مهم را برعهده گرفته است.

- 1- Wright M, Wood J, Lynch T, Clarck D. Mapping levels of palliative care development: a global view. International Observatory on End of Life Care, Lancaster University, UK.2006.
- The World Bank- Crude Death Rate.2011. Available at:ر
<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CDRT.IN>
- The state of world population, UNFPA.2011. available at:س
<http://iran.unfpa.org/images/photo/EN-SWOP2011-FINAL.pdf>
- Human Development statistical annex. 2011. Available at:ف
http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_EN_Tables.pdf
- The World Bank- GDP per capita.2011. Available at:و
<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>
- Policy Department-Economic and Scientific Policy- Palliative Care in the European ۶
Union. 2007. Available at:
www.pedz.uni-mannheim.de/daten/edz-ma/ep/08/EST21188.pdf
- International Observatory on End of Life Care, country reports, Malaysia. 2008. v
Available at:
www.eolc-observatory.net/global_analysis/pdf/malaysia_country_report.pdf
- International Observatory on End of Life Care, country reports, South Africa. 2006. ۸
Available at:
www.eolc-observatory.net/global_analysis/pdf/southafrica_country_report.pdf
- Bingley A, Clark D. Palliative care in the region represented by the Middle East ۹
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>
- The quality of death- Ranking end-of-life cares across the world- A report from the ۱۰
Economist Intelligence Unit commissioned by Lien foundation. 2010. Available at:
http://graphics.eiu.com/upload/QOD_main_final_edition_Jul12_toprint.pdf

-
- Ministry of Health Malaysia, Medical Development Division ,Palliative Care Services ۱۱
Operational Policy, -2010
 - Ministry of Health Malaysia, Medical Development Division ,Palliative Care Services ۱۲
Operational Policy, -2010
 - International Narcotics Control Board, Global Morphine Consumption.2009. ۱۳
available at:
<http://www.painpolicy.wisc.edu/internat/global/morphine/morphine2009table.pdf>

فصل ششم

دیدگاه اقتصادی

در مراقبتهای حمایتی و تسکینی در بیماران مبتلا به سرطان

مقدمه

۱. ابعاد اقتصادی موضوع

نگاه اقتصادی به مساله ارائه خدمات مراقبتهای تسکینی و حمایتی از چهار لحاظ قابل بررسی است. نخست ارائه هرگونه مراقبتهایی از جمله مراقبتهای حمایتی و تسکینی برای هر نوع بیماری مخصوصا بیمارانی که بدلایلی مثل ابتلا به بیماریهای صعب العلاج در انتهای زندگی خود هستند نیازمند صرف هزینه ها و منابعی است که می توانست این منابع در موارد دیگری هزینه شود. اما این منابع محدود صرف ارائه مراقبتهای تسکینی و حمایتی به بیمارانی شده است که در انتهای سالهای عمر خود هستند.

اینکه آیا صرف منابع محدود جهت ارائه چنین مراقبتهایی از نقطه نظر اقتصادی عقلایی است یا نه، پرسشی است که در ادامه به آن پاسخ داده خواهد شد. دومین جنبه اقتصادی مراقبتهای تسکینی و حمایتی به نوع و میزان ارائه این گونه مراقبتهای ارتباط پیدا می کند. هر اقدام و برنامه ای نیازمند صرف منابع است. منابعی از قبیل نیروی انسانی، تجهیزات، تسهیلات و غیره. هر یک از این منابع هزینه های را در بردارد که بسته به نوع برنامه میزان هر یک از آنها متفاوت خواهد بود. بررسی هزینه اجرای برنامه مراقبتهای تسکینی و حمایتی جنبه دوم بررسی های اقتصادی در زمینه اجرای این برنامه می باشد. روشهای ارائه خدمت در تسهیلات متفاوت بحث بعدی را در این زمینه تشکیل می دهد.

تسهیلات مختلفی از جمله ارائه خدمات در منزل، ارائه خدمات در هاسپیس ها، ارائه خدمات مشاوره ای و عمومی در بیمارستان و ارائه خدمات تخصصی در بیمارستان ها برای ارائه مراقبتهای تسکینی و حمایتی وجود دارد که هر کدام از آنها تسهیلات و منابع خاص خود را نیاز دارد. اینکه کدام یک از روشها هزینه اثربخش تر از دیگری است و می توان با هزینه کمتر منافع بیشتری را کسب نمود و اینکه چه سطحی از مراقبتهای و خدمات را با توجه به منابع می توان ارائه نمود سومین نوع از مباحث اقتصادی در این زمینه را تشکیل می دهد. بعد از انتخاب نوع و متد ارائه خدمات، بخش چهارم تحلیلهای اقتصادی شروع می شود. چگونگی تامین مالی، خرید خدمات و بازپرداخت هزینه های خدمات ارائه شده از مباحثی است که در این بخش بحث و بررسی می شود. تحلیل های اقتصادی در این بخش از اهمیت ویژه ای برخوردار است. چرا که خود این بخش قابل تفکیک به چند زیر بخش است که در حالت گسترده آن می توان تعرفه خدمات را نیز در آن بحث و بررسی کرد. تصمیم گیریها و برنامه ریزی هایی که با توجه به نتایج تحلیلهای این بخش گرفته می شود میزان موفقیت برنامه را در آینده رقم می زند. چرا که بحث تامین مالی و پرداخت از اهمیت ویژه ای در بازار خدمات سلامت برخوردار است و می تواند منافع هر سه ضلع مثلث ارائه خدمات را تحت تاثیر قرار دهد.

۲. اهمیت موضوع:

برای اولین بار در تاریخ بشریت، تعداد افراد بالای ۶۵ سال به زودی بیشتر از کودکان زیر ۵ سال خواهد شد. این اتفاق در عرض چند سال آینده روی خواهد داد. تصور می شود تا سال ۲۰۳۰، تعداد افراد بالای ۶۵ سال و بیشتر به یک میلیارد برسد (یا یک در هر ۸ نفر جمعیت جهانی)، که این مقدار حتی با سرعت بیشتری در کشورهای در حال توسعه (تا ۱۴۰ درصد) افزایش می یابد. طبق گزارش Pedro Gozalo در ایالات متحده، تعداد افرادی که از مراقبتهای هاسپیس استفاده می کنند، چه به صورت مراقبت های بستری چه به صورت مراقبت در منزل، از ۳۰۰۰۰۰ نفر در اواخر سال ۱۹۹۰ تا ۱ میلیون نفر تا به امروز (۲۰۱۰) محاسبه شده است (۱).

از طرف دیگر طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۵ میلادی، ۷/۶ میلیون مورد جدید سرطان در جهان تشخیص داده شده که از این تعداد ۵۲٪ متعلق به کشورهای در حال توسعه بوده است. این تعداد در سال ۱۹۹۵ به ۹ میلیون مورد و در سال ۲۰۰۰ به ۱۰٫۵ میلیون مورد رسیده است. در سال ۲۰۲۰ بالغ بر ۲۰ میلیون مورد خواهد بود که بیشتر موارد آن (۷۰٪) در کشورهای در حال توسعه خواهد بود در حال حاضر سرطان عامل ۱۲٪ از مرگ و میرها در سراسر جهان است و پیش بینی ها نشانگر آن است که تعداد مرگ میر ناشی از سرطان در کل جهان تا ۴۵٪ طی سالهای ۲۰۰۷ تا ۲۰۳۰ افزایش خواهد داشت. شانس ابتلا به این بیماریها در سال ۲۰۵۰ بین ۵۰ تا ۶۰ درصد خواهد بود (۲).

مرور شواهد و مستندات در بخش اول بررسی اقتصادی مراقبتهای تسکینی (هزینه اثربخش بودن) در جوامع اروپایی و امریکایی نشان می دهد که انسان زمانی که این گونه مراقبتها را دریافت می کند در دوره ای از زندگی خود قرار دارد که بیشترین هزینه های سلامت را بر خانواده و جامعه تحمیل می کند. بر اساس برآوردهای انجام شده در آمریکا ۲۰ درصد هزینه های مراقبت سلامت مربوط به بیمارانی که در پایان زندگی^۱ خود می باشد. ۸۰ درصد از هزینه های بیمه مدیکر مربوط به هزینه بیماران در سال آخر زندگی است و نیمی از آن هزینه ها مربوط به ۲ ماه پایان زندگی بیماران است. به طور مشابهی در کشور انگلستان (UK) حدود ۲۰ درصد روزهای بستری در بیمارستان مربوط به بیمارانی است که در سال آخر زندگی خود به سر می برند (۳). انتظار می رود این الگو در دیگر کشورهای اروپای غربی هم وجود داشته باشد.

به هر حال بیشتر وقت بیمارستانها صرف ارائه خدمات به بیماران مزمن و صعب العلاج که اقامتهای طولانی مدتی را دارند می شود. با افزایش میزان بقای بیماران صعب العلاج و بالا رفتن نسبت جمعیت سالخورده، هر روز تعداد این گونه بیماران مخصوصا با افزایش شیوع سرطان و سایر بیماریهای مزمن بیشتر می شود. از طرف دیگر این بیمارستانها نقش

اساسی را در ارائه خدمات به بیمارانی که در انتهای سالهای عمر خود هستند دارند و احتمالاً در آینده نیز خواهند داشت. افزایش میزان شیوع سرطان و بیماریهای صعب‌العلاج از یک طرف و افزایش هزینه های مراقبتهای حاد بیمارستانی برای اینگونه بیماران از طرف دیگر اهمیت برنامه ریزی و استفاده کارا و بهینه از منابع بیمارستانی را دوچندان می‌سازد. یکی از راهکارها ارائه مراقبتهای حمایتی و تسکینی به بیماران در جامعه و منزل و در نتیجه کاهش میزان پذیرشهای بیمارستان و همچنین کاهش میزان اقامت در بیمارستانها می‌باشد. کاهش پذیرش های بیمارستانی و به همان ترتیب مصرف خدمات پر هزینه مثل مراقبت های ویژه (ICU) می‌تواند بار مالی مراقبت های پایان زندگی را کاهش دهد(۳).

بیشتر مراقبت های تسکینی می‌تواند در منزل ارائه شود، در واقع در ایالات متحده بیش از ۷۵ درصد از افرادی که چنین مراقبت هایی را دریافت می‌کنند در منزل فوت می‌کنند. و این در حقیقت آرزوهای بیماران می‌باشد، که ممکن است در پزشکی مرسوم مورد غفلت واقع شود. با وجود این، ایجاد ظرفیت به ویژه آموزش ارائه کنندگان مراقبت، برای راه اندازی مراقبت های تسکینی در منزل با استانداردهای بالا ضروری است(۱).

شواهد و مستندات موجود در این زمینه بیان می‌کند که مراقبت های تسکینی و حمایتی در سالهای پایان زندگی، امکان مرگ بیماران در منزل یا در موقعیتی با شباهت بیشتر به منزل مانند هاسپیس های بستری را فراهم می‌کند می‌تواند جایگزین ارجح تر و بهتری برای ۷۰-۵۰ درصد بیماران باشد(۷-۵). مراقبت های تسکینی بیشتر بر کاهش شدت علائم بیماری در بیماریهای مزمن، زمانیکه دیگر درمان امکان پذیر نیست، تمرکز می‌کند. با چنین مراقبت های در محل زندگی، می‌توان از تعداد زیادی از پذیرش های بیمارستانی در پایان زندگی جلوگیری کرد و در عین حال از مداخلات هزینه بر برای حفظ زندگی جلوگیری کرد. بنابراین می‌توان این موضوع را مورد بحث قرار داد که سرمایه گذاری در بخش مراقبت های تسکینی خانگی، هاسپیس یا در بیمارستانها، توانایی بالقوه بهبود مراقبت ها بدون اعمال هزینه های بالا را دارد(۳).

هزینه اثربخشی خدمات حمایتی تسکینی

مقدمه:

از آنجا که ارائه مراقبتهای تسکینی و حمایتی در ابعاد مختلفی از جمله جسمی، روحی- روانی و مالی تاثیر گذار است لذا یک بررسی کامل از مزایای این مداخله، مستلزم در نظر گرفتن کلیه تاثیرات این مراقبتها می باشد که در تحلیل های هزینه اثربخشی این موضوع تاحدی غیر ممکن است. چرا که در تحلیل های هزینه اثربخشی فقط یک پیامد مشترک در دو گروه شاهد و مورد باید اندازه گیری شود(۸). اما تحلیل های هزینه منفعت می تواند در این زمینه کمک کننده باشد. زیرا در این نوع ارزیابی اقتصادی امکان بررسی و اندازه گیری کلیه پیامدها امکان پذیر است با این توضیح که کلیه پیامدها و اثرات باید به معیار پولی تبدیل شود. حال مشکلی که در اینجا وجود دارد این است که تبدیل بعضی از اثرات مداخله به معیار و واحدهای پولی بسیار مشکل و حتی در بعضی از موارد غیر ممکن است. تبدیل میزان رضایت از خدمات و مراقبتهای تسکینی به معیارهای پولی کاری بسیار مشکل است. به همین دلیل اکثر مطالعات پیامدهایی نظیر صرفه جویی در میزان استفاده از منابع را به عنوان پیامد اصلی در نظر گرفته و گزارش نموده اند. با این وجود در این مطالعه معیار انجام هزینه اثربخشی کامل برای ورود به مطالعه در نظر گرفته نشده و سعی شده است که از کلیه مستندات که به نحوی به گزارش پیامدهای اقتصادی ارائه مراقبتهای تسکینی پرداخته اند استفاده شود.

بررسی منابع و مستندات در مورد هزینه اثربخشی خدمات تسکینی و حمایتی نشان می دهد که در این مورد شواهد کمتری وجود دارد. علاوه براین، شواهد موجود در این زمینه خیلی کامل نیستند و مزایای بدست آمده از مداخلات مرتبط با مراقبتهای تسکینی مثل کیفیت زندگی و سایر منافع یا بدرستی اندازه گیری نشده اند یا در مقایسه های هزینه منفعت تبدیل به معیارهای پولی نشده اند(۹) با وجود این، مطالعات انجام شده نشان دهنده هزینه پایین مراقبتهای تسکینی و اثربخشی بالای آن در مقایسه با مراقبتهای مرسوم می باشد.

با افزایش نسبت مراقبت های خانه و جامعه، مراقبت های تسکینی می تواند هزینه های مربوط به بستری در بیمارستان و پذیرش های اورژانسی را کاهش دهد. طرفداران مراقبت های تسکینی اغلب اشاره به شواهدی می کنند که مراقبت های تسکینی می تواند ارزان تر از درمان های پزشکی معمول برای بیماران در پایان زندگی شان باشد. مطمئناً، با افزایش نسبت مراقبت های خانه و جامعه، مراقبت پایان زندگی می تواند هزینه های مربوط به بستری در بیمارستان و پذیرش های اورژانسی را کاهش دهد.

تحقیقاتی که در سراسر دنیا انجام شده نتایج مشابهی را در مورد هزینه اثربخش بودن خدمات و مراقبتهای تسکینی و حمایتی ارائه می دهند. مطالعات انجام شده در موقعیت های مختلف نشان می دهد که زمانی که بیماران مشابه،

مراقبت های تسکینی دریافت می کنند در مقایسه با گروه کنترل که این مراقبت ها را دریافت نمی کنند، کاهش خیلی شدیدی در هزینه های گروه مداخله وجود دارد (۱۰). شواهدی وجود دارد (اغلب در مقالات ایالات متحده) که مراقبت تسکینی منجر به صرفه جویی در هزینه ها می شود. این نوع مراقبت موجب کاهش هزینه ها (برای بیمارستان ها و پرداخت کننده ها) از طریق کاهش مدت اقامت در بیمارستان و ICU و همچنین کاهش هزینه های مستقیم (مانند هزینه های دارویی) می شود. به علاوه، مراقبت های تسکینی باعث تقویت اتحاد و به هم پیوستگی فرایند مراقبت از طریق مرتبط ساختن تسهیلات ارائه دهنده خدمات (سیستم ارجاع) با یکدیگر می گردد. این کار منجر به افزایش ارجاعات به هاسپیس ها، منازل می شود (۳).

مروری بر مطالعات انجام شده در خصوص هزینه اثر بخشی مراقبت های تسکینی

الف - مطالعات موردی

۱. جیمز و همکارانشان سعی کرده اند تا پیامدهای مختلف ارائه مراقبت های تسکینی را گزارش نمایند. در این مطالعه تاثیر خدمات تسکینی بر میزان استفاده از خدمات سلامت، تغییرات عملکردی در بیماران و مراقبت گیرندگان اندازه گیری شده است. نتایج بدست آمده نشان می دهد که گروه مداخله دارای دوره اقامت کمتری در بیمارستان، میزان پذیرش کمتر در خانه های پرستاری و همچنین تعداد ویزیت کمتری نسبت به گروه کنترل داشته اند. از طرف دیگر از لحاظ هزینه نیز گروه مداخله هزینه کمتری نسبت به گروه کنترل داشتند. به طور کلی تاثیر مداخله بر هر یک ابعاد به شرح زیر بوده است (۱۱):

❖ میزان استفاده از خدمات سلامت

- پایین بودن میزان بستری در بیمارستان و سایر مراکز
- استفاده کمتر از خدمات اورژانس و سایر مراقبت های حاد سرپایی
- پایین بودن هزینه خدمات مورد استفاده علیرغم افزایش مراقبت های در منزل

❖ وضعیت سلامت بیماران

- کاهش سرعت بدتر شدن وضعیت سلامت فیزیکی و روانی اجتماعی بیمار

- روحیه بهتر (یعنی احساس خوشی و رضایت از زندگی).

❖ رضایتمندی از خدمات مراقبت سلامت

- رضایت بیشتر بیمار از خدمات مراقبت فراهم شده و

- رضایت بیشتر سرپرست (خانواده یا دوست) از خدمات ارائه شده به بیماران.

۲. مطالعه دیگری که توسط Joseph و همکارانشان بر روی بیماران NSCLC^۱ صورت گرفت. تاثیر ارائه مراقبت های تسکینی بلافاصله بعد از تشخیص NSCLC بر روی کیفیت زندگی، رفتار، احتمال بقا و هزینه سالهای اواخر عمر را مورد بررسی قرار داد. این تحلیل با استفاده کارآزمایی تصادفی کنترل شده از ۱۵۱ بیمار با NSCLC متاستاز تازه شناسایی شده انجام شد. شرکت کنندگان به دو گروه تقسیم شدند: گروهی مراقبت های تسکینی به موقع به همراه مراقبت های انکولوژی استاندارد دریافت کردند و گروه دیگر تنها مراقبت های انکولوژی استاندارد دریافت کردند (۱۲). جهت جمع آوری داده های لازم، پرونده های سلامت الکترونیک بیماران و همینطور داده های مالی موسسه به منظور جمع آوری اطلاعات مورد نیاز بررسی شد. موارد بررسی شده شامل تعداد و هزینه ویزیت های سرپایی کلینیک، تعداد موارد بستری، تعداد شیمی درمانی های انجام شده و استفاده از خدمات هاسپیس بوده است. یافته های اولیه حاکی از تفاوت در میانگین استفاده از منابع و هزینه در طول ماه پایانی زندگی بین دو گروه بود. در طول ماه آخر زندگی میانگین هزینه گروه بیمارانی که خدمات تسکینی را به موقع دریافت کرده بودند ۲۲۸۲ دلار به ازای هر بیمار کمتر از گروه کنترل بود. تفاوت عمدتاً ناشی از هزینه پایین تر ویزیت های بستری و همینطور هزینه شیمی درمانی در گروه مداخله بود. اگرچه هزینه ویزیت های سرپایی بین دو گروه مشابه بود، اما هزینه خدمات هاسپیس برای گروه دریافت کننده ی مراقبت های تسکینی به علت طول اقامت بیشتر در این مکان بیشتر بود (میانگین هزینه به ازای هر بیمار = ۱۱۲۵ دلار).

ارائه مراقبتهای تسکینی به بیماران NSCLC نه تنها باعث بهبود پیامدهای متعدد بیماران می شود بلکه باعث صرفه جویی در منابع مصرف شده و کاهش هزینه ها می گردد (۱۲).

۳. طبق مطالعه مروری انجام شده توسط اداره حسابرسی ملی UK از ۳۶ مطالعه تحقیقاتی بر روی هزینه های مراقبت های تسکینی، میانگین کاهش هزینه حدود ۳۰ درصد برای بیماران سرطانی دریافت کننده ی مراقبت تسکینی در سال آخر زندگی بود. کاهش هزینه عمدتاً ناشی از بستری شدن کمتر بود و اگر بستری اتفاق می افتاد،

هزینه های بستری به دلیل استفاده کمتر از منابع و تسهیلات پر هزینه بیمارستان مانند مراقبت های ویژه و واحد بیمارستانی بود. مطالعه نتیجه گیری می کند که مراقبت تسکینی مقرون به صرفه می باشد. این اتفاق برای انواع مختلف خدمات مثل خدمات بستری در هاسپیس و مراقبت در منزل صادق است. شواهد برای بیماران سرطانی از قوت بیشتری برخوردارند (۱۳).

۴. بررسی اثر مشاوره های تسکینی برای بیماران تحت پوشش مدیکید بر روی هزینه های بیمارستان با استفاده از داده های ۲۰۰۴-۲۰۰۷ چهار بیمارستان ایالت نیویورک نشان داد که بیمارانی که مراقبت تسکینی دریافت می کردند به طور متوسط ۶۹۰۰ دلار هزینه کمتری در طول پذیرش معین نسبت به گروه همسان از بیمارانی که مراقبت های معمول دریافت کردند، به بیمه تحمیل کرده اند (۱۴)

۵. در مطالعه ای هزینه های روزانه ۱۲۳ بیمار قبل و بعد از پذیرش در مراکز مراقبت های تسکینی St Thomas در ویرجینا بررسی شده است. یافته ها کاهش ۶۶ درصدی در هزینه ها (۷۴ درصد کاهش هزینه های تشخیص و تجویز دارو) را نشان داد. علل این امر تغییر در اهداف مراقبت برای بیمارانی که در حال مرگ شناسایی شده اند و تغییرات در الگوهای درمانی ذکر شده است. محققین نشان داده اند که حتی زمانی که بیمار و خانواده اش مرگ را پذیرفته اند در خارج از مرکز مراقبت های تسکینی، مراقبتهای ویژه و پرهزینه برای بیماران تجویز می شود. آنها احتمال می دهند که شاید علت این باشد که تیم مراقبت پزشکی از نحوه ی تغییر الگوهای مراقبت آگاه نیستند (۱۵).

۶. تیم های مشاوره مراقبت های تسکینی بیمارستانی معمولاً با کاهش بارز هزینه های بیمارستانی مرتبط می باشند. تحلیل داده های ۸ بیمارستان در امریکا که برنامه مراقبتهای تسکینی در آنها انجام می شد این ادعا را ثابت می کند. یافته های این مطالعه نشان داد که میانگین هزینه های مستقیم به ازای هر پذیرش برای بیماران دریافت کننده مراقبت تسکینی که زنده از بیمارستان ترخیص شده اند حدود ۱۷۰۰ دلار امریکا کمتر از هزینه های بیماران همسان دریافت کننده مراقبت معمول بودند. در بیمارانی که فوت کرده بودند کاهش هزینه به ازای هر پذیرش در بیماران دریافت کننده خدمات تسکینی در مقایسه با گروه کنترل، تقریباً ۵۰۰۰ دلار امریکا بود (۱۶).

۷. مطالعه ای انجام شده در سال ۲۰۰۹ در ایالات متحده در بیماران دارای سرطان پیشرفته نشان داد که بیمارانی که مشاوره با پزشکان خود در رابطه با پایان زندگی خود داشته اند، به طور میانگین ۳۵ درصد هزینه های سلامت کمتری (۱۰۴۱ دلار امریکا) در هفته آخر زندگی داشته اند در مقایسه با بیمارانی که چنین بحث هایی را نداشته اند (۱۷).

۸. مطالعه ای در اسپانیا در سال ۲۰۰۶ نشان داد که فراهم کردن خدمات مراقبت تسکینی به بیماران با سرطان پیشرفته باعث صرفه جویی در هزینه ها به میزان ۶۱ درصد در هزینه های مراقبت در ۶ هفته آخر زندگی در مقایسه با مراقبت های معمول پزشکی ارائه شده برای بیماران مشابه در مطالعه ای در سال ۱۹۹۲ شد. کاهش هزینه در مراقبتهای تسکینی به دلیل کاهش استفاده خدمات اورژانس، تغییر الگوی مراقبت از تخته های حاد ویژه به تخت مراقبتهای تسکینی، کاهش میانگین اقامت در بیمارستان و استفاده از مراقبت در منزل بوده است (۱۸).

۹. در مطالعه ای که با استفاده از فرضیات و واقعیات جامعه انگلستان مدلسازی شده است از مدل مارکوف برای تخمین میزان کاهش استفاده از منابع و به تبع آن میزان کاهش هزینه ها استفاده شده است. هدف تحقیق در نهایت برآورد پیامدهای مالی ارائه خدمات تسکینی به بیماران در سال انتهایی عمر آنها و برآورد میزان کاهش استفاده از مراقبتهای حاد و هزینه بر می باشد (۴).

برآوردها نشان داد که کل هزینه های مراقبتهای بیماران سرطانی در سال آخر عمرشان تقریباً ۱٫۸ بیلیون^۱ پوند است. که هزینه سرانه مراقبتهای هر بیمار سرطانی تقریباً ۱۴۲۳۶ پوند در سال ۲۰۰۶ می باشد.

Table 1 Baseline Markov model results for cancer patients over the last year of their life

Total costs for the whole cohort	Overall average unit costs per cancer patient	Setting	Total days in setting (per cancer patient)	Average unit costs per patient (setting specific)
£1.805 billion	£14,236	Hospital	17.3 days	£4,128
		Hospice	3.5 days	£464
		Home	344.2 days	£9,644

Table 2 Potential release of resources compared to the baseline (quoted in £m, million) for the entire cohort of cancer patients)

Reduction in % of emergency admissions	Reduction in mean LOS (days)			
	0	1	3	5
0	0	£26m	£78m	£132m
5%	£16m	£42m	£91m	£141m
10%	£33m	£56m	£104m	£151m
15%	£49m	£71m	£117m	£161m
20%	£66m	£87m	£129m	£171m

^۱ . بیلیون در انگلستان معادل یک میلیون میلیون و در آمریکا معادل هزار میلیون می باشد. اما از آنجا که این مطالعه در انگلیس انجام شده احتمالاً منظور نویسنده همان میلیون میلیون باشد.

زمان صرف شده برای ارائه مراقبت‌های حاد و پرهزینه بیمارستانی برای بیماران سرطانی ۱۷,۳ روز می باشد. نتایج سناریوی فرضی و شبیه سازی شده از تاثیر کاهش میزان پذیرش‌های پیش بینی نشده (اورژانسی) یا کاهش میزان اقامت در بخش های حاد مراقبت‌های بیمارستانی (جدول ۲) نشان از کاهش چشمگیر در هزینه های مراقبت‌های حاد بیمارستانی دارد. برای مثال ۱۰٪ کاهش در پذیرش‌های اورژانسی و ۳ روز کاهش در میزان اقامت همراه است با ۱۰۴ میلیون پوند کاهش در هزینه سال آخر بیماران سرطانی.

شبیه سازی سناریوی متفاوت که کاهش در نسبت پذیرش های اورژانسی برای بیماران سرطانی (۲۰-۵ درصد) و کاهش در مدت اقامت ۱ تا ۵ روزه، باعث کاهش هزینه های سالانه از ۴۲ تا ۱۷۱ میلیون پوند می شود(۴).

۱۰. در دو مطالعه دیگری در بریتانیا و آمریکا نتایج مشابهی از صرفه جویی ناشی از سرمایه گذاری در مراقبت‌های تسکینی بدست آمده است: Carter و Taylor (۲۰۰۴) با آنالیز اطلاعات مرکز خدمات پرستاری Marie Curie، به این نتیجه رسیدند که به ازای هر پوند سرمایه گذاری در مراقبت‌های تسکینی و حمایتی ۲ پوند صرفه جویی ایجاد می شود(۱۹). Miller و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه خود ۱,۵۲ دلار صرفه جویی به ازای هر ۱ دلار صرف شده در خدمات هاسپیس در آمریکا را ذکر کردند(۲۰).

ب- مرور سیستماتیک هزینه اثربخشی مراقبت‌های تسکینی

در سالهای گذشته چند مطالعات مرور سیستماتیک در مورد مراقبت‌های تسکینی منتشر شده است. تعدادی از آنها مثل Finaly و همکارانشان (۲۰۰۲) و لورنز و همکارانشان در سال ۲۰۰۸ مستقیماً بر میزان استفاده از منابع اشاره کرده اند(۷). مطالعه مروری دیگری در سال ۲۰۰۸ توسط Hatziandreu و همکارانشان در انگلستان صورت گرفت. در این مطالعه پایگاه داده های PubMed و شش پایگاه داده ای اقتصادی که دارای انتشارات انگلیسی بودند مورد جستجو قرار گرفت. پایگاه داده های اقتصادی شامل Tufts CEA Registry, HEED(Health Economic Evaluation Databases), NHS EED (NHS Economic Evaluation Databases), DARE(Database of Abstracts of Review of Effects) و

Health Technology Assessment.

نتایج مطالعه :

در پایگاه PubMed ۲۷۶ خلاصه مقاله شناسایی شد که از بین آنها ۲۰ مقاله مناسب بودند. علاوه بر این در ۶ پایگاه اقتصادی هم ۳۲ خلاصه مقاله مرتبط با موضوع شناسی شد که از بین آنها نیز ۱۹ مقاله مناسب بودند. محققین دانشکده بهداشت و تحقیقات مرتبط اخیر ماموریت یافته اند تا تحقیقات مبتنی بر مدل در زمینه اقتصاد سلامت برای کمک به تصمیم گیری در زمینه ارائه خدمات و مراقبتهای تسکینی و حمایتی انجام دهند. این محققین گزارش کرده که داده های با کیفیت بالا در زمینه ارائه خدمات تسکینی خیلی کم است. نتیجه مرور سیستماتیک در جدول ۳ آورده شده است. ترکیب نتایج و نتیجه گیری کلی حاکی از آن است که تقریباً به طور متوسط استفاده از مراقبتهای تسکینی باعث کاهش ۳۰ درصدی در هزینه ها شده است. این یک نتیجه گیری براساس مطالعات توصیفی و مشاهدات است و متا آنالیز در این زمینه انجام نشده است (۴).

Table 17: Effects of palliative care during the last year of life, point estimates

	Country	Primary condition	Intervention	Hospital admissions	Hospital length of stay	ICU admissions	ICU length of stay	Other	Average cost savings per patient*
Addington-Hall et al. (1992) and Raftery et al. (1996), RCT	UK	Cancer	Two non-specialist coordinating nurses working across region		Shorter				-41% (£4774 vs. £8034)
Axelsson and Christensen (1998)	Sweden	Cancer	Hospital-based palliative support service; one specialist nurse, surgeon and other colleagues support	0%	-23% (3 vs. 10 days?)				-\$2,500 over last 3 months = -\$3220 in 2007\$
Brumley et al. (2003)	US	Multiple (COPD, CHF, cancer), no break down	Multidisciplinary home-based care	-74% hospital visits (2.4 vs. 9.4)					-45%, \$7,990 vs. \$14,570
Brumley et al. (2007)	US	Multiple (COPD, CHF, cancer), no break down	In-home palliative care plus usual care by interdisciplinary team providing symptom relief, patient and family education, and support services	-39%					-37%; -\$7,552 (2007\$)
Campbell et al. (2004)	US	Multiple Cancer Heart/other organ failure Dementia	US-style hospice care (incl. home care, hospital inpatient, skilled-nursing facility, outpatient facility)						+4% -12% +8%
Ciemins et al. (2007)	US	Multiple, no break down	Inpatient palliative care consultation service						+44% Mean daily cost -14.5%
Costantini et al. (2003)	Italy	Cancer	Palliative home care team		-37% (last 6 months) (-13%) 9.6 vs. 11 days				Mean daily charges -38% Significant savings
Elsayem et al. (2004)	US	Cancer	Palliative care inpatient service at cancer center						-13 to -20% +19 to +30%
Enguidanos et al. (2005)	US	Multiple (CHF, COPD, cancer)	Home-based palliative care	ILIAD					-6 to -9% -23%; -\$4,855
Emanuel et al. (2002)	US	Cancer Heart COPD	US-type hospice care						
Gade et al. (2008), last 6 months (RCT)	US	Multiple	Inpatient palliative care team	0%		-43%			
Gomez-Batiste, et al. (2006), last 6 weeks	Spain	Cancer	Palliative care services		19.2 vs. 25.5 days; -25%	40% lower rate of use			-61%
Grande et al. (2000), (RCT), last 2 weeks	UK	Multiple	Hospital at home service					-72% GP evening visits, -85% GP night visits	
Hughes et al. (1992), (RCT)	US	Cancer	Multi-professional 24h home care team operating from hospital		-				-\$769, (2007\$) - 1157
Hughes et al. (1997), last 6 months, meta-analysis	Multiple	Multiple	Home care		-2.5 to -6 days				-\$2650 to -\$6360 (2007\$; 3470 to 8326)
Hughes et al. (2000)	US	Multiple, incl. CHF, COPD, no breakdown	Team-managed home-based primary care						+12.1% (\$31,401 vs. 28,008)
Lewin et al. (2005), last 2 months	US	Ovarian Cancer	American style hospice	ILIAD					
Mor et al. (1990), (in Hearn and Higginson, 1998)	US	Unknown	US-type hospice care						-31% costs per day of care
National Hospice Organization (1995)	US	Cancer	US-type hospice care						-10.4%, \$36222 vs. \$32439 (2007\$)
O'Mahony et al. (2005)	US	Multiple, no break down	Inpatient consultation service						-\$2700 per palliative care consult
Penrod et al. (2006)	US	Multiple	Hospital-based palliative care consultation			-42%-points			-\$337 per day costs, no difference in pharmacy costs
Serra-Prat et al. (2001), last month	Spain	Cancer	Home palliative care		8.3 days vs. 12.2 days (-32%)				-71%; -€437
Smith et al. (2003)	US	Multiple	Specialist inpatient palliative care unit and team				-2.1 days (1.5 vs. 3.6 days)		-57% daily charges
Tamir et al. (2007)	Israel	Unknown	Home-specialised palliative care services vs. home non-specialised palliative care services						-30%
Taylor et al. (2007)	US	Multiple	US-type hospice care						-24% (\$7318 vs. \$9627 after initiation in hospice)
Tramarin et al. (1992)	Italy	AIDS	Home-care assistance	ILIAD					-35%

نتیجه گیری

مرور مستندات نشان داد که شواهد محکم و قوی وجود دارد که خدمات مراقبت تسکینی باعث کاهش بار علایم و بهبود رضایتمندی و کیفیت زندگی بیماران و ارائه دهندگان خدمات می گردد. تقریباً تمام مطالعاتی که هزینه ها را بررسی می کنند مزایای اقتصادی برای مراقبت های تسکینی یافته اند؛ شواهد برای بیماران سرطانی و به خصوص در ایالات متحده واضح تر است. هرگونه کاهش هزینه ناشی از بستری کمتر و استفاده کمتر از مراقبتهای پر هزینه است (۴). کاهش در هزینه ها اغلب به دلیل کاهش میزان بستری در بیمارستان است و در درجه دوم وقتی که بستری اتفاق می افتد استفاده کمتر از منابع و مراقبتهای ویژه و حاد در بیمارستان است که باعث کاهش هزینه ها می شود. به نظر می رسد علت اصلی کاهش در هزینه ها به کاهش میزان اقامت در بخش مراقبتهای ویژه بیمارستان ارتباط پیدا می کند. باید یاد آوری نمود که مراقبتهای تسکینی اغلب باعث کاهش هزینه می شوند ولی همیشه این طور نیست و گاهی هزینه مراقبتهای مرسوم برای شخصی کمتر از هزینه مراقبتهای حمایتی و تسکینی می شود. بخاطر اینکه بیشتر بیمارانی که در اواخر عمر خود به سر می برند تا چند هفته قبل از مرگ معمولاً بستری نمی شوند در حالی بیمارانی که از خدمات هاسپیس و مراقبتهای تسکینی استفاده می کنند گاهی بیش از ۳ ماه از این خدمات استفاده می کنند که هزینه ای بیشتر از مراقبتهای عادی و رایج دارد. در میان بیماران با بستری کوتاه مدت، علت اصلی کاهش هزینه از کاهش میزان استفاده از خدمات بستری در ۲ ماه آخر عمر ناشی می شود (۴).

به چند دلیل ارائه مراقبتهای تسکینی و حمایتی به بیماران مبتلا به سرطان نسبت به سایر بیماران باعث کاهش بیشتر در هزینه ها می شود. یکی از دلایل احتمالی آن این است که تخریب و تضعیف عملکرد ارگانها در بیشتر بیماران سرطانی که در انتهای سالهای عمر خود هستند خیلی سریع اتفاق می افتند و کاملاً مشخص است. در این مرحله این بیماران نیاز به خدمات تخصصی دارند و قبل از آن کلیه خدمات توسط یک فرد آموزش دیده در زمینه خدمات تسکینی که هزینه کمتری دارد ارائه می شود. در صورتی که در سایر شرایط و بیماریها مثل نارسایی قلبی تضعیف عملکرد ارگانها خیلی طول می کشد ولی خطرات بطور متناوب و ناگهانی متوجه فرد می شود که به طور حتم نیاز به خدمات تخصصی و ویژه و درازمدت دارد.

عامل دیگر غیر قابل پیش بینی بودن مرگ است. غیر قابل پیش بینی بودن مرگ در اغلب بیماریهای غیر از سرطان بی اطمینانی زیادی در این زمینه ایجاد می کند که باعث می شود به احتمال زیاد خدمات پزشکی پرهزینه ای مورد استفاده قرار گیرد (۴).

به علاوه، هزینه مراقبت برای بیماران سرطانی خیلی متفاوت از هزینه مراقبت برای افراد مبتلا به دیگر بیماری ها که معمولاً نیاز به مراقبتهای طولانی مدت دارند می باشد. بر اساس مطالعه موسسه Rand در انگلستان در حالی که هزینه ارائه مراقبتهای تسکینی در آخرین سال زندگی بیماران سرطانی حدود ۱۴۰۰۰ پوند (معادل ۲۱۲۰۰ دلار ایالات

متحده) برای هر بیمار گزارش شده، این رقم برای سایر بیماران که به نحوی دارای نارسایی در یکی از ارگانهای خود مثل نارسایی قلبی می باشند به ۱۹۰۰۰ پوند (معادل ۲۸۸۰۰ دلار ایالات متحده) افزایش می یابد(۱۰).

فراهم کردن مراقبت های تسکینی برای بیماران غیر سرطانی بسیار مشکل می باشد، برای افراد مبتلا به دیگر بیماری ها پیش بینی ها مشکل است ولی این کار در بیماران سرطانی راحت تر است. تعهدات طولانی تری که برای افرادی که در فاز بعد از درمان قرار دارند ایجاد می شود هزینه ها را بسیار بالا خواهد بود(۱).

موضوع دیگر که باید به آن اشاره کرد این است که هیچ یک از مطالعات هزینه گیرندگان خدمات (بیماران) را محاسبه نکرده اند. هرچند حمایت از خانواده ضروری است و باید به عنوان یکی از اجزاء اصلی برنامه مراقبتهای تسکینی لحاظ شود ولی این بیماران نیز متحمل هزینه هایی هم در صورت ارائه مراقبتهای تسکینی و هم در غیر این صورت می شوند و متفاوت بودن این هزینه ها در هر دو مورد بیان می کند که باید در محاسبات لحاظ شوند(۴).

هزینه اثربخشی خدمات تسکینی و حمایتی را نمی توان فقط با در نظر گرفتن پیامدهای مرتبط با بیمار محاسبه کرد. هزینه فرصتهای زیادی از مداخلات بیهوده و بی فایده وجود دارد که می توان از آنها جلوگیری کرد. می توان با آزاد سازی تختهای بیمارستانی از طریق ترخیص زودتر، با اجتناب از پذیرش غیرضروری بیماران از طریق ارائه مراقبتهای مقدماتی و حمایتی و همینطور کاهش ابتلا در افراد داغدیده از طریق مراقبتهای دوران عزاداری و هنگام مرگ عزیزان از خیلی از هزینه ها جلوگیری کرد. مراقبتهای تسکینی و حمایتی با تغییر مراقبتهای خدمات با فناوری بالا (HighTech) به خدمات مبتنی بر فرد که هزینه کمتری دارد هزینه اثربخش ترین خدمات در این زمینه است(۲۱).

به هر حال هرچند مراقبت های تسکینی در پایان زندگی به خودی خود ممکن است ارزان تر باشد هم از لحاظ هزینه درمان و هم از لحاظ هزینه های پایین تر بستری نسبت به درمانهای بیمارستانی؛ اما از آنجا که این مراقبتهای باعث می شود که مردم بیشتر عمر کنند و به احتمال زیاد سال های متعددی با شرایطی زندگی کنند که در نهایت باعث مرگ آنان خواهد شد، احتمالاً نسبت هزینه مراقبتهای در پایان زندگی به کل هزینه های مراقبت سلامت، با شیب تندی افزایش می یابد(۱۰).

مقدمه

ارائه مراقبتهای تسکینی و حمایتی در روشها و سطوح مختلفی می توان صورت گیرد. هر یک از این روشها و سطوح ارائه خدمات پیش نیازها و الزامات خاص خود را طلب می کند که بسته به سطح و گستردگی خدمات، میزان هزینه و اثرات اقتصادی آن نیز متفاوت خواهد بود. علاوه بر این، اینکه این خدمات و تسهیلات در چه نظام بهداشتی و درمانی و با چه تسهیلاتی باید ارائه شود هزینه متفاوتی خواهد داشت. اما قبل از ورود به هزینه های مختلف برنامه های ارائه مراقبتهای تسکینی و حمایتی، مفاهیم و اصطلاحات مرتبط با هزینه و هزینه یابی ارائه می گردد.

چه هزینه هایی وجود دارد؟

برای تخمین هزینه های یک برنامه سلامت باید اجزا آن دسته بندی شود. عناصر هزینه می تواند به چندین طریق دسته بندی شود. یک تقسیم بندی خوب بستگی به نیازهای یک مشکل یا موقعیت خاص دارد. اما به طور کلی سه ویژگی برای تقسیم بندی باید رعایت شود:

- اجزا باید متناسب با موقعیت خاص باشد.
- دسته بندی نباید همپوشانی داشته باشد.
- دسته های انتخاب شده باید همه امکانات را پوشش دهد.

اقتصاد دانان هزینه را به عنوان ارزش منابع استفاده شده برای تولید یک کالا یا خدمت تعریف می کنند. منابع استفاده شده برای برنامه های سلامت می تواند به چندین روش توضیح داده شود. برای مثال برنامه کنترل بیماریهای روده ای ممکن است به صورت استفاده از منابع پشتیبانی: پرسنل، پول از منابع خارجی و رسانه ها بیان شود (۲۲). اینکه چه هزینه هایی باید اندازه گیری شود و چه هزینه های نباید وارد گردد بستگی به چشم انداز مطالعه دارد.

در هزینه یابی باید بیان شود که این هزینه ها از دید چه کسی اندازه گیری می شود. بیان چشم انداز هزینه یابی تعیین کننده و معیار ورود هزینه هاست. هزینه یابی می تواند از چشم اندازهای متفاوتی انجام شود. این کار می تواند از دید بیمار، از دید ارائه کننده خدمت، از دید تامین کنندگان منابع، از دید نظام سلامت و از دید جامعه صورت گیرد (۸). در هر کدام از دیدگاهها، تعدادی از هزینه ها، جزء هزینه ها محسوب نمی گردند مثلا در هزینه یابی یک بیماری از چشم انداز بیمار، هزینه ای که دولت در رابطه با این بیماری صرف می نماید جزء هزینه ها احتساب نمی گردد ولی هزینه های مثل کرایه ماشین و هزینه ایاب و ذهاب که ارتباط مستقیمی به بیماری ندارد برای بیمار هزینه محسوب می گردد. وسیع ترین چشم انداز، چشم انداز جامعه است که تمامی هزینه های مرتبط را در نظر می گیرد.

انواع تقسیم بندی هزینه ها

در مطالعات اقتصادی و هزینه یابی طیف وسیعی از هزینه ها وجود دارد. این هزینه ها در دیدگاهها و با توجه به معیارهای مختلف اندازه گیری می شوند. این تقسیم بندی ها عبارتند از:

۱. دسته بندی بر اساس نهاده ها

این نوع تقسیم بندی از هزینه ها خیلی مفید و کاربردی است. در این تقسیم بندی، نهاده ها به گروه هایی که اجزا و ویژگیهای مشخص مشابهی دارند تقسیم می شود مثلا خودرو، نیروی انسانی، تدارکات. اگر این روش به طور مناسب استفاده شود می تواند اطلاعات ارزشمندی در اختیار تصمیم گیران قرار دهد. از ویژگیهای مهم آن می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- دارای تعدادی از گروههای قابل اداره و کنترل می باشد و به طور کلی این گروهها کافی است تا در هر برنامه سلامتی بکار گرفته شود.
- در این روش دو گروه از منابع مهم از هم تفکیک می شوند. منابعی که به طور مرتب در طول سال مصرف می شود و به طور مرتب خریداری می گردد (مثل هزینه های جاری) و آنهایی که بیش از یک سال مورد استفاده قرار می گیرند مثل ساختمانها، خودرو، و تجهیزات (هزینه های سرمایه ای).
- با قرار دادن های هزینه های عملیاتی سرمایه گذاری ها در خودرو، تجهیزات و ساختمان در یک گروه مشخص تاکید بیشتری بر آنها می نماید.

هرگونه تقسیم بندی هزینه ها و منابع نیازمند ارائه تعاریف مفاهیم اولیه به منظور ایجاد درک مشترک و اجتناب از سو برداشت می باشد. مثلا ممکن است بیش از یک کلمه برای بیان یک گروه از منابع مورد استفاده قرار گیرد. مثلا "Manpower" و "personnel" (نیروی انسانی و پرسنل). در تقسیم هزینه ها و منابع باید مشخص شود که منظور از نیروی انسانی یا پرسنل چه گروههای هستند آیا پرسنل رسمی و پیمانی مورد نظر است یا تمامی پرسنل که در این صورت واژه «نیروی انسانی» مناسب تر خواهد بود. آیا منظور پرسنل بالینی است یا غیر بالینی.

۲. دسته بندیهای ثانویه

تقسیم بندی که در بالا انجام شد (برحسب نهاده ها) یکی از روشهای تقسیم بندی است و تنها روش نیست. منابع، ویژگیهای دیگری هم دارند که مهم هستند و می تواند برای تقسیم بندی مورد استفاده قرار گیرد. چهار

خصوصیت دیگر منابع که ممکن است در ارزیابی و تشریح برنامه ها مورد استفاده قرار گیرد در ادامه بیان شده است. قابل ذکر است که ممکن است که این ویژگیها نسبت به تقسیم بندی بر اساس نهاده اهمیت کمتری داشته باشد.

۱-۲. تقسیم بندی بر اساس فعالیت/وظیفه

اولین نوع از دسته بندی ثانویه شامل تقسیم بندی بر حسب وظیفه یا فعالیت می باشد. برای مثال برنامه های بهداشت کودکان و مادران که شامل دامنه وسیعی از فعالیتها مثل واکسیناسیون کزاز مادران حامله، مراقبتهای دوران بارداری، مراقبت و نظارت از زایمان، واکسیناسیون و پایش رشد کودکان می باشد. برای هر کدام از این فعالیتها نهاده های فیزیکی مورد نیاز است. برای مثال توزین نوزادان نیازمند پرسنل برای توزین و ثبت نتایج، اندازه ها، جداول، نمودار، ساختمان و احتمالاً خودرو می باشد.

فعالتهایی که در بالا برای مراقبتهای مادران و کودکان بیان شد مجموعه محدودی از فعالتهایی هستند که منجر به ارائه خدمت شده است. اینها تنها فعالتهای ارائه خدمات هستند فعالتهای لازم برای حمایت و پشتیبانی از این برنامه هنوز وارد نشده است برای مثال در اکثر برنامه ها موارد زیر برای حمایت و پشتیبانی برنامه ها لازم است:

- آموزش
- نظارت
- مدیریت
- پایش و ارزیابی
- پشتیبانی و حمل و نقل

در بسیاری از موارد شناسایی اجزاء عملکردی برنامه ها ساده است. ولی ممکن است تعدادی از فعالیتها و منابع چه سازمانی و چه مالی به راحتی فراموش شود. برای مثال جنبه های اجتماعی برنامه ها ممکن است که بوسیله عواملی خارج از وزارت بهداشت تامین مالی و یا اجرا شود به راحتی می تواند فراموش شود. اگر نگاه خود را کمی وسیع تر نماییم و از سطح برنامه به سطح کل سلامت گسترش دهیم نوع تقسیم بندی وظایف ممکن است بر حسب برنامه های درمانی و پیشگیری یا بر حسب واحدی مثل بیمارستان، مرکز بهداشت و مرکز آموزش مراقبتهای اولیه تغییر کند.

یکی دیگر از مواردی که باید در تخمین هزینه های یک برنامه چند فعالیته توجه داشت این است که ممکن است منابعی برای چند فعالیت استفاده شود چگونگی تسهیم منابع خیلی مهم است این کار مخصوصا در تسهیم هزینه های پرسنلی اهمیت بیشتری دارد.

۲-۲. تقسیم بندی بر اساس سطوح ارائه خدمات

روش دیگر تقسیم بندی منابع بر اساس سطحی است که مورد استفاده قرار می گیرند. در اکثر برنامه های سلامت سلسله اقدامات مشخصی وجود دارد. مثلا در برنامه های ملی بعضی از منابع در مرکز یا در سطح ملی مورد استفاده قرار می گیرند در حالی که بعضی از منابع ممکن است در سطح استانی یا منطقه ای استفاده شوند. اینکه چه منابعی در چه سطحی استفاده می شود و کدام هزینه ها در کدام سطح باید تحلیل شوند موضوعی است که باید در نظر گرفته شود. ممکن برنامه ای در پایین ترین سطح اجرا گردد در حالی که برای همین برنامه ممکن است در ستاد وزارتخانه هزینه های دیگری انجام گرفته باشد هزینه هایی مثل دفتر هماهنگی و پشتیبانی. در این صورت در تحلیل هزینه باید به این نکته توجه داشت و فقط به هزینه های اجرای پایین ترین سطح بسنده نکرد.

۲-۳. تقسیم بندی بر اساس عوامل تامین مالی

منبع تامین یکی دیگر از ویژگیهایی است که می تواند برای تقسیم بندی هزینه ها مورد استفاده قرار گیرد. منبع تامین هزینه ها ممکن است وزارت بهداشت، سایر بخشهای دولتی، دولتهای محلی، اهدا کنندگان، سازمانهای خصوصی و مستقل غیردولتی یا اشخاص و گروههای اجتماعی باشند. در اینجا باید هزینه ها را بر اساس منبع آنها شناسایی کرد. این تقسیم بندی منافع خاص خود را دارد. در این نوع تحلیل منابع و هزینه ها، گزارشهای مستقلی برای هر یک از منابع تامین مالی تهیه و ارائه می گردد. علاوه بر آن می توان هزینه های دولتی را پیش بینی نمود و برنامه ریزی لازم برای اقدامات آتی را انجام داد. این روش هزینه یابی راحتتر است.

۲-۴. تقسیم بندی بر اساس منابع پولی

یکی از روشهای که به شدت به منبع تامین مالی بستگی دارد تقسیم بندی هزینه ها و منابع براساس پول داخلی و خارجی است. در این تقسیم بندی سهم هر یک از منابع داخلی و خارجی در برنامه های سلامت تعیین می شود. گاهی اوقات آگاهی از میزان کمکهای خارجی و آگاهی از میزان ارزش موجود و اینکه چه مقدار از منابع مورد نیاز به ارزش نیاز دارد و چه مقدار با استفاده از پول داخلی می توان خریداری کرد اهمیت زیادی دارد. اهدا کنندگان خارجی و کمکهای بین المللی یکی از مواردی است که می تواند کمبود ارزش مخصوصا در کشورهای در حال توسعه را

جبران نماید اما باید توجه داشت که این یک منبع تامین مالی محدود است و نمی توان به طور دائمی به آن اتکاء کرد. بنابراین آگاهی از بار مالی هزینه های ارزی یکی از ضروریات است.

۳. دسته بندی بر حسب میزان تغییر هزینه ها

هزینه ها بر حسب میزان تغییراتشان در برابر تغییر حجم خدمات ارائه شده می تواند به سه دسته ثابت، نیمه ثابت و متغیر تقسیم شود (۸).

هزینه های ثابت هزینه هایی هستند که با تغییر میزان خدمات ارائه شده تغییر نمی کنند و ارتباط مستقیم با میزان خدمات ارائه شده ندارند. هزینه های سرمایه ای مثل ساختمان و تجهیزات سرمایه ای جزء این گروه از هزینه ها هستند. هزینه های متغیر هزینه هایی هستند که مستقیماً با تغییر میزان ارائه خدمات تغییر پیدا می کنند. ملزومات مصرفی و داروها از مهمترین این هزینه ها هستند. هزینه های نیمه ثابت تنها زمانی تغییر پیدا می کنند که یک تغییر قابل توجه در فعالیت و حجم خدمات ارائه شده اتفاق بیفتد. مهمترین این هزینه ها، هزینه های پرسنلی هستند. هزینه های پرسنلی تا حدودی می تواند در برابر افزایش یا کاهش خدمات ارائه شده تغییر پیدا نکند ولی اگر تغییر خدمات ارائه شده و فعالیتهای یک مرکز زیاد باشد نیاز به نیروی بیشتری می باشد.

۴. تقسیم بندی بر اساس رابطه با فرایند

تقسیم بندی دیگری نیز وجود دارد که در هزینه یابی بیماریها و مراقبتهای بهداشتی و درمانی می تواند مورد استفاده قرار گیرد. در این تقسیم بندی، هزینه های به سه دسته مستقیم، غیر مستقیم و هزینه های نامحسوس تقسیم می شود (۸).

هزینه یابی و انواع آن

هزینه یابی عبارتست از طبقه بندی و تسهیم صحیح هزینه ها به منظور تعیین بهای تمام شده محصولات و یا خدمات واحد تجاری و همچنین تنظیم و ارائه اطلاعات مربوطه به نحو مناسبی که برای راهنمایی مدیران و صاحبان واحد مذکور در جهت کنترل عملیات آن قابل استفاده باشد. سیستم هزینه یابی شامل اصول و مقررات ساخته و پرداخته ای نیست (به مانند سیستم های مالی) که به یک واحد تجاری تحمیل شود بلکه باید پس از مطالعه دقیق سازمان واحد تجاری و با توجه به احتیاجات خاص آن به تدریج ایجاد شود. سه اصطلاح رایج در هزینه یابی وجود دارد که گاهی خواننده را به اشتباه می اندازد این اصطلاح ها عبارتند از: سیستم، الگو و روش های هزینه یابی (۲۲).

۱. سیستم‌های هزینه‌یابی نیز عبارتند از: هزینه‌یابی مرحله‌ای، سفارش کار
۲. الگو یا رویکردهای هزینه‌یابی عبارتند از: جذبی و متغیر(مستقیم)
۳. روش‌های هزینه‌یابی شامل استاندارد، نرمال و واقعی می‌باشد.

سیستم‌های هزینه‌یابی

سیستم‌های هزینه‌یابی و محاسبه بهای تمام شده بدلیل اطلاعات مهمی که در تصمیم‌گیریهای مدیریت از ابعاد مختلف فراهم می‌کنند، دارای جایگاه خاصی می‌باشند بطوریکه روز بروز بر اهمیت آنها افزوده می‌گردد. اولین قدم در طراحی سیستم قیمت تمام شده انتخاب نوع سیستم هزینه‌یابی است. بطور کلی با توجه به نوع فعالیت مؤسسات تولیدی سیستم‌های هزینه‌یابی که مورد استفاده قرار می‌گیرند ۲ نوع می‌باشند:

(۱) هزینه‌یابی سفارش کار

(۲) هزینه‌یابی مرحله‌ای

برخی از مؤسسات تولیدی سفارش پذیرند یعنی در واقع تولیدات آنها و هزینه‌هایی که در آنها صورت می‌پذیرد با سفارش و یا عقد پیمان ایجاد می‌شوند. بنابراین برای هزینه‌یابی در این مؤسسات از روش هزینه‌یابی سفارش کار استفاده می‌گردد. در این سیستم تمامی هزینه‌هایی که جهت ساخت یک سفارش معین انجام می‌گیرد در حساب آن سفارش ثبت خواهد گردید که این هزینه‌ها می‌تواند شامل مواد اولیه، دستمزد و سربار مستقیم باشند. و همچنین هزینه‌های مشترک مابین سفارشها مانند هزینه‌های سربار غیرمستقیم و یا هزینه‌های مدیریت و غیره بر اساس مبنای تعیین شده بر روی سفارشات تسهیم خواهد گردید.

نمونه بارز این مؤسسات شرکت‌های پیمانکاری، کارخانجات کشتی‌سازی، هواپیما سازی، بیمارستانها، تعمیرگاههای اتومبیل و سایر موارد مشابه می‌باشد.

مؤسساتی که به صورت انبوه تولید می‌کنند و تولیدات آنها نیاز به طی مراحل مختلف دارد از روشهای هزینه‌یابی مرحله‌ای استفاده می‌نمایند. در این نوع هزینه‌یابی، بهای تمام‌شده هر مرحله ساخت بطور جداگانه محاسبه شده و در انتها بهای تمام‌شده نهایی محصولات تولید شده محاسبه می‌گردد. مؤسساتی که تولیدات آنها باید از مراحل مختلفی عبور کند و به صورت انبوه، پیوسته، مداوم و یکنواخت و همگن تولید می‌شوند از روش هزینه‌یابی مرحله‌ای استفاده می‌نمایند در این روش قیمت تمام شده تولید در هر مرحله از تولید تعیین می‌گردد. در روش هزینه‌یابی مرحله‌ای محصولات تولید شده در هر مرحله به عنوان مواد خام مرحله بعد محسوب می‌گردد. باید توجه داشته باشید در این مؤسسات معمولاً تولیدات متنوع و گاهی همراه با تولید محصولات فرعی و جانبی می‌باشد.

روشهای هزینه یابی:

مرحله بعد در طراحی سیستم بهای تمام شده خدمات انتخاب یکی از سه روش واقعی، نرمال، استاندارد می باشد. این روشها در حقیقت یاری دهنده مدیریت در تصمیم گیری بوده و اجرای هر کدام از آنها بستگی کامل به اطلاعات موجود در شرکت و همچنین انتظارات مدیریت خواهد داشت.

۱. هزینه یابی واقعی

در این روش محاسبات بهای تمام شده بر اساس هزینه های واقعی تحقق یافته و ثبت شده انجام می گیرد. این روش با توجه به سهولت و سادگی یکی از اولین انتخابها جهت هزینه یابی می باشد اما عیب عمده آن عدم ارائه شاخص مناسب جهت ارزیابی و عملکرد قسمتها می باشد. برای مثال در این روش مشخص نمی گردد که آیا مواد اولیه مصرفی در تولید به اندازه بوده است یا اینکه بیشتر یا کمتر استفاده شده است.

۲. هزینه یابی نرمال

در این هزینه یابی، کلیه هزینه های واقعی تولید در حسابهای مربوطه ثبت می گردد ولی برای محاسبه بهای تمام شده محصولات دو روش متفاوت بکار می رود. یعنی ابتدا سهم هزینه های سیستم تولید بر اساس ارقام تحقق یافته به بهای تمام شده ردیابی می شود، ولی جهت تخصیص هزینه های سربار از نرخ جذب سربار استفاده خواهد شد و با استفاده از نرخ مذکور، هزینه های سربار به بهای تمام شده محصولات منتقل می گردد.

۳. هزینه یابی استاندارد

بر خلاف هزینه یابی واقعی، در این نوع هزینه یابی از هزینه های استاندارد (هزینه هایی که باید حین تولید واقع می شدند) جهت محاسبه بهای تمام شده محصولات استفاده می شود و نه هزینه هایی که واقعاً حین تولید رخ داده اند. حسن این روش ارائه شاخصی جهت ارزیابی عملکرد قسمتها و مراکز است اما عیب عمده آن نیز عدم امکان استفاده در حالاتی است که ثبات نسبی در روند هزینه ها وجود ندارد. شباهت ها و تفاوت های این سه روش در شکل زیر به طور کامل بیان شده است.

مطالعات انجام شده در خصوص هزینه های ارائه خدمات تسکینی و حمایتی

مطالعات محدودی به صورت آینده نگر و گذشته نگر به تخمین هزینه ارائه خدمات با توجه به سطح ارائه آنها در مجموعه نظام بهداشتی درمانی کشور خودشان انجام شده است. هر چند تناسب ارائه خدمات در کشورهای مختلف با توجه به الگوی ارائه خدمات و روشهای درمانی، ساختار هزینه و تامین مالی، با کشورمان مورد سؤال است ولی بررسی ساختار هزینه و تامین مالی خدمات تسکینی و حمایتی از طریق مطالعات انجام می تواند تصویر کلی درباره موضوعات اقتصادی این خدمات ارائه دهد که می تواند در تصمیم گیری ها مورد استفاده قرار گیرد در زیر به تعدادی از آنها اشاره می شود.

مطالعه انجام شده در انگلستان:

این مطالعه با فرض ارائه خدمات کامل تسکینی و حمایتی برای ۱٫۵ میلیون نفر به صورت آینده نگر و به صورت تخمینی هزینه های مورد انتظار را برآورد کرده است (۹).

در این مطالعه نخست برای هر یک از اجزاء مراقبتهای تسکینی حجم نیروی انسانی مورد نیاز برای ارائه خدمات پیشنهادی با توجه به نوع تخصص آنها (پزشک، پرستار و سایر کارکنان بهداشتی و درمانی) برآورد شده است. سایر هزینه ها شامل هزینه های پرسنل خدماتی، هزینه های سربار، استهلاک و غیره برای هر یک خدمات به صورت درصدی از کل هزینه برآورده شده است.

هزینه جاری بسیاری از اجزاء مراقبتهای حمایتی و تسکینی با اطمینان کامل شناسایی نشده است. این هزینه ها برای خدمات تخصصی مراقبتهای تسکینی در دسترس هست. هزینه های ارائه این مراقبتها در آینده بر این اساس پیش بینی شده است. برای مراقبتهای عمومی تسکینی و همچنین مراقبتهای حمایتی، هزینه های جاری در دسترس نیست. بنابراین هزینه های پیش بینی شده برای این خدمات فقط شامل هزینه های کل می باشد. تمامی هزینه ها برای سال ۲۰۰۲-۲۰۰۳ تنزیل شده اند.

کل هزینه های ارائه خدمات حمایتی و عمومی در حدود ۶۰ میلیون پوند تخمین زده می شود. در این تخمین هزینه مداخلات پیشنهادی در کتاب راهنمای ارائه خدمات تسکینی در بریتانیا، محاسبه نشده است. هزینه های جاری بیشتر خدمات حمایتی و تسکینی عمومی مشخص نبود. بنابراین از تخمین و برآوردهای غیر مستقیم استفاده شد. کل هزینه ارائه مراقبتهای تخصصی تسکینی در آینده در بریتانیا تقریباً ۴۴۰ میلیون پوند برآورد می شود. هزینه های فعلی ارائه مراقبتهای تسکینی تخصصی ۳۹۸٫۵ میلیون پوند و هزینه ارائه مراقبتهای تخصصی در انگلستان ۳۲۰ میلیون پوند برآورد می شود. این هزینه برای ولز ۱۹ میلیون پوند و به ازای هر سال در آینده ۵۰ میلیون پوند (در طول سه سال) به کل هزینه های برای خدمات تخصصی اضافه می شود. هزینه های جاری ارائه مراقبتهای تسکینی و حمایتی برای شبکه سرطان با جمعیت ۱٫۵ میلیون نفر ۱۱٫۵ میلیون پوند برآورد می شود. اجزاء هزینه در جدول زیر به تفکیک آورده شده است. هزینه ها به دو گروه هزینه های ارائه خدمات عمومی و حمایتی و هزینه ارائه خدمات تخصصی تقسیم بندی شده است.

هزینه های ذکر شده در جدول ۴ کل هزینه های ارائه خدمات حمایتی و عمومی را نشان می دهد. پرسنلی که این خدمات را ارائه می دهند در جاهای دیگر نیز خدمات ارائه می دهند بنابراین هزینه های پرسنلی با توجه به بار کاری تقسیم شده است و نسبتی که به ارائه خدمات عمومی و حمایتی مربوط می شود در این جدول آورده می شود.

جدول ۴. هزینه های تخمینی برای خدمات حمایتی و عمومی کل هزینه ها (به قیمت ۲۰۰۲-۲۰۰۳)

GENERAL AND SUPPORTIVE PALLIATIVE CARE SERVICES	Cancer Network (£)	England & Wales (£ m)	% of total cost
Co-ordination of Care (section 2.1)	£63,700	£2.2	3.7%
Network lead for development of supportive and palliative care services	£34,700	£1.2	
Production of a network service directory	£29,000	£1.0	
User Involvement (section 2.2)	£50,000	£1.7	2.9%
Partnership/User Groups - support for venue costs, publicity, administration	£5,000	£0.2	
Partnership/User Groups - support for facilitation	£30,000	£1.0	
User Expenses and Time	£15,000	£0.5	
Face-to-Face Communication (section 2.3)	£104,800	£3.6	6.1%
Patient records of consultations (75% uptake)	£84,700	£2.9	
Professional healthcare interpreters	£20,100	£0.7	
Information (section 2.4)	£272,600	£9.5	16.0%
High quality information packs	£71,400	£2.5	
Information provision via dedicated cancer information centres - materials and equipment - set up costs *	£21,100	£0.7	
Network lead for information	£34,700	£1.2	
Information managers (Centre and Satellite units)	£104,200	£3.6	
Administration (Centre and satellite units)	£41,200	£1.4	
Psychological Support Services (section 2.5)	£364,800	£12.7	21.4%
Specialist staff (Level 3 / Level 4)	£238,100	£8.3	
Administration & Service overheads	£126,700	£4.4	
Social Support (section 2.6)	£108,100	£3.8	6.3%
Social Worker: assessments/welfare benefits input	£108,100	£3.8	
General Palliative Care (section 2.8)	£145,100	£5.0	8.5%
Out-of-hours community nursing **	£2,587,500	£89.8	
Gold Standards Framework: practice set up costs *	£80,600	£2.8	
Gold Standards Framework: 0.2 wte facilitator per PCT	£64,500	£2.2	
Rehabilitation (section 2.10)	£500,700	£17.4	29.3%
Physiotherapist	£89,200	£3.1	
Occupational Therapist	£89,200	£3.1	
Dietician	£89,200	£3.1	
Lymphoedema Nurse	£51,000	£1.8	
Speech and Language Therapist	£31,900	£1.1	
Strategic leads for 5 therapy groups	£150,200	£5.2	
Families & Carers (section 2.12)	£97,800	£3.4	5.7%
Family & Carer lead at cancer centre and units	£97,800	£3.4	
Supportive and General Care (excl. out-of-hours community nursing)	£1,707,600	£59.3	100.0%

* Set up costs - year 1 only

جدول ۵. هزینه های تخمینی برای ارائه خدمات تسکینی تخصصی: کل هزینه ها و تاثیر اجرای راهنما بر

آن (بر اساس قیمت های ۲۰۰۲-۲۰۰۳)

SPECIALIST PALLIATIVE CARE SERVICES (section 2.9)	Cancer Network (£)	England & Wales (£ m)	% of total costs
Medical Staff	£2,066,800	£71.8	16.3%
Consultants (incl. out-of-hours cover)	£1,222,500	£42.4	
Other Medical Staff (incl. out-hours cover)	£844,300	£29.3	
Nursing Staff	£5,644,000	£196	44.5%
Grade G / H / I	£2,133,900	£74.1	
Grade E and F	£2,232,000	£77.5	
Untrained Nurses	£1,107,600	£38.5	
Cover/Oncall Nurse Costs	£170,500	£5.9	
Extended Specialist Palliative Care Team	£1,881,418	£65	14.8%
Social Care Assessments, Welfare Benefits Rights Advice, Counselling, Psychological Support, Care of Families & Carers (inc. bereavement support)	£494,718	£17.2	
Administrative support	£581,200	£20.2	
Chaplain-Spiritual Care Giver	£118,200	£4.1	
Physiotherapist	£57,300	£2.0	
Occupational Therapist	£57,300	£2.0	
Dietician	£57,300	£2.0	
Speech & Language Therapist	£28,700	£1.0	
Lymphoedema Nurse	£38,200	£1.3	
Pharmacist	£160,400	£5.6	
Trained Carers and Nurses providing continuous support to the dying	£288,100	£10.0	
A. Subtotal: Specialist Palliative Care Staff Costs - Direct Medical, Nursing and Extended Team	£9,592,218	£333.1	75.6%
B. Overhead Costs	£3,088,769	£107.3	24.4%
C. Total Cost of Future Provision (A + B)	£12,680,988	£440.3	100%
D. Total Cost of Current Provision	£11,477,900	£398.5	-
E. Cost Impact (C - D)	£1,203,088	£41.8	-

کل هزینه های ارائه خدمات تسکینی تخصصی در انگلستان و ولز که در جدول ۵ نشان داده شده است برابر است با ۴۴۰ میلیون پوند. هزینه های جاری این خدمات ۳۹۸٫۵ میلیون پوند هست بنابراین تاثیر هزینه ای مداخلات مورد اشاره در راهنما برای خدمات تخصصی در حدود ۴۲ میلیون پوند برای هر سال می باشد.

هزینه انواع خدمات تخصصی تسکینی در جدول ۶ آورده شده است. خدمات بستری به همراه تیم مراقبتهای تخصصی تکسینی بیمارستان و جامعه حدود ۸۳٪ از هزینه را باعث می شوند.

جدول ۶. هزینه های تخمینی ارائه خدمات تسکینی تخصصی: هزینه ها بر اساس خدمات (قیمتهای ۲۰۰۲-۲۰۰۳)

SPECIALIST PALLIATIVE CARE SERVICES (section 2.9)	Staff Costs	Other Costs	TOTAL COSTS	
			£m	%
CANCER NETWORK	£m	£ m	£m	%
Specialist Palliative Care Inpatient Beds	£4.8	£2.1	£6.9	54.0%
Day Care	£0.5	£0.3	£0.9	6.8%
Community Specialist Palliative Care Team	£1.7	£0.3	£2.0	15.5%
Hospital Support	£1.5	£0.2	£1.7	13.2%
Bereavement Services	£0.4	£0.0	£0.5	3.7%
Outpatient	£0.4	£0.0	£0.5	3.9%
Continuous Support for Dying Patients	£0.3	£0.1	£0.4	3.0%
Total Specialist Palliative Care Costs (Cancer Network)	£9.6	£3.1	£12.7	100%
ENGLAND & WALES	£m	£ m	£m	%
Specialist Palliative Care Inpatient Beds	£165.1	£72.8	£237.9	54.0%
Day Care	£17.9	£12.1	£30.0	6.8%
Community Specialist Palliative Care Team	£57.9	£10.2	£68.1	15.5%
Hospital Support	£52.3	£5.8	£58.1	13.2%
Bereavement Services	£14.5	£1.6	£16.1	3.7%
Outpatient	£15.4	£1.7	£17.1	3.9%
Continuous Support for Dying Patients	£10.0	£3.0	£13.0	3.0%
Total Specialist Palliative Care Costs (England & Wales)	£333.0	£107.2	£440.3	100%
% of total costs	75.6%	24.4%	100.0%	

تحلیل های اولیه نشان می دهد که هزینه های بستری از ۲۲۵ تا ۳۸۹ پوند به ازای هر روز تخت اشغالی و ۱۵۸ تا ۲۸۷ پوند به ازای هر تخت روز فعال متغیر است. برای هر روز مراقبت، هزینه هر نفر از ۴۱ پوند تا ۲۴۰ پوند متغیر است. هزینه هر ویزیت در مراقبتهای مبتنی بر خانه از ۵۹ تا ۲۹۰ پوند متغیر است.

در مجموع می توان گفت که هزینه های پرستاری اصلی ترین جزء هزینه های خدمات حمایتی و تسکینی است (۹).

مطالعه Evi Hatziandreu و همکارانشان از برآورد هزینه های ارائه خدمات نشان می دهد که هزینه تخمینی برای فراهم کردن مراقبت در سال آخر زندگی برای تقریباً ۱۲۷۰۰۰ بیماری که به علت سرطان فوت کردند تقریباً ۱/۸ بلیون پوند معادل ۱۴۲۳۶ پوند به ازای هر بیمار می باشد. برای تقریباً ۳۰۰۰۰ بیمار نارسایی عضوی (شامل بیماری

های قلبی و تنفسی) در سال آخر زندگی هزینه فراهم کردن مراقبت ۵۵۳ میلیون پوند یا ۱۸۷۷۱ پوند به ازای هر بیمار می باشد. تحلیل حساسیت نشان داد هزینه های مراقبت برای بیماران سرطانی به شدت با هزینه های فراهم کردن مراقبت منزل/جامعه متاثر می شود. یک تغییر ۱۰ درصدی در هزینه روزانه می تواند باعث کاهش یا افزایش هزینه کل تا ۱۲۲ میلیون پوند در یک سال شود(۴).

هزینه یابی خدمات تسکینی در رومانی

در مطالعه رومانی تقسیم بندی هزینه ها در دو سطح صورت گرفته است. نخست بر حسب فعالیت به دو دسته مراقبتهای بستری (Palliative Care in Inpatient Units) و مراقبت در منزل (Home Based Palliative Care) تقسیم بندی شده سپس در داخل هر گروه، تقسیم بندی هزینه ها بر اساس نهاده ها صورت گرفته است. هدف این مطالعه ارائه تصویری از عناصر هزینه ای مراقبتهای تسکینی بر حسب نوع خدمات به تصمیم گیرندگان است که این تصویر اطلاعات لازم برای پی ریزی ارائه خدمات تخصصی در کل کشور را فراهم سازد. برای اجرای این پروژه نخست ارائه کنندگان خدمات مراقبتهای تسکینی و اعضای اتحادیه ملی، کارگروهی را متشکل از متخصصین (پزشکان، پرستاران، متخصصین اجتماعی، روانشناسان، مدیران خدمات سلامت) تشکیل دادند تا حداقل استانداردهای لازم را برای خدمات تسکینی در واحدهای بستری و در منزل را استخراج نمایند.

این استانداردها شامل تعریف و مدل‌های سازماندهی خدمات تسکینی، اصول عمومی اعتبار بخشی و سازماندهی، منابع انسانی، شایستگی، دسترسی به خدمات، فرایند ارائه خدمات به بیماران (خدمات پزشکی، پرستاری، روحی روانی، اجتماعی و غیره)، حمایت خانواده ها (در طول بیماری و هنگام فوت یکی از اعضا خانواده)، آموزش کارکنان، اصول اخلاقی و ارتقاء کیفیت می باشد(۲۳).

مراقبتهای تسکینی در واحدهای بستری:

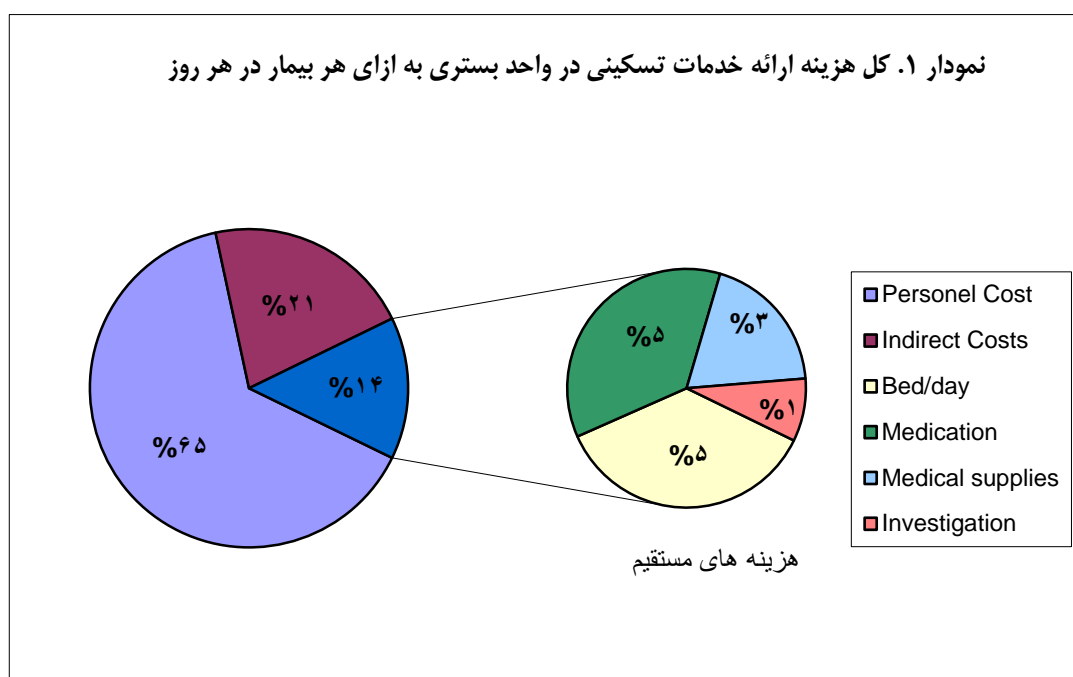
واحدهای بستری واحدهایی هستند که خدمات را برای بیمارانی که در بخش مراقبتهای تسکینی بیمارستان یا هاسپیس های مستقل پذیرش شده اند ارائه می دهد. معمولاً برای واحدهای بستری واحد هزینه به ازای هر بیمار در هر روز^۱ به سایر واحد ها ترجیح داده می شود.

همانطور که قبلاً اشاره شد در این مطالعه، هزینه یابی هم بر اساس نهاده های مورد استفاده و برای تولید و ارائه خدمات تسکینی انجام شده است هم به طریقی می توان گفت که رابطه هزینه با فرایند نیز در تقسیم بندی در نظر گرفته شده است. ساختار هزینه ای در واحدهای بستری به صورت زیر است:

1 . per patient per day of admission

- هزینه های پرسنلی
- هزینه های مستقیم (به غیر از پرسنل)
- هزینه های غیر مستقیم
- هزینه های سرمایه ای برای شروع ارائه مراقبت

کل هزینه به ازای هر بیمار در هر روز در واحد بستری خدمات تسکینی ۳۲۵ RON محاسبه شده که نسبت هر یک از آنها در نمودار زیر بیان شده است.



هزینه های پرسنلی:

- پزشک (به ازای هر ۱۰ تخت ۱,۵ نفر تمام وقت)
- پرستار و بهیار (۱۴ الی ۱۸ نفر تمام وقت به ازای هر ۱۰ تخت، یک پرستار به ازای ۳-۵ تخت و یک بهیار به ازای هر ۵-۷ تخت در هر شیفت)
- روانپزشک (۰,۵ نفر تمام وقت به ازای هر ۱۰ تخت)
- سایر پرسنل تخصصی (۴ نفر تمام وقت، پرسنل پاره وقت شامل مددکار اجتماعی، درمانگر، روحانی، داروشناس، کمک داروساز و غیره).

- پرسنل کمکی (یک نفر تمام وقت به عنوان منشی بخش)

برای محاسبه هزینه های پرسنل بالینی (پزشک، روانپزشک و درمانگر) از متوسط زمانی که در کنار بیمار هستند و کار بیماران را انجام می دهند استفاده شد در حالی که برای پرستار و بهیار هزینه ۳ شیفت کاری تمام وقت در نظر گرفته شد و حقوق و کل پرداختی به صورت ماهانه محاسبه شد.

در مجموع هزینه های پرسنلی ۶۵٪ از کل هزینه های ارائه خدمات تسکینی در واحدهای بستری را به خود اختصاص می دهد. هزینه های مستقیم و هزینه های غیر مستقیم به ترتیب ۱۴ و ۲۱ درصد از هزینه ها را شامل می شود.

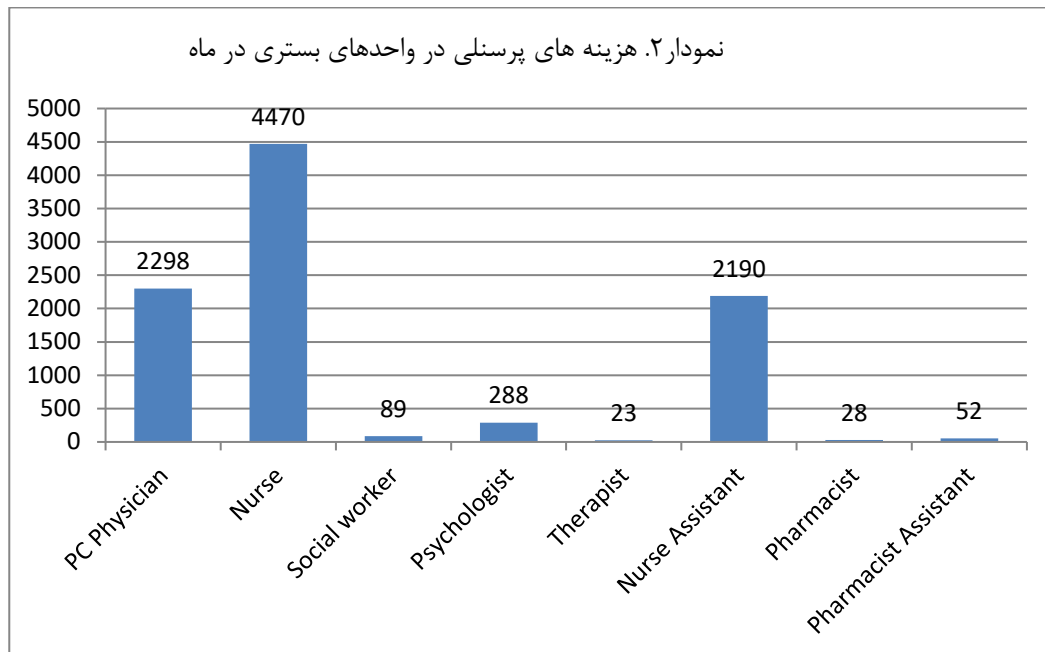
هزینه های پرسنلی به دلیل حجم بالای آنها از هزینه های مستقیم تفکیک شده اند و سایر هزینه های مستقیم عبارتند از: هزینه های تخت روز (هتلینگ)، هزینه دارو، لوازم و هزینه های تحقیق و بررسی که به ترتیب ۵٪، ۵٪، ۳٪ و ۱٪ از مجموع ۱۴ درصد هزینه های مستقیم را به خود اختصاص داده اند (نمودار ۱).

هزینه های غیر مستقیم:

بیشتر هزینه های غیرمستقیم بر اساس عوامل تخصیصی بین خدمات مختلف توزیع می شود. عوامل تخصیص هزینه ها شامل موارد زیر است:

- سطح مورد استفاده (مثل هزینه های عمومی، مالیاتها، بیمه ساختمان، هزینه های نگهداری و غیره)
- پرسنل (آموزش ضمن خدمت، هزینه ها پزشکی پرسنل، هزینه بیمه خطای پزشکی، هزینه های اداری و غیره).
- تعداد بیماران (مواد و تجهیزات لازم برای بیماران جهت اطلاع رسانی، ارتباط و غیره)

اگر واحدهای بستری برای مراقبتهای تسکینی بزرگتر باشند به طوریکه خدمات متنوع و متعددی را به بیماران ارائه دهند هزینه های غیرمستقیم دیگری مثل لندری، دفع زباله، جابجای کارکنان و همچنین بیماران، هزینه های نگهداری ماشین الات و غیره اهمیت پیدا می کنند.



هزینه های راه اندازی

هزینه اولیه برای راه اندازی یک واحد بستری ۲۰ تختخوابی با زیربنای حدود ۱۷۰۰ متر مربع با دو استراتژی زیر قابل محاسبه است.

- بازسازی یک واحد موجود
- ساخت یک واحد جدید

برای ساخت یک واحد جدید نیاز به زمین در حدود ۱۰۰۰ مترمربع در داخل شهر نیاز است که با توجه به شهر و منطقه احداث، قیمت آن متفاوت خواهد بود.

در هر دو روش هزینه مبلمان و تجهیزات تقریباً برابر خواهد بود. هزینه های آموزش کارکنان در هر دو روش وجود دارد و باید مورد محاسبه قرار گیرد.

مراقبتهای تسکینی در منزل (Home Based Palliative Care):

این نوع مراقبت شامل ویزیت بیماران در محلی است که بیماران در آنجا مقیم هستند. مراقبتهای توسط کارکنان حرفه ای و متخصص (پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی، روانپزشک، درمانگر، روحانی) ارائه می شود. در اینگونه مراقبتهای معمولاً واحد هزینه بر مبنای هر بیمار در ماه^۱ تعریف می شود. این خدمات شامل:

- مشاهدات و معاینات بالینی، کنترل علائم
- حمایت‌های روانی و اجتماعی، آموزش خانواده و بیمار و مشاوره با آنها
- هماهنگ ساختن مراقبتهای در بین تیم
- مشاوره و هماهنگ سازی با پزشک عمومی (پزشک خانواده) و هماهنگ سازی برای سایر خدمات (بیمارستان یا خدمات سرپایی) که بیمار می تواند دریافت کند.

تشریح هزینه های خدمات تسکینی در منزل

خدمات تسکینی در منزل می تواند خدمات عمومی تسکینی باشد که در آن صورت پزشک خانواده مسئولیت آن را به عهده می گیرد یا خدمات تخصصی تسکینی باشد که هزینه های آن در زیر تشریح می شود.

هزینه واحد خدمات تسکینی در منزل معمولاً بر اساس هر ویزیت یا مورد خدمت محاسبه می شود. هزینه محاسبه شده در رومانی برای این خدمات ۱۰۳ RON است. هر اپیزود مراقبت شامل میانگین ۴۵ ویزیت برای هر بیمار می باشد. هزینه ماهانه هر بیمار برای محاسبه شده است و برای مقایسه با هزینه سایر خدمات تسکینی مورد استفاده قرار می گیرد. هزینه های ارائه خدمات تسکینی در منزل به تفکیک هر ویزیت، ماه و هر اپیزود در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۷. هزینه ارائه خدمات تسکینی در منزل به تفکیک ویزیت، ماه و اپیزود

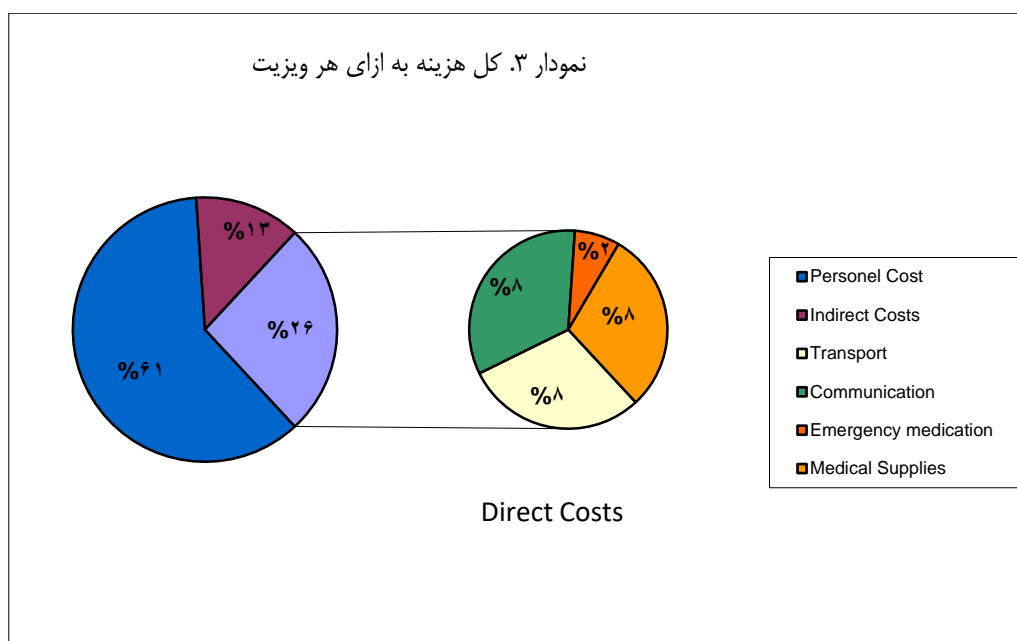
	Cost / visit	Cost /month	Cost / episode of care (45 visits)
Personnel costs	62,72	1505,26	2822,35
Direct costs	26,43	618,72	1189,35
Indirect costs	13,37	318,60	601,76
TOTAL COST / patient	102,52	2442,57	4613,46

1 . per patient per month

ساختار هزینه در مراقبتهای تسکینی در منزل:

ساختار هزینه در این شکل از ارائه خدمات تسکینی نیز جهت ایجاد قابلیت مقایسه با سایر اشکال ارائه خدمت مثل ساختار هزینه ای مراقبتهای تسکینی در واحدهای بستری محاسبه و بیان شده است. موارد هزینه عبارتند از:

- هزینه های پرسنلی
- هزینه های مستقیم (غیر از پرسنل)
- هزینه های غیر مستقیم
- هزینه های تاسیس واحد ارائه خدمات (سرمایه ای)

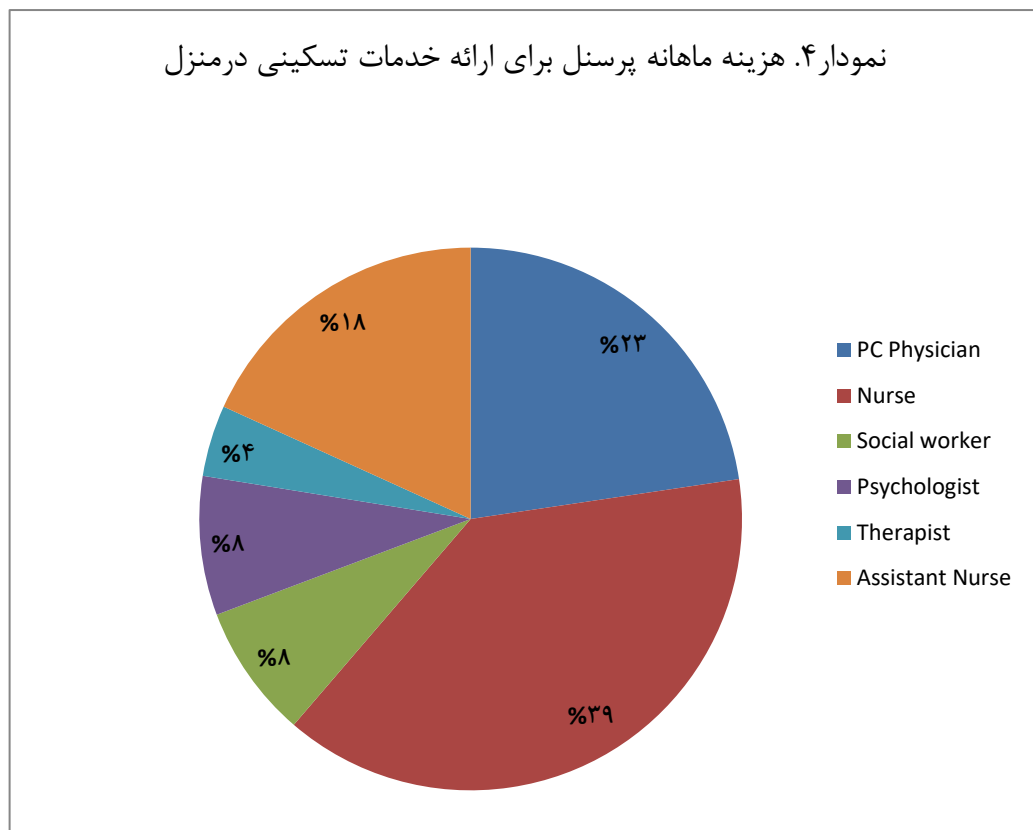


هزینه های پرسنلی:

برای برآورد هزینه های مراقبتهای تسکینی در منزل نیازمند استاندارد سازی تعداد ویزیت های انجام شده بوسیله هر یک از متخصصین و پرسنل بهداشتی و درمانی هستیم. بنابراین با استفاده از استانداردهای ملی مراقبتهای تسکینی بار کاری هر یک از پرسنل را برآورد کردیم:

- پزشک: ۲۰ الی ۳۰ بیمار، میانگین ویزیت هر بیمار ۹۰ دقیقه (شامل جابجایی، مستندسازی اقدامات و ویزیت)، ۵ ویزیت در هر روز به علاوه انجام پیگیریهای لازم از طریق تلفن.

- پرستار: ۱۰ الی ۱۵ بیمار، میانگین زمان لازم برای هر ویزیت ۹۰ دقیقه (شامل جابجایی، مستندسازی اقدامات و ویزیت)، ۵ ویزیت در هر روز به علاوه انجام پیگیریهای لازم از طریق تلفن.
- مددکار اجتماعی: ۵۰ الی ۶۰ بیمار، میانگین زمان لازم برای هر ویزیت ۴۵ دقیقه به علاوه انجام تماس های تلفنی و سایر مداخلات، ارتباط با برنامه ریزان و تصمیم گیران و سایر سازمانهای برای دریافت کمکها و مزایای قانونی برای بیماران.
- روانپزشک: ۵۰ الی ۶۰ بیمار، میانگین زمان لازم برای هر ویزیت ۹۰ دقیقه.
- روحانی یا فرد مذهبی: یک نفر برای کل تیم، داوطلب، میانگین زمان لازم برای هر ویزیت ۹۰ دقیقه.
- درمانگر: یک نفر به صورت پاره وقت برای ۶۰ بیمار، میانگین زمان لازم برای هر ویزیت ۹۰ دقیقه
- بهیار: برای هر ۸ بیمار، ۱۵۰ دقیقه برای هر ویزیت



بعد از تعیین تعداد پرسنل لازم و زمان در دسترس، میزان دریافتی هر یک از آنها با استفاده از سیستم حقوق و دستمزد رایج کشور به علاوه ۵٪ اضافه پرداخت برای روزهای تعطیل آخر هفته محاسبه شد.

نسبت هزینه پرسنل به تفکیک برای یک ماه در نمودار ۴ آورده شده است. همان طور که انتظار می رفت هزینه های پرسنلی بیشترین هزینه ها را در بین هزینه های پرسنلی دارد و سپس پزشک و بعد از آن هم بهیار بیشترین هزینه پرسنلی را به خود اختصاص داده اند.

هزینه های مسقیم:

هزینه های مستقیم شامل هزینه های جابه جایی، داروهای مورد استفاده در ویزیت های روزانه، لوازم پزشکی مورد نیاز برای مراقبت. هزینه داروهای تجویزی و پیدا کردن بیمارستان برای خدماتی که نیاز به ارجاع دارند و سیستم بیمه آنها را قبول می کند در این هزینه وارد نشده ولی در هزینه های ماهانه وارد شده است.

جدول ۸. تقسیم بندی هزینه های مستقیم (غیر از پرسنل یا به عبارت مستقیم غیر پزشکی)

	Average / visit	Total number of visits	Total / month	Fuel	Cost / unit	Cost / month	Cost / visit
Transport (km)	20	24	480	48	4,40	211	9
Communication (min)	13	22	286		0,60	172	8
Emergency medication	5	12	56			56	2
Medical supplies	7,5	24	180			180	8
Total direct Cost / patient / month						619	26

همانطور که در جدول دیده می شود هزینه مستقیم غیر پزشکی (با اجزایی که در بالا مشخص شد) در مراقبتهای منزل به ازای هر ویزیت ۲۶ RON محاسبه شده است. هزینه ماهانه آن حدود ۶۱۹ RON می باشد. عمده ترین جزء هزینه های مستقیم غیر پزشکی، هزینه جابجایی می باشد و کمترین آن هزینه داروهای اورژانسی است. هزینه های غیرمستقیم به صورت کلی و درصدی از کل هزینه ها تخمین زده شد. هزینه های تاسیس: شامل هزینه های اولیه برای خرید تجهیزات و مبلمان، بازسازی فضای لازم برای فعالیت بر اساس استاندارد مراقبتهای تسکینی در منزل و هزینه های اولیه آموزش کارکنان می باشد (۲۳).

تحلیل هزینه اثربخشی روشهای مختلف

مقدمه:

مطالعات انجام شده نشان می دهد که معمولا از یک روش برای ارائه خدمات تسکینی و حمایتی استفاده نمی شود. چرا که روشهای مختلف ارائه خدمات کاملا جایگزین هم نیستند. در بعضی از کشورها یک روش و در بعضی دیگر روشهای مختلف در کنار هم و به صورت ترکیبی با برای ارائه این خدمات استفاده می شود. در بعضی از کشورها که این مراقبتها به صورت سیستماتیک ارائه می شود ارائه خدمات مشاوره ای، عمومی و تخصصی و مراقبت در منزل مکمل هستند. با این حال مطالعاتی وجود که هزینه اثربخشی ارائه روشهای مختلف خدمات تسکینی و حمایتی را بررسی نموده و نتایجی را گزارش کرده اند. در ادامه به تعدادی از این مطالعات پرداخته می شود.

مطالعه تصادفی از تاثیر مراقبت در هاسپیس توسط Bernstein, Wales, Kane و همکاران (۱۹۸۴) انجام شده است. در این مطالعه بیماران به دو گروه شاهد مورد تقسیم شده بودند و گروه مداخله مراقبت در هاسپیس دریافت کردند در حالی که گروه شاهد مراقبتهای معمولی را دریافت می کردند. یافته های این مطالعه شامل رضایت بیشتر از مراقبت ها در گروه مداخله بدون صرفه جویی هزینه می باشد (۲۴).

مطالعه دیگری از تاثیر تیم مراقبت سلامت در منزل با سرپرستی پزشک توسط Cusker Zimmer و همکاران در سال ۱۹۸۵ موفق به یافتن هزینه های صرفه جویی شده برای مراقبت در منزل نشد اما صرفه جویی بارز هزینه ها در روزهای بستری در بیمارستان در گروه آزمایشی که در روزهای پایان زندگی خود بودند مشاهده شد. این یافته ها بر مبنای یک نمونه کوچک بود، اما یافته های ارزیابی ملی هاسپیس^۱ که هزینه اثربخش بودن مراقبت در منزل برای روزهای پایان زندگی را پیشنهاد می کند، تایید می کند.

سوزان^۲ و همکارانشان مراقبتهای مبتنی بر بیمارستان که در منازل ارائه می شود (HBHC) ^۳VA را با مراقبتهای معمولی در منزل با استفاده از روش تحلیل هزینه اثربخشی بررسی نموده اند. نتایج نشان داد که مراقبت مبتنی بر بیمارستان در منزل (HBHC) در ابعاد مختلفی متفاوت از خدمات مراقبت در منزل معمولی می باشد. مدل HBHC که مورد آزمایش قرار گرفته خیلی جامع تر بوده، شامل تیمی مرکب از رشته های مختلف برای مراقبت می باشد که متفاوت از خدمات پرستاری تخصصی مورد استفاده توسط بیماران گروه کنترل می باشد. اگرچه میانگین هزینه های خدمات مراقبت سلامت ۶۶۸ دلار بالاتر در گروه HBHC بود، اما صرفه جویی ۱۶۳۸ دلار در هزینه های بیمارستانی

۱. National Hospice Evaluation

۲. Susan

۳. hospital-based home care

۴. Veterans Affairs

آن را جبران می نمود. هزینه خالص مراقبت برای گروه HBHC در طی دوره ۶ ماهه مشاهده، ۱۸ درصد کمتر از گروه کنترل بود (۲۴).

مطالعه سیستماتیک هزینه اثربخشی ارائه خدمات تخصصی

Zimmermann و همکارانشان مطالعه مرور سیستماتیک برای بررسی هزینه اثربخشی ارائه خدمات تخصصی انجام داده اند. نتایج بررسی ها نشان داد که هزینه های اقتصادی تنها در ۷ مطالعه اندازه گیری شده، در حالی که در ۱۶ مطالعه دیگر میزان استفاده از خدمات مراقبت سلامت را ارزیابی شده است (جدول ۹). برای سنجش میزان استفاده (یا عدم استفاده) از خدمات مراقبت سلامت از متغیرهای تعداد ویزیت های اورژانسی، تعداد و یا مدت اقامت در بیمارستان، استفاده از منابع بیمارستانی، برنامه ریزی مراقبت پیشرفته، ارجاع به هاسپیس، مرگ در منزل و زمان سپری شده در منزل شده است. همه مطالعات به جز یک مطالعه مستقیماً بر مبنای اندازه گیری هزینه مراقبت در ایالات متحده پایه ریزی شده اند. در یک مطالعه انجام شده در انگلستان تفاوت معناداری در کل هزینه های مراقبت برای پیگیری با سرپرستی پرستار در مقایسه با پیگیری توسط پزشکی برای بیماران با سرطان ریه یافت نشد (هزینه متوسط به ازای هر بیمار در ۱۲ ماه، ۶۹۶/۵۰ دلار در مقابل ۷۴۴/۵۰ دلار با $P=0.66$) (۲۵).

در مطالعه ای که برای بررسی مراقبتهای تکسینی در خانه در سازمانهای حفظ تندرستی (HMO) دو ایالت آمریکا صورت گرفته یافته های معناداری برای هزینه ها بدست آمده است. کل هزینه ها به طور معناداری برای بیماران مداخله شده نسبت به بیماران در گروه مراقبتی معمول پایین تر بود (میانگین هزینه به ازای هر روز ۹۵/۳۰ دلار در مقابل ۲۱۲/۸۰ دلار؛ $P=0.02$)، حتی این تفاوت بعد از تعدیل بر اساس میزان بقای هر گروه معنی دارد. دو مطالعه دیگر، یکی مطالعه مبتنی بر بیمارستان در منزل HBHC و دیگری ارائه مراقبت توسط تیم مراقبت سلامت در منزل به این نتیجه رسیدند که هزینه های بیمارستانی در گروه کنترل بالاتر و هزینه های مراقبت در منزل در گروه مداخله شده بیشتر می باشد.

در هر دو این مطالعات، همانند مطالعه اخیر که در حال بررسی نتایج اقتصادی برای بیماران در ۳ مرکز پزشکی VA بود، هزینه های کلی به ازای هر نفر در گروه مداخله پایین تر بود، اما تفاوت معناداری بین آنها مشاهده نشد. هر چند این مطالعه هزینه های مراقبت در منزل را وارد نمی کند، میانگین هزینه ها برای گروه مداخله شده حداقل به اندازه هزینه های گروه کنترل بود.

جدول ۹. مطالعات انجام شده در خصوص اثربخشی خدمات تخصصی تسکینی

Table 1. Characteristics of Selected Trials Assessing the Effectiveness of Specialized Palliative Care Services

Study ^a	Population	Prognosis	No. of Patients		End Points	P Value
			Intervention	Control		
United States						
McMillan et al, ^{26,52} 2007	Hospice: advanced cancer		111 Caregiver coping; 109 Nursing visits	109 Usual hospice homecare	Caregiver QOL ^b Symptom distress Pain, dyspnea, constipation, and patient QOL	.03 at 30 d .009 (caregiver coping) All NS
Brumley et al, ²⁹ 2007	2 HMOs: CHF, COPD, or cancer	≤1 y	155 Interdisciplinary home care	115 Usual Medicare care	Patient satisfaction ^b Medical cost ^b Death at home	<.05 at 30 and 90 d; <.02 <.001
Rummans et al, ^{30,53} 2006	Radiation therapy: advanced cancer		49 Multidisciplinary	54 Usual radiation oncologist care	Patient QOL ^b Caregiver QOL Symptoms, mood, spiritual well-being	.047 at 4 wk <.05 for 4 of 12 assessments All NS
Engelhardt et al, ³¹ 2006	3 VA hospitals, 2 HMO: advanced CHF, COPD, or cancer		133 Coordinated care	142 Usual care	Patient satisfaction Advance directive Treatment planning attitude and cost	<.03 .006 (completed ≥1) Both NS
Aiken et al, ³² 2006	HMO: CHF and COPD	≥2 y	110 Home palliative care team	91 Usual care	Self-management, resource knowledge, end of life preparation, functioning Service use	<.05 for some items or time points NS
Miller et al, ³³ 2005	Internal medicine Oncology outpatients	>6 mo	37 Group education/support	32 Mailed self-help materials	Depression, anxiety, spiritual well-being, and death-related distress	All NS
Casarett et al, ³⁴ 2005	3 Nursing homes		107 Interviewed and faxed hospice authorization request	98 Interviewed and hospice description	Hospice referral ^b Caregiver quality of care ^b Acute care admissions and days in acute care	<.001 .04 (n = 17) ≤.04
Rabow et al, ³⁵ 2004	Outpatient: Cancer, COPD, or CHF	1-5 y	50 Palliative care team	40 Usual care	Patient pain, dyspnea, sleep, depression, anxiety, QOL, spiritual well-being, satisfaction, and advance care planning, and satisfaction	.01 Dyspnea .05 Anxiety .007 Spiritual well-being NS all the rest
Hughes et al, ³⁹ 2000	16 VA Hospital: Terminal, severe disability, or homebound CHF or COPD		981 home-based primary care team	985 Usual care, Medicare homecare, and hospice	Patient and caregiver QOL Patient satisfaction Cost	.05 for 6 of 8 SF-36 subscales (terminal patients and caregivers) Patients: NS, Caregiver: <.005, 5 of 6 subscales (terminal subgroup) .005 Higher for intervention at 12 mo
Ahronheim et al, ⁴⁰ 2000	Teaching hospital: dementia	<6 mo	48 Palliative care physician/ nurse	51 Usual care	Admissions, length of stay, procedures, interventions, and care plans	.03 Intravenous hydration .008 for palliative care plan NS for the rest
Toseland et al, ⁴² 1995	Cancer center: ECOG 0 or 4 excluded		38 Caregiver counseling	40 Usual care	Patient and caregiver depression, caregiver anxiety and QOL	All NS
SUPPORT, ^{43,54,55} 1995	5 Teaching hospitals: life-threatening diagnoses		2652 Nurse led	2152 Usual hospital care	Caregiver satisfaction Timing of DNR order, patient-physician CPR choice, days in aggressive treatment, pain, and hospital resource use ^b	.04 (for discharged patients who died) All NS

Study ^a	Population	Prognosis	No. of Patients		End Points	P Value
			Intervention	Control		
United States						
Hughes et al, ^{45,56} 1992	VA hospital: 89% cancer	<6 mo	86 VA hospital-based home care	85 Usual Medicare home or hospice care	Patient and caregiver satisfaction Cost ^b Health service use, cognitive functioning, morale	≤.02 Patients and caregivers at 1 mo, NS patients and caregivers at 6 mo NS for the rest
McCorkle et al, ⁴⁷ 1989 ^c	20 Health Care Centers: 166 >stage 2 lung cancer, homebound		Oncology home care; Standard home care	Office care	Pain, symptom distress, mood, and health services use	.03 Symptom distress, NS for the rest
Zimmer et al, ⁴⁸ 1984	Urban community: Seriously ill homebound		82 Home care team	76 Usual care	Health service use Satisfaction Health and morale	Less out-of-home services but more ED use (<i>P</i> not reported) < .001 caregiver, NS patients at 3 and 6 mo NS
Kane et al, ^{49,57,58} 1984	VA hospital inpatients	2 wk-6 mo	137 Hospice homecare team and inpatient unit	110 Usual care	Pain, symptoms, activity, anxiety, depression, hospital d, cost Patient and caregiver satisfaction	All NS < .02 for >3 interviews < .05 for >4-7 interviews
United Kingdom						
Moore et al, ³⁶ 2002	Lung cancer outpatients	>3 mo	100 Nurse-led follow up	103 Usual medical outpatient care	Patient QOL at 3 mo, ^b Patient satisfaction ^b Health services use, death at home Overall cost	.03 Dyspnea at 3 mo; NS other QOL subscales < .01 at 3 mo <.05 Medical consultations, radiographs, death at home NS
Hanks et al, ³⁷ 2002	Teaching hospital: inpatients, 90% cancer	>24 h	175 Palliative care physician and nurse	86 Telephone consultation	Symptom control, QOL, length of stay, readmission ^b Patient and caregiver satisfaction, and hospital resource use	All NS
Grande et al, ^{41,59} 1999	Urban: cancer, motor neuron disease, or AIDS	<2 wk	186 Hospital at home	43 Standard hospital, hospice, or home care	Place of death ^b Support, symptoms, time at home, physician home visits	All NS
Addington-Hall et al, ⁴⁶ 1992	Urban: cancer	<1 y	153 Nurse coordinators	128 Usual care	Symptoms, satisfaction, distress, social support, patient QOL	All NS
Norway						
Jordhøy et al, ^{38,60,61} 2001	8 Health care districts: cancer	2-9 mo	235 Multidisciplinary palliative care team	199 Usual care by home care team	Death at home ^b Patient QOL ^b Caregiver satisfaction	.02 NS at 4 mo < .01
Canada						
McWhinney et al, ⁴⁴ 1994 ^c	Urban: 146 Meta-static cancer patients	>2 mo	Palliative care team	4-wk waiting list	Pain and nausea ^b Patient QOL, caregiver health	All NS, 1 mo

Abbreviations: CHF, congestive heart failure; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; CPR, cardio-pulmonary resuscitation; DNR, do not resuscitate; ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group; Ed, emergency department, EORTC, European Organisation for Research and Treatment of Cancer; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; HMO, health maintenance organization; NCI, National Cancer Institute; NS, not statistically significant; QOL, quality of life; VA, Veterans Affairs.

^aThe year represents the article from which the majority of data were abstracted.

^bRepresents the stated primary outcome; otherwise, none were explicitly stated in the article.

^cThe number of patients in each group was not reported.

مطالعه دیگری هزینه اثر بخشی ارائه مراقبت‌های اولیه در منزل با مدیریت تیمی VA را در برابر مراقبت‌های معمولی گروه VA بررسی کرده است، یافته‌ها نشان داد که هزینه‌های کلی در گروه مداخله شده ۱۲/۱ درصد بالاتر از گروه مراقبت VA معمولی در دوره ۱۲ ماهه بود (میانگین ۳۱۴۰۱ دلار در مقابل ۲۸۰۰۸ دلار؛ $P=0.005$). فقط یکی از مطالعات که استفاده از خدمات مراقبت سلامت را ارزیابی کرده بود تفاوت معناداری به نفع گروه مداخله پیدا کرده بود.

مطالعه دیگری طول اقامت کمتر در مرکز مراقبت حاد برای گروه مداخله را گزارش کردند (میانگین روزهای بستری ۹/۹۴ روز در مقابل ۱۵/۸۶ روز؛ $P=0.03$). از ۹ مطالعه دیگر که تعداد پذیرش‌های بیمارستانی را اندازه‌گیری می‌کردند، تنها یک مطالعه نتایج معناداری به نفع گروه مداخله‌ای داشت (۳۶ درصد در مقابل ۵۹ درصد بیماران بستری شدند؛ $P=0.001$).

در یک مطالعه تعداد ویزیت‌های اورژانسی کمتر در گروه مداخله‌ای را گزارش کرده بود (با تفاوت ۳۵ درصد، $P=0.02$). دو مطالعه دیگر تفاوت معناداری بین گروه‌های تصادفی انتخاب شده پیدا نکردند. ۵ مطالعه مرگ در منزل را بررسی کردند که برای ۲ مورد از این ۵ مطالعه، فوت به عنوان پیامد اولیه بوده است. ولی ۳ مطالعه گزارش کردند که بیماران بیشتری در گروه مداخله‌ای نسبت به بیماران در گروه کنترل در منزل فوت می‌کنند (ایالات متحده ۷۱ درصد در مقابل ۵۱ درصد؛ $P=0.001$ UK؛ ۴۰ درصد در مقابل ۲۳ درصد؛ $P=0.04$ ؛ نروژ ۲۵ درصد در مقابل ۱۵ درصد؛ $P=0.05$). در نروژ مطالعه مدت اقامت در منزل بررسی شده است که افزایش معناداری نداشته است.

در مطالعه استرالیا از مراقبت‌های هاسپیس VA نیز تفاوت معناداری در مرگ در منزل بین گروه‌های مداخله‌ای (۳درصد) و کنترل (۷ درصد) پیدا نشد. در مطالعه‌ای در UK برای ارزیابی اثربخشی بستری در منزل، ۵۸ درصد بیماران گروه کنترل در مقابل ۶۷ درصد بیماران در گروه مداخله‌ای در منزل فوت کردند. این تفاوت معنادار نبود (۲۵).

در مطالعه‌ای که توسط موریسون^۱ و همکارانشان با هدف ارزیابی هزینه‌های صرفه‌جویی شده ناشی از اجرای برنامه‌های مشاوره‌ای خدمات تسکینی در بیمارستان‌های آمریکا صورت‌گرفت نشان داد که بیماران با مراقبت تسکینی که هنگام ترخیص در قید حیات بودند، صرفه‌جویی خالص ۱۶۹۶ دلار در هزینه‌های مستقیم به ازای هر پذیرش ($P=0.004$) و ۲۷۹ دلار در هزینه‌های مستقیم به ازای هر روز ($P=0.001$) وجود داشت این کاهش به علت کاهش معنی‌دار در هزینه‌های بخش مراقبت ویژه و هزینه‌های آزمایشگاهی در مقایسه با بیماران با مراقبت معمولی بود (۲۶).

گروه بیماران مداخله (دریافت کننده مراقبت تسکینی) که فوت کردند، صرفه جویی خالص ۴۹۰۸ دلار در هزینه های مستقیم به ازای هر پذیرش ($P=0.003$) و ۳۷۴ دلار در هزینه های مستقیم به ازای هر روز ($P=0.001$) داشتند که این کاهش معنادار به علت کاهش در هزینه های داروخانه، آزمایشگاه، بخش مراقبت ویژه در مقایسه با گروه بیماران کنترل (دریافت کننده مراقبت معمولی) داشتند.

این مطالعه نشان داد که مراقبت های تسکینی مشاوره ای منجر به کاهش هزینه های مستقیم بیمارستانی تقریباً ۱۷۰۰ دلار به ازای هر پذیرش (۱۷۴ دلار به ازای هر روز) برای ترخیص زنده و تقریباً ۵۰۰۰ دلار به ازای هر پذیرش (۳۷۴ دلار به ازای هر روز) در بیماران فوت شده شد. به طور میانگین در بیمارستان ۴۰۰ تخته که شامل تیم مراقبت تسکینی متشکل از رشته های مختلف می باشد، ۵۰۰ بیمار در سال (۳۰۰ بیمار با ترخیص زنده و ۲۰۰ بیمار با مرگ در بیمارستان) بررسی می شوند که این روش منجر به صرفه جویی خالص ۱/۳ میلیون دلار به ازای هر سال می شود. مشاوره تسکینی علاوه بر بهبود در نتایج مراقبت کلینیکی و رضایتمندی بیمار، خانواده و پزشک، باعث کاهش بارز در هزینه های بیمارستانی می شود. رشد تعداد بزرگسالان در قید حیات با بیماری های مزمن پیچیده و پیشرفته، نامناسب بودن کیفیت مراقبت، و افزایش در هزینه ها، بر نیاز به مدل های کارآمد مانند تیم های مشاوره مراقبت تسکینی که خدمات با کیفیت خوب به جمعیت بیماری های پیچیده ارائه می کنند، تاکید می کند (۲۶).

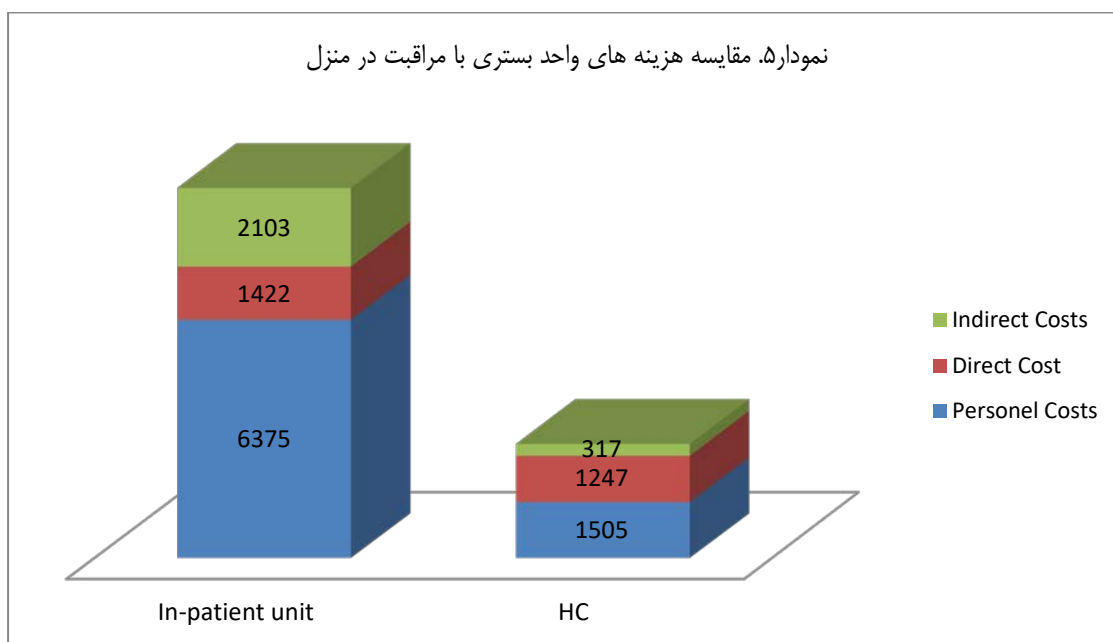
مقایسه تطبیقی بین مراقبتهای تسکینی در واحدهای بستری و مراقبت در خانه

از دیدگاه اقتصادی مراقبتهای تسکینی در منزل منابع انسانی و مالی کمتری را نسبت به واحدهای بستری مصرف می کند در حالی که این مراقبتهای را می توان به تعداد بیشتری از بیماران ارائه داد. در رومانی تنها به این دلیل که واحدهای بستری توسط دولت تامین مالی می شود گسترش یافته و توسعه مراقبت در منزل کاهش یافته است (۲۳).

به منظور تشریح بیشتر مزایای اقتصادی مراقبتهای تسکینی در منزل، دو خدمت از هر کدام را به صورت تطبیقی مورد مقایسه قرار می دهیم: هزینه ماهانه هر بیمار و هزینه تاسیس (اجرای اولیه) مرکز ارائه خدمات.

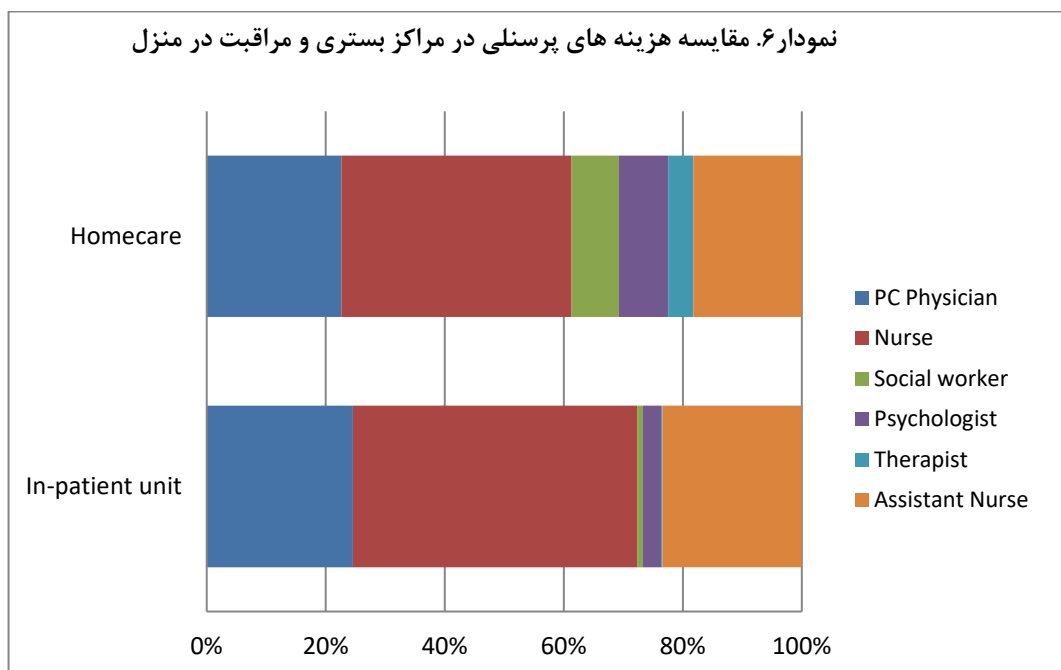
در مقایسه هزینه های تاسیس فقط هزینه های سرمایه ای برای بازسازی و تجهیز (ماشین الات در مراقبت در منزل) در نظر گرفته شده و هزینه های لندری و ایجاد یک مرکز جدید در نظر گرفته نشده است.

هزینه یک بیماری که مراقبت در منزل و در مرکز بستری را دریافت می کند به ترتیب برابر است با RON ۳۰۶۹ و RON ۹۹۰۰. این یعنی مراقبت در واحدهای بستری هزینه ای ۳،۲۴ برابر بیشتر از هزینه های مراقبت در منزل می باشد.



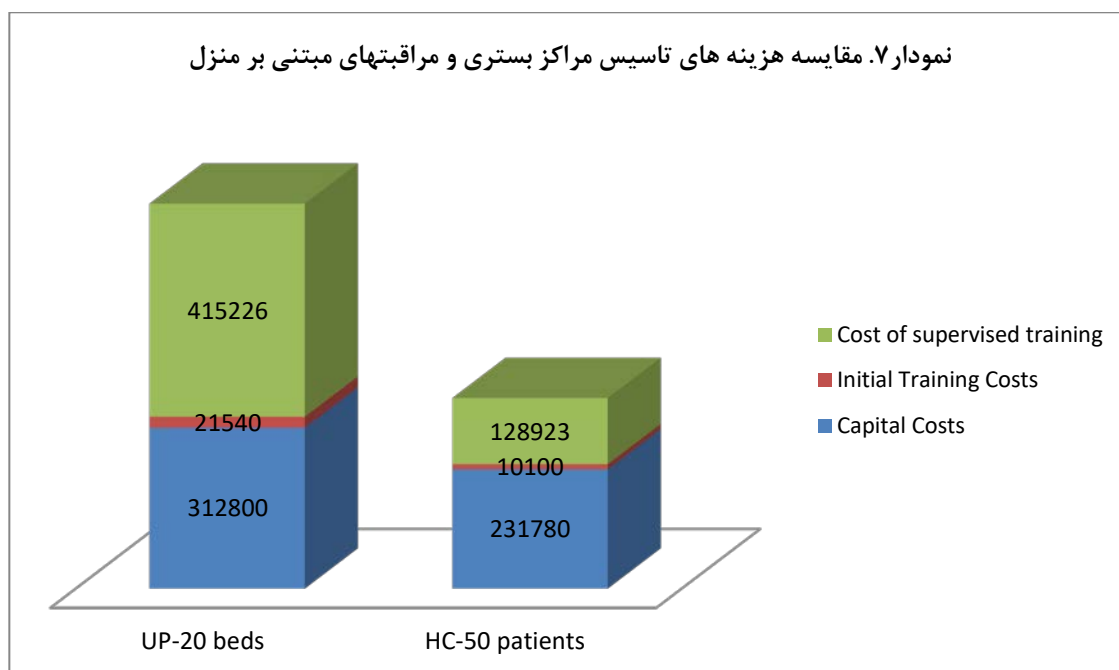
هزینه های پرسنلی در هر دو مورد بیشترین هزینه ها را به خود اختصاص داده است با این تفاوت که حجم هزینه های پرسنلی در مراقبتهای بستری خیلی بیشتر از مراقبت در منزل می باشد.

ساختار هزینه پرسنلی نشان می دهد که اصلی ترین هزینه در بخش بستری حقوق پرستاران و در منزل حقوق و دستمزد پزشک و پرستار است.



نکته قابل توجه در ساختار هزینه های پرسنلی آن است که هزینه پزشک در هر دو روش ارائه خدمات تقریباً یکسان است.

همانطور که انتظار می رود هزینه های تاسیس و اولیه برای ارائه خدمات در بخش های بستری بالاتر است و حتی اگر فقط هزینه بازسازی را وارد کنیم باز به دلیل هزینه های آموزشی کارکنان، بخش های بستری هزینه بالایی دارد (۲۳).



تامین مالی مراقبتهای تسکینی

مقدمه

تامین مالی یکی از مهمترین و پرچالش ترین مباحث اقتصاد سلامت می باشد. تامین مالی یعنی اینکه چگونه پول برای انجام خدمات بهداشتی درمانی جمع آوری و توزیع می شود. تامین مالی تاثیر بسیار زیادی بر عملکرد نظام سلامت دارد. منابع مالی شاهرگ حیاتی سازمانها می باشد و سیستم تامین مالی تعیین می کند منابع مالی چگونه جمع آوری شود، چقدر جمع آوری شود و چگونه خرج گردد، از چه منابعی تامین گردد. سنگ بنای نظام های تامین مالی در جهان هنگامی گذاشته شده هزینه های سلامت به شدت افزایش یافت و نگرانی هایی در خصوص امکان عدم دسترسی فقرا به مراقبتهای سلامت به دلیل عدم توانایی پرداخت هزینه خدمات ایجاد شد. این نگرانی جوامع را وادار ساخت تا بدنبال راهکارهایی باشند که عدم توانایی پرداخت مانع دسترسی به خدمات سلامت نشود و فقرا نیز مانند ثروتمند به راحتی به خدمات سلامت دسترسی پیدا کنند (۲۷).

بر مبنای تعریف WHO هدف تامین مالی بخش سلامت آن است که منابع کافی را برای تحریک و انگیزش ارائه کنندگان خدمات مراقبتهای سلامت فراهم نماید و وجوه لازم را در دسترس نظام سلامت قرار دهد به طوری که دسترسی افراد به مراقبتهای سلامت و خدمات پزشکی تضمین شود (۲۷).
تامین مالی سه کارکرد اصلی دارد که موفقیت فرایند آن بستگی کامل به این سه کارکرد دارد (۲۸):

۱. جمع آوری منابع

۲. انباشت منابع

۳. خرید خدمات و مداخلات

— **جمع آوری منابع** فرایندی است که از طریق آن نظام سلامت از مجاری و مبنای مختلف از جمله خانوارها، سازمانها، شرکتهای بیمه، اهداکنندگان و غیره منابع مالی مورد نیاز را دریافت می کند.

— **انباشت و مدیریت منابع:** یعنی اینکه ریسک پرداخت هزینه های خدمات مراقبت تسکینی برای تمامی افراد تجمیع شود. در این فرآیند هدف این است که افراد بر مبنای نیاز به خدمات مراقبت تسکینی و صرف نظر از توان پرداختشان به خدمات دسترسی داشته باشند. علاوه بر این چگونگی مدیریت منابع و استفاده از آن نیز در این بخش بحث می شود.

- **خرید خدمت:** خرید فرایندی است که بوسیله آن وجوه انباشته شده به ارایه کنندگان خدمات پرداخت می شود تا در ازای آن خدمات را برای مشتریان ارائه دهند. به عبارت دیگر خرید فرایندی است که ضمن آن منابع جمع آوری شده به منظور ارائه یک مجموعه از خدمات و مداخلات مشخص و نامشخص سلامتی به فراهم کننده پرداخت می شود.
- بحث در مورد تامین مالی و روشهای آن در متون به وفور یافت می شود. اینکه در یک کشوری از چه روشی برای تامین مالی استفاده شود بستگی به متغیرهای زیادی دارد که در این گزارش بحث نمی شود. اما چیزی که واضح است این است که معمولا در کشورها از یک روش برای تامین مالی استفاده نمی شود و ترکیبی از روشهای مختلف مورد استفاده قرار می گیرد. روشهای مثل تامین مالی از طریق مالیات ها منابع عمومی، منابع خیریه ای، منابع مردمی (پرداخت مستقیم از جیب) و منابع بیمه ای از مهمترین این روشها هستند که به صورت ترکیبی در کشور ما نیز مورد استفاده قرار می گیرد.
- اما اینکه یک نوع مراقبت یا یک برنامه و اقدام چگونه تامین مالی شود. بستگی زیادی به نوع تامین مالی در نظام سلامتی که این برنامه در آن اجرا می شود دارد. هرچند تامین مالی بعضی از طرح ها و برنامه ها متفاوت از تامین مالی کل نظام سلامت می باشد اما گستره و میزان پوشش طرح، میزان هزینه بری آن، میزان جمعیتی که آن طرح آنها را پوشش می دهد، منابع در دسترس، نوع خدمت، رایزنی های سیاسی و اجتماعی و سایر متغیرهای موثر در انتخاب روشهای تامین مالی در روش تامین مالی یک برنامه تاثیر خواهد گذاشت. یکی از مهمترین موارد برای ارائه پیشنهاد طرح تامین مالی برنامه ها استفاده از متون و مستندات و روشهای مورد استفاده در سایر کشورهاست. در ادامه به روشهای تامین مالی مراقبتهای تسکینی و حمایتی در کشورهای مختلف پرداخته می شود تا از تجارب آنها در انتخاب روش تامین مالی این مراقبتهای استفاده شود.

روشهای تامین مالی

روشهای مختلفی برای تامین مالی مراقبتهای تسکینی و حمایتی وجود دارد. استفاده از هر یک از این روشها به عوامل مختلفی بستگی دارد. این روشها شامل تامین مالی از طریق مالیات، تامین مالی اجباری عمومی، خیریه ها و سازمانهای غیردولتی، پرداختهای مصرف کنندگان و روشهای ترکیبی که ترکیبی از روشهای گفته شده است (۳۲).

به طور کلی در حال حاضر منابع بخش خصوصی و داوطلبانه نقش اساسی در تامین مالی هزینه های سلامت بازی می کند. انگلستان، رومانی و آلمان مثالهای بارزی در این زمینه هستند. در حالیکه در کشورهای دیگر مثل اسپانیا، فرانسه و سوئد در تامین مالی تاکید بیشتر بر منابع عمومی است. در بعضی کشورها مراقبتهای تسکینی به طور کامل در نظام سلامت ادغام شده است و به صورت عادی از منابع عمومی تامین می شود اما تجارب در این زمینه متفاوت است. در بعضی موارد مثل لیتوانی این منابع کافی نیست (۳۲).

منابع عمومی و منابع اجباری عمومی (Public and publicly mandated finance):

تامین مالی از طریق مالیات: تامین مالی عمومی خدمات اجتماعی و سلامت در اروپا ترکیبی است از مالیات های مرکزی، مالیاتهای ایالتی یا منطقه ای و مالیاتهای محلی. این تصویر برای خیلی از دولتهای محلی پیچیده است که تامین مالی از طریق ترکیبی از منابع مالیاتی ملی و محلی صورت گیرد. در کشورهای اروپا لایه های مختلفی از دولت وجود دارد که تنوع آنها طبقه بندی را مشکل کرده است. سؤال اساسی که اینجا وجود دارد این است که چطور تامین عمومی توسط دولت در سطح ملی و لایه های پایین صورت می گیرد. برای پاسخ به این سؤال تامین مالی عمومی باید به سطوح ملی (یا ایالتی) یا در سطوح کوچکتر مثل لندر در آلمان، استان در اسپانیا و شهرستان در سوئد تقسیم شود (۳۲).

تامین مالی اجباری عمومی (Publicly mandated finance):

در بعضی از کشورهای اتحادیه اروپا سیستم تامین مالی اجباری عمومی وجود دارد که توسط سازمانهای بیمه اجتماعی سلامت یا صندوقهای بیماری اداره می شود. اینگونه تامین مالی در بسیاری از کشورها همه جمعیت را پوشش می دهد. ویژگی اصلی این نوع تامین مالی اجبار (عضویت اجباری) و انسجام (مثلا دسترسی به خدمات براساس نیاز و مشارکت در هزینه بر اساس درآمد است) است. در حالی که تفاوتهای فاحشی بین تامین مالی از طریق مالیات و تامین مالی اجباری عمومی وجود دارد اما هدف هر دوی آنها بر طرف کردن موانع مالی برای دسترسی به خدمات می باشد.

تامین مالی داوطلبانه و خیریه و سازمانهای غیردولتی (Voluntary and charitable finance,) (and non-governmental organisations):

سازمانهای داوطلبانه و خیریه ها نقش کلیدی را در بسیاری از کشورها در توسعه و حمایت از خدمات تسکینی بازی می کنند. در بعضی از کشورها تامین کننده اصلی هزینه های سرمایه ای، ساخت و تجهیز تسهیلات برای ارائه خدمات تسکینی توسط آنها صورت می گیرد. در بعضی دیگر، این نوع تامین مالی هزینه های راه اندازی و جاری را نیز پوشش می دهد. گاهی اوقات تامین مالی دولتی از طریق این سازمانها هدایت می شوند. سازمانهای داوطلبانه در بعضی موارد وابستگی مذهبی دارند و تامین مالی معمولاً به صورت ترکیبی از طریق موسسات خیریه، داراییهای فردی، اسپانسر سازمانهای تجاری و کمکهای محلی صورت می گیرد(۳۲).

پرداخت های مصرف کنندگان (User fees):

بعضی از ارائه کنندگان خدمات تسکینی از دریافت کنندگان خدمات هزینه ای را دریافت می کنند. این پرداخت ها ممکن است کل یا بخشی از هزینه خدمات باشد. پرداخت های مصرف کنندگان معمولاً همراه با سایر روشهای تامین مالی مورد استفاده قرار می گیرد. گاهی اوقات بعضی از افراد از پرداخت بخشی یا همه هزینه ها استثناء می شوند. در واقع پرداخت های مصرف کنندگان زمانی مورد استفاده قرار می گیرد که منابع جمع آوری شده از طریق سایر روشهای تامین مالی کافی نباشد(۳۲).

روشهای ترکیبی:

در عمل معمولاً برای تامین مالی مراقبتهای تسکینی ترکیبی از روشهای مختلف اشاره شده در بالا را مورد استفاده قرار می دهند. تشریح تامین مالی در کشورهای مختلف و همچنین الگوی تامین مالی در کشورهای اروپایی نشان می دهد که سیستم تامین مالی بر مبنای استفاده تعادلی و توازنی از منابع مختلف هدف گذاری شده است. همچنین داده های موجود در این زمینه نشان می دهد که چگونه این توازن در طول زمان تغییر کرده است.

تامین مالی مراقبتها و خدمات حمایتی و تسکینی در کشورهای مختلف

در خیلی از کشورها، هاسپیس و مراکز مراقبت تسکینی که بر مبنای موسسات خیریه شروع به کار کرده اند، بعدها به طور کامل یا تا حدی توسط برنامه تامین مالی دولت اداره می شوند. انجمن مراقبت هاسپیس **شیکاگو**، در سال ۱۹۸۹ به عنوان ارگان داوطلب شروع به کار کرد، ابتدا توسط کمک های بلاعوض خیریه تامین مالی می شد اما از سال ۱۹۹۶ بودجه خود را از دولت برای خدمات مراقبت در منزل دریافت می کند. به علاوه، صندوق پس انداز مرکزی^۱، طرح پس انداز ملی اجباری، برای مراقبت های بستری در هاسپیس از سال ۱۹۹۴ و برای مراقبت در منزل از سال ۲۰۰۹ کمک می نماید. هم اکنون مراقبت تسکینی در اکثر بیمارستان هایی که توسط دولت تامین مالی می شوند، وجود دارد و همانند دیگر خدمات بیمارستانی یارانه دریافت می کنند(۱).

همچنین در سال ۲۰۰۹، **تایوان** تامین مالی هاسپیس را از طریق طرح بیمه سلامت ملی خود برای پوشش طیف وسیعی از بیماری ها آغاز کرد، این کار با بازپرداخت نرخ ثابت روزانه^۲ به ارائه کنندگان خدمات گسترش یافت. در گذشته این امکان فقط برای بیماران سرطانی وجود داشت اما از سال ۲۰۰۹، برنامه جدید اکثر بیماری ها در پایان زندگی را پوشش می دهد. هزینه ها کاملاً توسط دولت پوشش داده شده بنابراین بیماران نیاز به پرداخت هزینه حتی در هاسپیس ندارند(۱).

در سال ۱۹۹۳، **آمریکا** سیستم تامین مالی دولتی را از طریق بازپرداخت هزینه های مراقبت های هاسپیس توسط بیمه مدیکر Medicare شروع کرد. افراد واجد شرایط کسانی هستند که بیمار و در دوره پایان زندگی خود بوده و انتظار می رود که ۶ ماه یا کمتر زندگی نمایند و همچنین بیمارانی که مراقبت تسکینی را به جای مداخلات درمانی انتخاب کرده اند. برای امریکایی های کم درآمد زیر ۶۵ سال، برنامه تامین مالی دیگری توسط بیمه Medicaid مراقبت های هاسپیس را پوشش داده می شود، البته نه در کل ۵۰ ایالت.

با وجود این برای افرادی که برای نمی تواند از مزایای بیمه Medicare و از طرفی آنچنان وضع مالی ضعیفی ندارند که از Medicaid استفاده کنند باید از بیمه های سلامت خصوصی استفاده نمایند، بیمه عمر خود را برای کمک به پرداخت هزینه های هاسپیس تبدیل کنند یا به دنبال منابع تامین مالی دیگری باشند. رتبه آمریکا در شاخص بار مالی استفاده کنندگان از مراقبت های پایان زندگی در رتبه های پایین قرار دارد و بیماران امریکایی بالاترین میانگین هزینه های هفتگی برای درمان هایشان را دارند.

1 Central Provident Fund

2. Daily charge

نکته مهم دیگر این است که در آمریکا بیماران برای برخورداری از مزایای پرداخت برای مراقبتهای تسکینی باید از معالجات درمانی چشم پوشی کنند. این سیاست در بریتانیا متفاوت است و مردم در آنجا می توانند درمان سرطان را در کنار مراقبت تسکینی داشته باشند. بنابراین در US، مراقبت های هاسپیس در واقع نوعا دربار مراقبت های پایان زندگی می باشد(۱).

در **استرالیا**، مدل ارائه خدمت و تامین مالی کاملا متفاوت از مدل US یا UK می باشد. از سال ۱۹۸۸، مراقبت تسکینی بخش ویژه ای از توافقات مراقبت سلامت استرالیا (قرارداد بین دولت فدرال و ایالت ها و مناطق) بوده است. دولت فدرال که اولین استراتژی ملی مراقبت تسکینی کشور را در سال ۲۰۰۰ امضا کرد- حمایت مستقیمی فراهم نمی کند، بلکه مالیات های جمع آوری شده در سطح ملی را طبق توافقات ۵ ساله، به ایالت ها و مناطق واگذار می کند. این سیاست رتبه بالای استرالیا را طبق شاخص رقم می زند و در خیلی از اندیکاتورها نزدیک به بالای لیست می باشد و رتبه اول را در گروه هزینه ها دارد.

مراقبت تسکینی یکی از موارد خاصی است که در هر کدام از توافقات ۵ ساله به طور مجزا شناسایی شده است. بنابراین انتظار می رود که ایالت ها و مناطق خدمات بستری را که به صورت اساسی از طریق مکانیسم های یکسانی در نظام سلامت تامین مالی می شوند، فراهم آورند.

در حال حاضر به طور کلی خدمات تسکینی در اشکال مختلف اعم از مراقبتهای هاسپیس، مراقبتهای بستری و حمایتی در بیمارستانها و مراقبت در منزل برای همه شهروندان بزرگسال استرالیایی ارائه می شود. خدمات بیمارستانی بوسیله سیستم مراقبتهای سلامت ملی تامین می شود در حالی که خدمات هاسپیس و خدمات منزل نسبت های مختلفی از دولت یارانه دریافت می کند(۲۹). در این سیستم به بیمارستان ها به صورت ثابت هزینه ای پرداخت می شود: این مبلغ به تدریج بعد از ۲۱ روز کاهش می یابد تا این که به ۵۰٪ مبلغ اصلی برسد. این کار برای ایجاد انگیزه برای تشویق بیماران برای سپری کردن بقیه عمرشان در خانه می باشد تا بقیه خدمات را از طریق تیم ارائه دهنده خدمات در منزل دریافت کنند(۳۰).

در طرف دیگر، کشورهایی مانند **هند و چین** هستند که حمایت دولت و تامین مالی برای فراهم کردن مراقبت های سلامت به طور کلی بسیار اندک می باشد. در **چین**، تا حدودی کمکهای بشردوستانه از طریق موسسه خیریه Li Ka وجود دارد. موسسه خیریه، خدمات مراقبت هاسپیس رایگان را از طریق برنامه Heart of Gold که اولین واحد مراقبت هاسپیس بنیان گذاری شده چین در اولین بیمارستان وابسته به دانشکده پزشکی دانشگاه می باشد فراهم می کند. این صندوق در حال حاضر ۳۰ هاسپیس در سراسر چین را تامین می نماید(۳۱).

با وجود این، به طور کلی پیدا کردن تامین کننده مالی مراقبت پایان زندگی در **چین** مشکل است. دولت بخشی بسیار اندکی از هزینه ها را پرداخت می کند، بنابراین خانواده ها خود هزینه درمانشان را پرداخت می کنند. همچنین کمک

های موسسات خیریه هنوز بسیار محدود می باشد. این کار باعث می شود که چین در اندیکاتورهای مربوط به هزینه های درمان رتبه پایین تر از خیلی کشورها داشته باشد.

همچنین کمبود تامین مالی دولت مسئله مهمی در **افریقا** می باشد. **افریقای جنوبی و اوگاندا** هر دو رتبه ۳۳ در شاخص های مربوط به تامین مالی عمومی موجود برای مراقبت پایان زندگی دارند و اوگاندا در مورد بار مالی تحمیل شده به بیماران برای مراقبت های پایان زندگی بدترین رتبه در بین کشورهای مورد بررسی را دارد. به رغم مدل مراقبتی پیشنهادی توسط هاسپیس اوگاندا، افریقا و دولت اوگاندا مبنی بر شناخت مراقبت تسکینی به عنوان اولویت سیاسی، با این حال چنین مراقبتی برای اکثریت آگاندایی های نیازمند دور از دسترس می باشد (۱).

هند هم تامین مالی دولتی اندکی (به جز ایالت کرالا) برای مراقبت های پایان زندگی دارد. در هند کمتر از یک درصد برای مراقبت های سلامت صرف می شود بنابراین تنها مراقبت های تسکینی نیستند که از این موضوع آسیب می بینند بلکه این مشکل برای همه مراقبت ها وجود دارد. هیچ نوع تامین مالی عمومی وجود ندارد. هیچ برنامه پزشکی مبتنی بر جامعه وجود ندارد، و این موضوع در مورد مراقبت تسکینی هم صدق می کند (۱).

کرالا: مدل اجتماعی

سیستم توسط جامعه راه اندازی و هدایت می شود و تا حد زیادی از طریق کمک های بلاعوض (هر چند بسیار اندک **RS 10** (۲۱ سنت US) در ماه) تامین مالی می شود. اگرچه در سال های اخیر زمانی که این پروژه در کشور برجسته شد. دولت های منطقه ای و محلی به طور فزاینده ای درگیر شدند (۱).

داستان در افریقا متفاوت است. چون در این کشورها بیماری ایدز یک مشکل جدی است و بیشتر تقاضاهای مراقبت پایان زندگی را به خود اختصاص می دهد، کمک های بین المللی از طریق سازمان هایی مانند **PEPFAR**^۱ و تامین مالی جهانی برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا، به قاره افریقا ارسال می شود. تمرکز تامین مالی بین المللی بر روی ایدز باعث می شود که مراقبت تسکینی برای بیماران سرطانی اغلب نادیده گرفته شود. اگر شیوع ویروس ایدز در کشوری کمتر از ۶ درصد باشد در این صورت بار سرطان بالاتر از بار ویروس ایدز خواهد بود. بنابراین ما باید به جامعه بین المللی اجازه دهیم تا آن ها راه های ممکن را برای تامین مالی افراد دچار سرطان در افریقا بررسی نمایند (۱).

تامین مالی مراقبتهای تسکینی و حمایتی در کشورهای اروپایی

در اروپا، تکیه بر تامین مالی از طریق دولت و موسسات خیریه شده است و این اعتقاد و فرهنگی عمومی که دولت ها باید خدمات مراقبت سلامت را تامین مالی و ارائه کنند مانع ارائه مراقبتهای پایان زندگی توسط بخش خصوصی شده است. در این کشورها قبل از اینکه ارائه خدمات در بخش خصوصی را راه اندازی کنید باید به دنبال راهی برای بازپرداخت هزینه مراقبت سلامت بود، در خیلی از کشورها که سیستم سلامت ملی وجود دارد تقریباً هیچ کس خودش هزینه های خود را نمی پردازد.

در اروپا، هاسپیس ها معمولاً به صورت خصوصی یا توسط موسسات خیریه تامین مالی می شوند. و در مورد اروپای شرقی، خیلی از کمک های بلاعوض اغلب از طریق کشورهایمانند بریتانیا صورت می گیرد که تامین مالی برنامه کشورهایمانند رومانی، صربستان و مولداوی را بر عهده دارد. مثلاً برنامه Casa Sperantei در رومانی توسط کمکهای بشر دوستانه UK شروع شده است. بدون این (تامین مالی) آن ها قادر به راه اندازی آن نبودند(۱). برخی هاسپیس های اروپای شرقی، در حالی که با کمک های بلاعوض موسسات خیریه ای تامین مالی می شوند، از حمایت های دولت نیز بی نصیب نبوده اند و از کمکها و تامین مالی از دولت برای مراقبت های پایان زندگی نیز بهره مند شده اند، مانند رومانی، که در آن دولت، هم اکنون تامین مالی خدمات مراقبت تسکینی متعددی را بر عهده دارد. در زیر روشهای تامین مالی در کشورهای مختلف نشان داده شده است:

ایالت کاتالونیا اسپانیا

در متون عنوان می شود که کاتالونیا اسپانیا برنامه تامین مالی ایالتی^۱ موفقی دارد می باشد، در این ایالت مراقبتهای تسکینی برای همه افراد از طریق سیستم های مراقبت سلامت عمومی منطقه ای ارائه می شود. باوجود این، همیشه دولت ها منبع اصلی تامین مالی مراقبت های پایان زندگی نیستند. طیفی از مدل های تامین مالی شامل حمایت کلیسا، وجوه بشر دوستانه و کمکهای بین المللی به بیماران و پرداختهای خانواده ها برای پوشش بخشی از هزینه خدمات خودشان - یا در برخی موارد، مدل های ترکیبی بر مبنای طیف متفاوتی از منابع تامین مالی وجود دارد(۱).

بلژیک:

مراقبتهای تسکینی در بلژیک شامل دو برنامه غیردولتی است که منحصر از طریق دولت تامین مالی می شود. مرکز مراقبت TOPAZ بخاطر ارائه مدل جدیدی از خدمات که دارای هزینه اثربخشی بالایی است مورد تحسین قرار گرفته است(۳۳).

1. state-funded programme

یک روش تامین مالی جامعه ای است که در آن مرز جغرافیای مشخص کننده برخورداری افراد از مزایای این نوع تامین مالی را دارند

بلغارستان:

به دلیل کمبود منابع عمومی در این کشور، هزینه های مراقبتهای تسکینی معمولاً از طریق بخش خصوصی یا سازمانهای غیر دولتی تامین مالی می شود (۳۴).

قبرس:

برنامه مراقبتهای سلامت مبتنی بر بیمارستان است. هیچ نوع دیگری از مراکز خدمات سلامت یا مراقبتهای اولیه وجود ندارد. در حال حاضر دو تا از ۳ تیم حمایتی بیمارستانها بوسیله منابع عمومی تامین می شود و اما بقیه خدمات تسکینی بوسیله سازمانهای غیر دولتی تامین می شود (۳۲).

جمهوری چک:

بیمه سلامت ملی تقریباً نیمی از هزینه خدمات تسکینی را پوشش می دهد. یارانه های وزارت بهداشت ۲۰ الی ۴۰٪، دولتهای محلی ۵ الی ۱۰٪ و مابقی توسط اهدا کنندگان تامین می شود (۳۲).

دانمارک:

همه هاسپیس ها و سایر مراقبتهای تسکینی کاملاً از طریق دولت مرکزی تامین مالی می شود و ۵ منطقه در دانمارک مسئول تخصیص منابع پولی به نیازهای بهداشتی درمانی مختلف می باشد. رایزنی با سازمانهای داوطلبانه انگیزههایی را در دولت مرکز ایجاد کرده است تا خدمات هاسپیس ها از طریق آنها تامین شود (۲۹).

استونی:

وزارت امور اجتماعی در استونی نظارت کلی بر نظام بهداشت و درمان کشور را بر عهده دارد. نظام سلامت در این کشور توسط بیمه اجتماعی سلامت تامین می شود. بدنه اصلی این تامین مالی صندوق بیماری مرکزی و ۱۷ صندوق بیماری منطقه ای است که نسبتی از هزینه ویزیت در منازل را پرداخت می کند. هرچند که کل نظام سلامت از مشکل کمبود منابع مالی و انسانی رنج می برد ولی تا جایی که امکان دارد مقامات نظام سلامت سعی دارند پوشش مالی حداکثری برای آنهایی که نیازمند خدمات تسکینی هستند داشته باشند (۳۲).

فنلاند:

مراقبتهای بیمارستانی توسط دولتهای محلی تامین می شوند. هاسپیس ها توسط سازمانهای غیر دولتی یا توسط بیمه عوارض جانبی^۱ شخصی تامین می شود (۲۹).

فرانسه:

مراقبت‌های تسکینی کاملاً در نظام بهداشت و درمان کشور ادغام شده است که برای تمامی افراد کشور رایگان است. تامین مالی مراقبت‌های تسکینی در منزل مکانیزم مخصوص به خود را دارد (۳۳).

آلمان:

مکانیزم های تامین مالی مراقبت‌های تسکینی در آلمان خیلی پیچیده است و کاملاً بستگی به نوع مراقبت دارد. مراقبت‌های بیمارستانی یا توسط یارانه های نظام سلامت ایالت تامین می شود یا در این نظام وارد شده است. قانون ۱۹۹۷ تصریح می کند که هاسپیس ها یارانه های روزانه ای را برای بیمارانشان دریافت می کنند هرچند که این مراکز توسط منابعی ترکیبی از بیمه ها، اهداکنندگان و پرداخت‌های بخش خصوصی تامین شوند. تامین مالی مراقبت‌های تسکینی در منزل در نظام سلامت ملی ادغام شده و از طریق صندوق بیماری تامین می شود (۳۲).

یونان:

حمایت‌های مالی کمتری از سوی دولت برای پوشش خدمات وجود دارد. از ۲۹ خدمات موجود در این کشور فقط ۶ نوع خدمات حمایت مالی دارند. بیشتر خدمات تسکینی توسط افراد داوطلب انجام می شود (۲۹). هرچند مشارکت کنندگان مهمی مثل صندوق تامین Jenny Karezi وجود دارند که حمایت‌های مالی از بیمارستان دانشگاه Areteion در آتن انجام می دهد.

ایرلند:

مراقبت سلامت در ایرلند عمدتاً از مالیات عمومی تامین مالی می شود، و اغلب خدمات از طریق بخش اجرایی خدمات سلامت (HSE) انتقال یافته یا تامین مالی می شوند. تامین مالی مراقبت تسکینی عمدتاً در هیات های سلامت متفاوت می باشد، به طوری که هزینه به ازای هر نفر از صفر تا ۱۲ پوند متفاوت بوده و ۳ عضو از اعضای برد هیچ هزینه ای برای مراقبت تسکینی صرف نمی کنند. بیش از نیمی از هزینه های عمومی برای خدمات بستری مصرف می شود و بیش از یک سوم هزینه پرستاری در منزل توسط کمک کننده های داوطلب تامین مالی می شود. در ایرلند موسسات خیریه مراقبت های تسکینی را تامین مالی می کند (۳۲).

ایتالیا:

درست همان طور که سیستم مراقبت سلامت در میان مناطق مختلف تفاوت می کند، همین اتفاق برای روش های تامین مالی روی می دهد. تخمین زده شده که ۲۵۰ خدمت توسط دولت تامین مالی شده، در حالی که ۱۳۷ مورد آن به NGO و کمک های خصوصی وابسته می باشد. ۱۵۵ خدمت دیگر از هر دو بخش عمومی و خصوصی تامین مالی می شوند. معیار این تفکیک هزینه ثابت نمی باشد، اگرچه می توان گفت اکثر تیم های مراقبت در منزل به صورت عمومی تامین مالی نمی شوند (۲۹).

لیتوانی:

تمام خدمات توسط دولت تامین مالی می شود، اما اغلب این تامین مالی ها با کسری بودجه مواجه شده، بیماران را مجبور می کنند بعد از اولین دوز داروهای ایپوئیدشان را خودشان تهیه کنند، به عنوان مثال، یا برای برگشت به متخصصان بالا به علت حقوق پایین کمک داده می شوند (۳۳).

مالت:

خدمات بیمارستانی کاملاً تحت پوشش سیستم امنیت اجتماعی بوده و NHM یک سوم منابع خود را از دولت دریافت می کند - بقیه به صورت خصوصی توسط منابع NGO تامین مالی می شود (۲۹).

هلند:

اگرچه دولت بخش اعظم پول را برای حمایت از آموزش، بیمارستان ها و مدیریت کیفیت سرمایه گذاری می کند، خیلی از خدمات مراقبت تسکینی (و به خصوص مراقبت در منزل) هنوز به ترکیبی از دیگر منابع برای تامین مالی، شامل کمک های خصوصی و بیمه، NGO's و کمک ها تکیه می کند (۲۹).

لهستان:

در گذشته دولت اکثر خدمات را در این کشور پوشش می داد ولی در سال ۲۰۰۲ کم کم تخصیص منابع دولتی به خدمات تسکینی کاهش پیدا کرد. در حال حاضر تنها ۴۰٪ از هزینه های خدمات تسکینی از طریق بازپرداخت صورت حسابها توسط صندوق سلامت لهستان تامین می شود (۳۲).

پرتغال:

در پرتغال اکثر خدمات توسط دولت تامین می شود اما بخشی نیز با مشارکت بخش خصوصی و عمومی تامین می شود (۲۹).

رومانی:

دولت تمام یا بخشی از هزینه خدمات بستری را از طریق بیمه ملی پوشش می دهد. خدمات تسکینی در منزل شامل این پوشش نمی شود و اکثر هاسپیس ها برای پوشش هزینه های خود به حمایت های بین المللی، هدایا و سایر منابع درآمدی وابسته هستند (۳۲).

اسلوواکی:

در سال ۲۰۰۲ مقرر شد که خدمات تسکینی همزمان توسط بیمه سلامت عمومی و بیمه اجتماعی عمومی تامین شود. به هر حال در حال حاضر بسیاری از بیماران هنوز در هزینه های دارویی، ویزیت و مراقبتهای هاسپیس مشارکت می کنند (۳۴).

اسلونی:

خدمات سلامت نظیر خدمات پرستاری در منزل در این کشور طبق قانون توسط نظام بیمه سلامت و بیمه تامین اجتماعی تامین می شود. سایر خدمات مراقبتهای سالهای انتهایی عمر که معمولاً توسط هاسپیس ها به بیماران و خانواده آنها ارائه می شود رایگان است و توسط خیریه ها، گرنت ها، و سایر منابع درآمدی تامین می شود (۳۲).

اسپانیا:

خدمات سلامت در اسپانیا توسط نظام بیمه تامین اجتماعی تامین می شود که مراقبتهای تسکینی را هم شامل می شود. به هر حال تقریباً ۶۰ الی ۶۵٪ از هزینه های مراقبتهای تسکینی بوسیله دولت تامین می شود و مابقی بوسیله موسسات خصوصی تامین می گردد (۳۳).

سوئد:

تقریباً تمام خدمات و مراقبتهای تسکینی در سوئد توسط دولت تامین مالی میشود بجز مرکز خدمات روزانه که همیشه از منابع عمومی تامین نمی شود (۲۹).

انگلستان:

تقریباً اجزاء مراقبتهای تسکینی در انگلستان به شکل زیر توسط دولت تامین می شود: خدمات بستری ۳۰٪، مراقبت در منزل ۵۹٪، مراقبتهای روزانه ۲۳٪ و حمایت های بیمارستانی ۸۳٪. مابقی هزینه ها توسط ترکیبی از منابع عمومی و خصوصی تامین می شود (۲۹).

در UK، شبکه راه اندازی شده از هاسپیس های غیر انتفاعی نقش مهمی در کاهش هزینه های NHS دارد. هاسپیس های بزرگسالان حدود ۳۰ درصد منابع مالی و هاسپیس های کودکان حدود نصف آن را از دولت دریافت می کنند، بخش اعظم منابع مالی باقی مانده از کمک های خیریه تامین می شود. هاسپیس های محلی مستقل در UK بیش از ۵۰۹ پوند (۷۶۳ میلیون دلار آمریکا) در سال هزینه می کنند.

اخیرا دولت بریتانیا حمایت های مالی خود برای مراقبت های انتهایی زندگی افزایش داده است. این کشور مبلغ ۲۸۶ میلیون پوند (۴۳۴ میلیون دلار) در سال ۲۰۰۹-۲۰۱۱ برای کمک به افراد تمایل به مرگ در خانه دارند تعهد کرده است.

نتیجه گیری:

تقریباً در تمام کشورهای اروپایی مراقبت های بیمارستانی رایگان است و به سایر خدمات به اشکال مختلفی یارانه داده می شود. تعداد خیلی کمی از کشورها هستند که تمامی هزینه ها (هاسپیس، مراقبت در منزل، دارو و غیره) توسط نظام سلامت کشور پوشش داده می شود. در بین این کشورها، فرانسه و بلژیک در دسترسی، پوشش و ارائه همگانی خدمات سلامت از سایر کشورها متمایز هستند. به هر حال در بسیاری از کشورها خدمات تسکینی برای بعضی از افراد بر اساس معیارهایی کاملاً رایگان ارائه می شود و برای بعضی دیگر بخشی از هزینه ها از طریق یارانه تامین می شود.

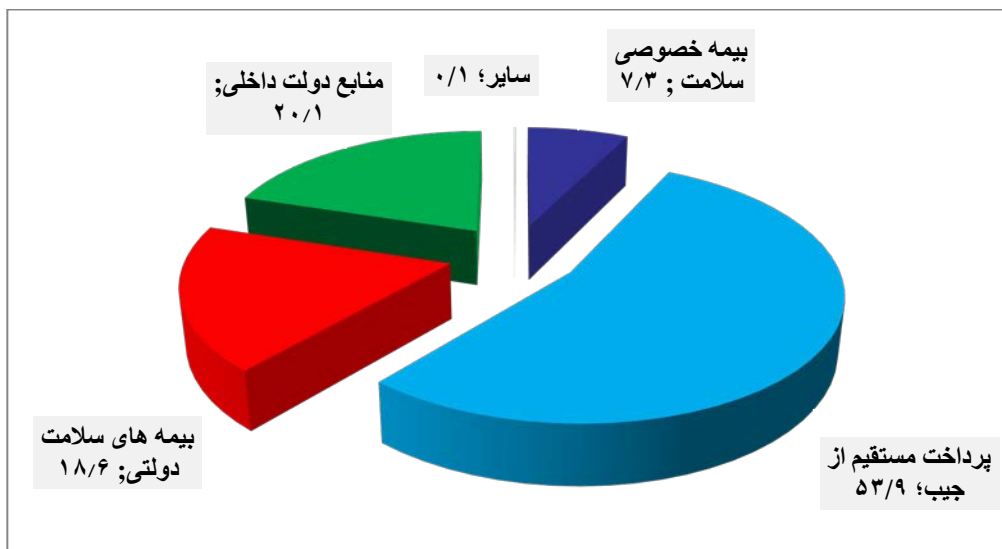
با افزایش تفاهم و درک عمومی از نقش خدمات تسکینی و اولویت بالای آن به عنوان یک نیاز، تمایل عمومی هم برای دسترسی عمومی به آن مثل سایر خدمات سلامت افزایش یافته می یابد. در این میان تامین مالی باید تضمین کننده این دسترسی باشد. به طول کلی کشورهای اروپایی تجربه و ابزار لازم برای حل این مشکل را دارند. مراکز متعددی در سرتاسر اروپا وجود دارد که این مشکل را به خوبی مدیریت می کند و می تواند برای سایرین به عنوان یک مدل و راهنما باشد.

مراقبت های تسکینی و حمایتی از آنجا که یک خدمت الکتیو نیست و از طرف دیگر کشش پذیر هم نیستند معمولاً در تامین مالی آنها از روش پرداخت مستقیم از جیب استفاده نمی شود. هرچند که در بعضی از کشورهای مورد مطالعه به دلیل کمبود منابع برای تامین مالی از این روش استفاده شده است اما تعداد آنها بسیار اندک می باشد.

دلیل دیگر برای عدم استفاده از روش پرداخت مستقیم از جیب برای تامین مالی این خدمات آن است که چون بر اساس مستندات و شواهد ذکر شده هزینه اثربخشی ارائه خدمات تسکینی و حمایتی نسبت به مراقبت های معمول بالاست لذا عدم پرداخت هزینه از سوی افراد کاندید استفاده از این خدمات باعث می شود که آنها تمایل بیشتری به استفاده از این خدمات داشته باشند و از طریق صرفه جویی های به عمل آمده در مصرف منابع و کاهش هزینه های پرداخت کنندگان هزینه ها (از جمله سازمان های بیمه گر) هزینه ها، جبران شود.

بر اساس مطالعه حسابهای ملی سلامت در سال ۱۳۸۷ ترکیب منابع تامین مالی مراقبتهای سلامت به صورت نمودار زیر می باشد.

نمودار ۸. ترکیب منابع مالی مراقبتهای سلامت در ایران در سال ۱۳۸۷



منبع: مرکز آمار ایران، حسابهای ملی سلامت

همانطور که ملاحظه می شود منبع اصلی تامین مالی در کشور ما پرداخت مستقیم از جیب می باشد. خیریه ها کمتر از یک درصد از هزینه های بخش سلامت را تامین می کنند. بنابراین برخلاف کشورهای اروپایی که خیریه یکی از منابع اصلی در تامین مالی مراقبتهای تسکینی می باشد در کشور ما نمی توان به عنوان یک روش مطمئن به این منبع تامین مالی نگاه کرد هر چند بنا به دلایلی از جمله اعتقادات مذهبی تمایل به کمک مخصوصا برای کسانی که مبتلا به بیماری صعب العلاج هم باشد در کشور ما بیشتر است.

در نهایت از آنجا که استفاده کنندگان خدمات و مراقبتهای تسکینی و حمایتی معمولا در انتهای سالهای عمر خود هستند و به علت ابتلا به بیماریهای صعب العلاج و پر هزینه از جمله سرطان بیشتر منابع مالی خود صرف درمان و خدمات سلامت نموده اند تمکن مالی چندانی برای پرداخت هزینه های این خدمات ندارند.

بنابر مجموع آنچه که گفته شد در درجه اول پیشنهاد می شود که تامین مالی مراقبتهای تسکینی و حمایتی تا حد ممکن از منابع عمومی صورت گیرد و به گزینه های دیگر به عنوان یک روش کمکی نگاه شود. در این راستا ساماندهی کمکهای مردمی و خیریه ها و هدایت آنها به سمت تامین مالی اینگونه مراقبتها نباید مورد غفلت واقع شود. در حال حاضر منابع خیریه ای به صورت مختلف و بدون مدیریت اثربخش، هزینه می شود که در صورت ساماندهی می تواند به عنوان یک منبع ثانویه کمک زیادی به تامین مالی مراقبتهای تسکینی و حمایتی نماید.

منابع:

1. Economist Intelligence Unit. The quality of death ranking end-of-life care across the world. 2010 www.eiu.com/sponsor/lienfoundation/qualityofdeath.
2. Aghjani H, report of cancer registration 2008. Tehran: tandis press, 2011.
3. Higginson, I. Is there evidence that palliative care teams alter end of life experiences of patients and their caregivers? *Journal of Pain Symptom Management*. 2003. 25:150-168.
4. Evi Hatzianreou, Fragiskos Archontakis, Andrew Daly. The potential cost savings of greater use of home- and hospicebased end of life care in England. RAND Corporation.2008. RAND URL: <http://www.rand.org>
5. Finlay, I. UK strategies for palliative care. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2001.94: 437-441.
6. Gysels, M., I. Higginson, M. Rajasekaran, E. Davies and R. Harding. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. London: National Institute for Clinical Excellence. 2003.
7. Finlay, I. 2002. Palliative Care in Hospital, Hospice, at Home: Results from a Systematic Review. *Annals of Oncology* 13 (Suppl. 4): 257.
8. Elliott R, Payne K. Essentials of economic evaluation in healthcare, pharmaceutical Press, london 2005.
9. Ward, S. Salzano, F. Sampson, J. Cowan. Guidance on Cancer Services Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer: Economic Review. School of Health and Related Research (SchARR) , University of Sheffield. National Institute for Clinical Excellence , 2004.
10. Higginson, I.. "Clinical and organizational audit in palliative medicine." In: Doyle D, G. Hanks, N. Cherny and K. Calman. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2004. pp. 185-196.
11. JAMES G. ZIMMER, ANNEMARIE GROTH-JUNCKER, JANE MCCUSKER, Am .A Randomized Controlled Study of a Home Health Care Team. *J Public Health* 1985; 75:134-141.)
12. Joseph A. Greer, Pamela M McMahon, Angela Tramontano, Emily R. Gallagher, William F. Pirl, Vicki A. Jackson, Jennifer S. Temel; Massachusetts General Hospital, Boston, MA; Massachusetts General Hospital Cancer Center, Boston, MA. Effect of

- early palliative care on health care costs in patients with metastatic NSCLC. *J Clin Oncol* 30, 2012 .
13. Palliative Care Victoria, August 2010 Page 3.
 14. Morrison, R, Sean et al, 2011, *Health Affairs* March 2011 vol 30 no.3 454-463, p454.
 15. Smith, T; Coyne, P; Cassel, B; Penberthy, L; Hopson, A; Hager M; 2003, “A High-Volume Specialist Palliative Care Unit and Team May Reduce In-Hospital End-of-Life Costs”, *Journal of Palliative Medicine*, Vol 6, No 5, 2003, pp699-705.
 16. Morrison, R S; Penrod, J D; Cassel, B; Litke, Ann; Spragens, L; Meier, D E, 2008, “Cost Savings Associated with US Hospital Palliative Care Consultation Programs”, *Archives of Internal Medicine* 168, no 16 (2008) p1783-1790
 17. Zhang, Baohui; Wright, Alexi A; Huskamp, Haiden A; Nilson; Maciejewski, Matthew L; Earle, Craig C; Block, Susan D; Maciejewski, Paul K; Prigerson, Holly G; 2009) “Health Care Costs in the Last Week of Life: Associations with End of Life Conversations”, *Archives of Internal Medicine* (2009) March, 9; 169(5): 480-488 .
 18. Gomez-Batiste, X; Corrales, E; Porta-Sales, J; Amor, M; Espinosa, J; Borrás, J de la Mata, I; Castellsague, X, 2006, “Resource Consumption and Costs of Palliative Care Services in Spain: A Multicentre Prospective Study, *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol 31 No 6, pp522-532 .
 19. Taylor, D.G. and S. Carter. Valuing choice – Dying at Home. A Case for Core Equitable Provision of High-Quality Support for People who wish to Die at Home, UK: Marie Curie Cancer Car. 2004.
 20. Miller, G., et al. 2002. Delivering Quality Care and Cost Effectiveness at the End of Life: Building on the 20-Year Success of the Medicare Hospice Benefit . Virginia, US: National Hospice and Palliative Organization, February 2002
 21. House of Lords Debate; Palliative Care Bill, Friday, 23 February 2007.
 22. Mogyorosy Z, Smith P. The main methodological issues in costing health care services. Centre for Health Economics university of yurk.2005
 23. Costing Palliative Care Services in Romania
 24. Susan L. Hughes, Joan Cummings, Frances Weaver, Larry Manheim, Barbara Braun, and Kendon Conrad. A Randomized Trial of the Cost Effectiveness of VA Hospital-Based Home Care for the Terminally Ill. *Health Services Research* 26:6 (February 1992)

25. Camilla Zimmermann, Rachel Riechelmann, Monika Krzyzanowska. Effectiveness of Specialized Palliative Care: A Systematic Review. JAMA 2008; 299(14):1698-1709.
26. R. Sean Morrison, Joan D. Penrod, J. Brian Cassel, Melissa Caust-Ellenbogen, Ann Litke, Lynn Spragens, Diane E. Meier. Cost Savings Associated With US Hospital Palliative Care Consultation Programs. Arch Intern Med. 2008;168 (16):1783-1790.
27. Roberts M. Health system reforms, translated by Ahmadvand AR. Tofighi S. Yazadani S, Vaez Mahdavi MR and et al. Ebn-e-Sinaye Bozorg Institution, Tehran: 2003.
28. World Health Organization Report 2010, WWW.WHO.int/publication (15/12/2012).
29. Centeno C et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. Milan: IAHPC Press, 2007.
30. Baumgartner, J (Hospice Austria, Austrian Palliative Care Association). 'Study on PalCare in EU.
31. Palliative Care Symposium for Health Care Workers in Chinese Population", Chinese University of Hong Kong press release, December 12th 2009.
32. Martin-Moreno, M Harris, L Gorgojo, D Clark, C Normand, C Centeno. PALLIATIVE CARE IN THE EUROPEAN UNION. Dep. of Preventive Medicine & Public Health. Spain, Valencia 2008.
33. Rocafort, J. Estudio del desarrollo y consolidación de los cuidados paliativos en Europa a través de la literatura científica [doctoral thesis]. Pamplona: University of Navarra, 2007.
34. International End-of-Life Care Observatory. Country Reports. Available from: URL:<http://www.eolc-observatory.net> [26.12.2012]

فصل هفتم

ارزیابی نحوه مصرف مسکن های اپیویدی

در مراقبت های تسکینی

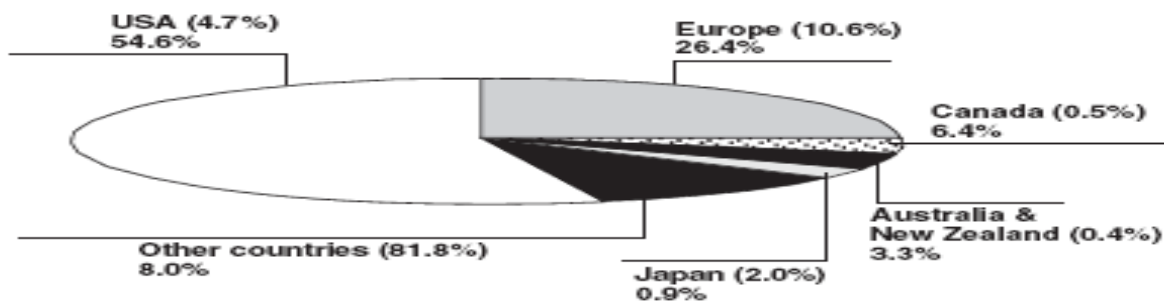
اهداف: بررسی مقایسه ای میزان مصرف داروهای مسکن اپیویدی در ایران و سایر کشورها به منظور شناخت عمیق تر وضع موجود و ارائه ی مدل مطلوب جهت مدیریت داروهای مسکن اپیویدی در بیماران مبتلا به سرطان.

تئوریهها: حدود ۸۰٪ از بیماران سرطانی در طول دوره درمان خود دردی را تجربه می کنند که نیازمند تسکین توسط داروهای مسکن اپیویدی است^(۱). شیوع درد در بیماران سرطانی بسیار بالاست یعنی در میان حدود ۳۰٪ از بیماران سرطانی که در مراحل ابتدایی تشخیص هستند و در ۵۰-۷۰٪ بیماران که درمان های مختلف ضد سرطان دریافت می کنند و همچنین در ۶۰-۸۰٪ بیماران که دچار مراحل پیشرفته ی بیماری هستند شیوع دارد^(۳و۳).

با وجود تفاوت در شکل بالینی سرطان، همواره درد از جمله علایم سرطان می باشد^(۴). مسکن های اپیویدی در درمان درد ناشی از سرطان بسیار حیاتی هستند. امروزه تسکین درد در بیماران از جمله حقوق آنها مطرح شده و بجز این به علت وجود رابطه ی مستقیم میان میل به خود کشی و درد در بیماران، تسکین درد به عنوان یک مسئله اخلاقی نیز طرح می گردد^(۵).

حدود ۸۰٪ از جمعیت جهان به شکل ناکافی تحت درمان تسکینی برای دردهای متوسط تا شدید قرار می گیرند. این در حالی است که دانش مناسبی جهت تسکین بیشتر این دردها وجود دارد^(۶).

در مجموع، هسته ی اصلی شاخص های سنجش کیفیت درمان های تسکینی در بیماری های صعب العلاج، دسترسی به درمان های تسکینی و خصوصا اپیویدهاست. بیماران صعب العلاج از چند طریق در دسترسی به اپیویدها با محدودیت مواجه هستند^(۷). بر اساس آمار موجود پیرامون میزان مصرف جهانی اپیویدها، بخش اعظم مصرف داروهای اپیویدی (حدود ۷۹٪) مربوط به تنهانش کشور جهان می باشد و این در حالی است که حدود ۸۰٪ جمعیت جهان کمتر از ۱۰٪ از میزان مصرف داروهای اپیویدی را به خود اختصاص می دهد. در شکل (۱) شمای کلی میزان مصرف اپیویدها در جهان برحسب mg/capita آمده است^(۸و۶).



علل مصرف پایین مسکن های اپیویدی در کشورهای مختلف، در بسیاری از مقالات و مراجع ذکر شده است، خلاصه ای از این علل در زیر آمده است:

- (۱) قوانین سخت گیرانه حاکم بر کنترل مصرف اپیویدها (شامل قوانین مربوط به فرایند های توزیع، تجویز اصولی و منطقی دارو می باشد)
- (۲) نحوه ی نگرش و نیز دانش جامعه (پزشکان، بیماران و افراد مرتبط با بیمار) نسبت به مصرف مسکن های اپیویدی
- (۳) مسائل اقتصادی در تامین دارو

دسترسی بیماران به درمان های تسکینی اپیویدی از طریق تنظیم منطقی قوانین، اصلاح نگرش جامعه و نیز بهبود سیستم های حمایتی اقتصادی قابل بهبود است. از این رو مقایسه ی میزان دسترسی بیماران به داروهای مسکن اپیویدی، با سنجش سه پارامتر مذکور ممکن می گردد^(۶).

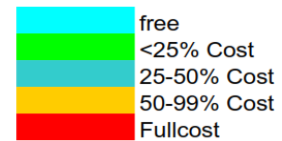
بررسی وضع کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته:

سنجش میزان دسترسی به داروهای اپیویدی از طریق ؛

الف- مقایسه ی فرمولاری داروهای مسکن اپیویدی در کشورهای مختلف

جدول (۱) مقایسه ی فرمولاری و هزینه داروهای مسکن اپیویدی در خاورمیانه^(۹)

Country	Formulary availability and Cost						
	Codeine	MoIR	MoCR	MoINJ	OcIR	MethPO	FentTD
Afghanistan	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost
Egypt	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Iran	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Iraq	Free	Fullcost	Fullcost	Free	Fullcost	Fullcost	Fullcost
Israel	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Lebanon	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost
Libya	Free	Fullcost	Fullcost	Free	Fullcost	Fullcost	Free
Morocco	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost
Oman	Free	Free	Free	Free	Fullcost	Fullcost	Free
Palestine	Free	Fullcost	Free	Free	Fullcost	Fullcost	Fullcost
Qatar	<25% Cost	<25% Cost	<25% Cost	Free	<25% Cost	<25% Cost	<25% Cost
Saudi Arabia	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Syria	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost	Fullcost
Yemen	Fullcost	Free	Free	Free	Fullcost	Fullcost	Free








جدول (۲) مقایسه ی فرمولاری و هزینه داروهای مسکن اپیویدی در کشورهای غرب اروپا^(۱)

	Codeine	Propox	HC/DHC	BuprPO	BuprTD	MoIR	MoCR	Molnj	OcIR	OcCR	Methad.	FentTD	FentTM	HmR	HmCR	Pethinj
Austria	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Belgium	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Cyprus	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Denmark	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Finland	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
France	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Germany	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Greece	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Iceland	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Ireland	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Israel	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Italy	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Luxemburg	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Netherlands	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Norway	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Portugal	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Spain	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Sweden	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Switzerland	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
Turkey	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free
UK	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free	Free



جدول (۳) مقایسه ی فرمولاری و هزینه داروهای مسکن اپیویدی در کشورهای شرق اروپا^(۴)

	Codeine	Propox	HC/DHC	BuprPO	BuprTD	MoIR	MoCR	Molnj	OcIR	OcCR	Methad.	FentTD	FentTM	HmiR	HmCR	PethInj
Albania	free															
Belarus																
Bosnia-H																
Bulgaria																
Croatia																
Czech R.																
Estonia																
Georgia																
Hungary																
Latvia																
Lithuania																
Maced.																
Moldova																
Monten.																
Poland																
Rumania																
Russia																
Serbia																
Slovak R.																
Slovenia																
Tajikistan																
Ukraine																

				
free	<25%cost	25-50% cost	50-75% cost	100% cost

جدول (۴) متوسط میزان مصرف اپیوئیدها در آسیا طی سال های ۲۰۰۷-۲۰۰۹ بر حسب

(Defined daily doses for statistical purposes per million inhabitants per day)

Regional ranking	Ranking in Asia	World ranking	Country or non-metropolitan territory	Codaine	Fentanyl	Hydrocodone	Hydromorphone	Morphine	Oxycodone	Pethidine	Others	Total
East and South-East Asia												
1	2	39	Republic of Korea	15	1 079	16	26	50	128	15	13	1 342
2	3	43	Japan	25	805	-	-	76	98	3	16	1 023
3	6	62	Hong Kong, China	<<	89	2	<<	86	<<	20	11	208
4	7	63	Singapore	<<	127	<<	-	31	20	19	<<	197
5	13	73	Macao, China	-	100	-	-	42	<<	16	<<	158
6	15	80	Malaysia	-	60	-	-	33	5	18	<<	116
7	16	86	Brunei Darussalam	-	34	-	-	33	-	20	2	89
8	19	99	China	2	37	<<	<<	17	2	10	<<	68
9	20	100	Thailand	<<	36	-	-	23	-	8	-	67
10	23	110	Mongolia	2	6	-	-	47	-	-	1	56
11	26	125	Democratic People's Republic of Korea	7	-	-	-	23	-	-	-	30
12	27	126	Viet Nam	-	17	-	-	8	-	4	-	29
13	35	145	Philippines	-	4	-	<<	4	2	1	-	11
14	36	148	Indonesia	-	6	-	-	1	-	2	-	9
15	41	157	Cambodia	1	3	-	-	2	-	<<	-	6
16	43	159	Lao People's Democratic Republic ^a	-	1	<<	-	<<	-	2	-	3
17	47	179	Myanmar	<<	<<	-	-	<<	-	<<	<<	<<
Regional average: East and South-East Asia				3	102	<<	1	19	4	11	8	146
South Asia												
1	28	127	Sri Lanka	-	3	-	-	16	-	7	-	26
2	29	130	Bhutan ^b	7	1	-	-	3	-	10	-	21
3	30	134	India	-	4	1	-	8	<<	<<	4	17
4	34	144	Maldives ^a	-	3	-	-	4	-	5	-	12
5	36	148	Nepal	-	1	-	-	6	-	2	-	9
6	40	153	Bangladesh ^a	-	1	-	-	1	-	5	-	7
Regional average: South Asia				<<	3	1	-	7	<<	1	4	17
West Asia												
1	1	23	Israel	86	2 719	-	2	140	500	26	9	3 482
2	4	50	Turkey	-	513	-	-	23	-	15	44	595
3	5	60	Bahrain	2	131	-	-	47	-	51	-	231
4	8	64	Saudi Arabia ^a	22	132	-	1	16	2	22	<<	195

Regional ranking	Ranking in Asia	World ranking	Country or non-metropolitan territory	Codéine	Fentanyl ^a	Hydrocodone	Hydromorphone	Morphine	Oxycodone	Pethidine	Others	Total
5	9	65	Kuwait	6	126	-	<<	13	5	41	-	191
6	10	66	Jordan	-	111	-	<<	43	-	32	-	186
7	11	67	Lebanon	-	125	-	-	35	-	24	1	185
8	12	68	United Arab Emirates	<<	143	-	4	14	3	11	4	179
9	14	75	Qatar	1	100	-	-	27	1	22	2	153
10	17	94	Georgia	<<	33	-	-	39	-	-	2	74
11	18	96	Syrian Arab Republic	-	23	-	-	3	35	11	-	72
12	21	102	Kazakhstan	<<	40	-	-	4	-	-	20	64
13	22	103	Oman	1	33	-	-	19	-	10	<<	63
14	24	115	Iran (Islamic Republic of)	-	28	-	-	-	-	18	-	46
15	25	117	Armenia	-	14	-	-	26	-	-	2	42
16	31	136	Azerbaijan	-	11	-	-	2	-	-	2	15
			Turkmenistan	<<	3	-	-	6	-	-	6	15
18	33	140	Kyrgyzstan	<<	9	-	-	2	-	-	3	14
19	36	148	Yemen	-	7	-	<<	1	-	1	-	9
20	39	151	Uzbekistan	<<	3	-	-	3	-	-	2	8
21	41	157	Iraq ^b	-	1	-	-	1	-	4	-	6
22	43	159	Pakistan	-	2	-	-	1	-	<<	-	3
			Tajikistan	<<	2	-	-	<<	-	-	1	3
24	46	174	Afghanistan ^b	-	<<	-	-	1	-	<<	-	1
Regional average: West Asia				2	123	-	<<	8	8	7	7	155
Average: Asia				2	72	1	<<	14	7	5	4	105

Notes: The symbol "<<" indicates an amount less than 1 defined daily dose for statistical purposes per million inhabitants per day.

As at 1 November 2010, in East and South-East Asia, the following country had not submitted any statistical forms for the three consecutive years in question: Timor-Leste.

^a Calculation is based on data covering two years only.

^b Calculation is based on data covering one year only.

ب- مقایسه قوانین حاکم بر مصرف مسکن های اپیویدی در کشورهای مختلف

در جدول a,b,c (۵) محدودیت های قانونی موجود در کشورهای اروپایی مختلف و همچنین کشورهای خاورمیانه جهت دسترسی به داروهای مسکن اپیویدی مقایسه می شود.^(۷)

❖ نیاز به ثبت نام و مشخصات جهت دریافت داروی اپیویدی:

در بسیاری از کشورهای اروپای شرقی و نیز در برخی کشورهای اروپای غربی، بیماران خصوصا بیماران که بستری نیستند، جهت دسترسی به داروهای مسکن اپیویدی خود نیازمند دریافت اجازه و یا ثبت نام خود دارند. در برخی کشورها چنین روندی در مورد بیماران هاسپیس ها هم وجود دارد.^(۷)

❖ دریافت حق تجویز داروهای مسکن اپیویدی توسط پزشکان:

در برخی از کشورهای اروپایی حق تجویز مسکن های اپیویدی مختص گروه خاصی از پزشکان با تخصص خاص می باشد و در سایر موارد این حق وجود ندارد. در برخی از کشورها نیز تعمیم حق تجویز دارو های مسکن اپیویدی تنها در موارد اورژانس صورت می گیرد.^(۷)

جدول a (۵) محدودیت های قانونی موجود در کشورهای اروپایی مختلف جهت دسترسی به داروهای مسکن اپیویدی

	Regulations require patient permit/registration to receive opioid prescription			Physicians need a permit to prescribe opioids		
	out pts	in pts	Hospice pts	Oncologists	Family MD	Surgeon
Albania						No data
Belarus						
Bosnia Herzegovina						
Bulgaria						
Croatia						
Czech republic						
Estonia						
Georgia	*			*	*	*
Hungary						
Latvia						
Lithuania						
Macedonia						
Moldova						
Montenegro			No Hospice			
Poland						
Rumania						No data
Russian Federation						
Serbia						
Slovak Republic						
Slovenia						
Tajikistan						
Ukraine						
Austria						
Belgium						
Cyprus						
Denmark						
Finland						
France						
Germany						
Greece						
Iceland						
Ireland						
Israel						
Italy						
Luxemburg						
Netherlands						
Norway						
Portugal						
Spain						
Sweden						
Switzerland						
Turkey						
United Kingdom						

No permit needed

Permit needed

Only permitted in emergencies

Forbidden

جدول C,b(۵) محدودیت های قانونی موجود در کشورهای خاورمیانه جهت دسترسی به داروهای مسکن اپیویدی

Country	Prescriber privileges					Eligibility Restriction		
	Oncologist	Family Doc	Surgeon	Nurse	Pharmacist	Outpatients	Inpatients	Hospice
Afghanistan								
Egypt								
Iran								
Iraq								
Israel								
Lebanon								
Libya								
Morocco								
Oman								
Palestine								
Qatar								
Saudi Arabia								
Syria								
Yemen								

always

Only in emergency

always

Only with special permit or authorization

never

Only with special authorization

never

❖ شرایط دریافت مجدد دارو:

در بیشتر کشورهای اروپایی ، داروهای اپیویدی برای مدت زمان محدودی در اختیار بیمار قرار گرفته و پس از این مدت بیمار برای دستیابی به داروی خود نیازمند تجدید نسخه ی خود توسط پزشک می باشد. به این منظور در بسیاری از کشورها فرم هایی وجود دارد که تکمیل آن توسط پزشک ضروری می باشد. در برخی از کشورها پزشک جهت دریافت این فرم ها مبلغی پرداخت می کند جدول(۶)

❖ محدودیت های موجود در زمینه ی میزان مجاز داروهای مسکن اپیویدی برای هر بار ذخیره ی دارو:

در جدول (۷) تفاوت های موجود در میزان مجاز ذخیره ی داروهای اپیویدی طبق دستورالعمل های کشورهای مختلف اروپایی مشاهده می شود.

❖ قوانین حاکم بر نحوه ی توزیع داروهای مسکن اپیویدی:

در بسیاری از کشورهای غرب اروپا، محدودیت در پخش داروهای مسکن اپیویدی در میان داروخانه های مختلف شهری یا بیمارستانی وجود ندارد لیکن در کشورهای شرق اروپا توزیع دارو عموماً در داروخانه های خاصی امکان پذیر است. جدول (۸)

	Duplicate or triplicate prescription	Special form	Accessibility of forms	Pay for presc. forms
Albania	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Belarus	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Bosnia Herzegovina	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Bulgaria	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Croatia	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Czech republic	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Estonia	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Georgia	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Hungary	Barrier	Barrier	N/R	N/R
Latvia	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Lithuania	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Macedonia	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Moldova	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Montenegro	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Poland	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Rumania	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Russian Federation	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Serbia	Barrier	Barrier	N/R	N/R
Slovak Republic	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Slovenia	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Tajikistan	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Ukraine	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Austria	No Barrier	No Barrier	Barrier	Barrier
Belgium	No Barrier	No Barrier	N/R	N/R
Cyprus	No Barrier	No Barrier	N/R	N/R
Denmark	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Finland	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
France	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Germany	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Greece	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Iceland	No Barrier	No Barrier	N/R	N/R
Ireland	No Barrier	No Barrier	Barrier	Barrier
Israel	No Barrier	No Barrier	N/R	N/R
Italy	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Luxemburg	No Barrier	No Barrier	Barrier	Barrier
Netherlands	No Barrier	No Barrier	N/R	N/R
Norway	Barrier	Barrier	Barrier	Minor
Portugal	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Spain	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Sweden	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Switzerland	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
Turkey	Barrier	Barrier	Barrier	Barrier
United Kingdom	No Barrier	N/R	N/R	N/R

Barrier

No Barrier

جدول b(۶) قوانین موجود در خصوص تجدید نسخه در خاورمیانه

Country	Prescription forms			
	Duplicate or Triplicate	Special Prescr Forms	ready access to forms	Pay for forms
Afghanistan	restrictive	restrictive	restrictive	restrictive
Egypt	restrictive	restrictive	restrictive	restrictive
Iran	restrictive	restrictive	restrictive	restrictive
Iraq	restrictive	restrictive	restrictive	restrictive
Israel	restrictive	restrictive	restrictive	restrictive
Lebanon	restrictive	restrictive	restrictive	restrictive
Libya	restrictive	restrictive	restrictive	restrictive
Morocco	restrictive	restrictive	restrictive	restrictive
Oman	restrictive	restrictive	restrictive	restrictive
Palestine	restrictive	restrictive	restrictive	restrictive
Qatar	restrictive	restrictive	restrictive	restrictive
Saudi Arabia	restrictive	restrictive	restrictive	restrictive
Syria	restrictive	restrictive	restrictive	restrictive
Yemen	restrictive	restrictive	restrictive	restrictive

restrictive
not restrictive

جدول a (۷) میزان مجاز ذخیره ی داروهای مسکن اپیوئیدی توسط بیماردر کشورهای اروپایی

	Maximum number of days supplied on one prescription		Maximum number of days supplied on one prescription
Austria	90	Albania	7
Belgium	open	Belarus	3
Cyprus	30	Bosnia Herzegovina	no data
Denmark	open	Bulgaria	30
Finland	90	Croatia	max total dose
France	30	Czech republic	90
Germany	30	Estonia	max total dose
Greece	5	Georgia	7
Iceland	30	Hungary	30
Ireland	open	Latvia	15
Israel	30	Lithuania	5
Italy	30	Macedonia	7
Luxemberg	21	Moldova	7
Netherlands	90	Montenegro	15
Norway	open	Poland	open
Portugal	60	Rumania	30
Spain	30	Russian Federation	5
Sweden	90	Serbia	14
Switzerlad	open	Slovak Republic	30
Turkey	10	Slovenia	30
United Kingdom	28	Tajikistan	no data
		Ukraine	1



جدول b (۷) میزان مجاز ذخیره ی داروهای مسکن اپیوئیدی توسط بیماردر کشورهای خاورمیانه

Country	Max Days Opioids Supplied
Afghanistan	5
Egypt	7
Iran	depends on opiod type
Iraq	
Israel	30
Lebanon	15
Libya	7
Morocco	7
Oman	30
Palestine	7
Qatar	10
Saudi Arabia	30
Syria	30
Yemen	15



جدول ۸)ا قوانین حاکم بر نحوه ی توزیع داروهای مسکن اپیویدی توسط داروخانه ها

	Available at any pharmacy	Designated pharmacy	Hospital Pharmacy	Regional Pharmacy
Albania				
Belarus				
Bosnia Herzegovina				
Bulgaria				
Croatia		N/R	N/R	N/R
Czech republic		N/R	N/R	N/R
Estonia				
Georgia				Police
Hungary		N/R	N/R	N/R
Latvia		N/R	N/R	N/R
Lithuania				
Macedonia				
Moldova				
Montenegro				
Poland		N/R	N/R	N/R
Rumania		N/R	N/R	N/R
Russian Federation				
Serbia				
Slovak Republic		N/R	N/R	N/R
Slovenia		N/R	N/R	N/R
Tajikistan				
Ukraine				
Austria		N/R	N/R	N/R
Belgium		N/R	N/R	N/R
Cyprus		N/R	N/R	N/R
Denmark		N/R	N/R	N/R
Finland		N/R	N/R	N/R
France		N/R	N/R	N/R
Germany		N/R	N/R	N/R
Greece		N/R	N/R	N/R
Iceland		N/R	N/R	N/R
Ireland		N/R	N/R	N/R
Israel		N/R	N/R	N/R
Italy		N/R	N/R	N/R
Luxemburg		N/R	N/R	N/R
Netherlands		N/R	N/R	N/R
Norway		N/R	N/R	N/R
Portugal		N/R	N/R	N/R
Spain		N/R	N/R	N/R
Sweden		N/R	N/R	N/R
Switzerland		N/R	N/R	N/R
Turkey		N/R	N/R	N/R
United Kingdom		N/R	N/R	N/R

Generally available
 Not available
 Resticted options

جدول ۸)ب قوانین حاکم بر نحوه ی توزیع داروهای مسکن اپیویدی توسط داروخانه ها

Country	Dispensing pharmacy restrictions	Access to dispensng pharmacy
Afghanistan		
Egypt		
Iran		
Iraq		
Israel		
Lebanon		
Libya		
Morocco		
Oman		
Palestine		
Qatar		
Saudi Arabia		
Syria		
Yemen		

Always
 Usually
 Half the time
 occasionally
 almost never

Any Pharmacy
 Only at a hospital pharmacy
 Only at a single designated pharmacy for each patient
 At another designated location
 Pharmacy that accepts pts insurance

❖ شرایط تجویز داروهای مسکن اپیویدی در موارد اورژانس:

شرایط اورژانس، به حالتی اطلاق می شود که طی آن نیازمبرم به مسکن در لحظه ای رخ دهد که حضور فیزیکی پزشک به منظور تجویز دارو وجود نداشته باشد مانند دردهای ناگهانی بیماران سرطانی در شب هنگام، ایام تعطیل و در سفر. در کشورهای اندکی تجویز دارو از طرقی مانند تلفن یا فکس پذیرفته می گردد. در برخی کشورها افراد دیگری در کادر درمان مانند داروساز و یا پرستار نیز در شرایط اورژانس حق تجویز دارو دارند. جدول(۹).

جدول(۹) شرایط تجویز دارو در حالت اورژانس در کشورهای اروپایی

	Emergency telephone/fax prescriptions	Emergency nurse prescription	Emergency pharmacist prescription	Pharmacist correct prescription errors
Albania				
Belarus				
Bosnia Herzegovina				
Bulgaria				
Croatia				
Czech republic				
Estonia				
Georgia				
Hungary				
Latvia				
Lithuania				
Macedonia				
Moldova				
Montenegro				
Poland				
Rumania				
Russian Federation				
Serbia				
Slovak Republic				
Slovenia				
Tajikistan				
Ukraine				
Austria				
Belgium				
Cyprus				
Denmark				
Finland				
France				
Germany				
Greece				
Iceland				
Ireland				
Israel				
Italy				
Luxemburg				
Netherlands	fax			
Norway	telephone only			
Portugal				
Spain				
Sweden	not injectable			
Switzerland				
Turkey				
United Kingdom				

Permitted
 Prohibited

Country	prescribe PRN
Afghanistan	
Egypt	
Iran	
Iraq	
Israel	
Lebanon	
Libya	
Morocco	
Oman	
Palestine	
Qatar	
Saudi Arabia	
Syria	
Yemen	

restrictive
 not restrictive

جدول b(۹) شرایط تجویز دارو در حالت اورژانس در کشورهای خاورمیانه

Country	Pharmacist restrictions	
	Pharmacists accept emergency telephone/fax prescriptions	Pharmacists may correct tech errors
Afghanistan	Yes	Yes
Egypt	No	No
Iran	No	Yes
Iraq	No	No
Israel	No	No
Lebanon	No	No
Libya	No	Yes
Morocco	No	No
Oman	No	Yes
Palestine	No	No
Qatar	No	No
Saudi Arabia	No	Yes
Syria	No	No
Yemen	No	No

Yes
No

بررسی شیوه های مطلوب حل مشکل یا ارائه ی خدمات در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته

کنترل درد ریشه ی تمامی انواع درمان های تسکینی محسوب می گردد و در میان درمان های تسکینی عموماً استفاده از مسکن های اپیویدی به عنوان پایه و اساس اینگونه درمانها شناخته می شود. به گونه ای که میزان مصرف این داروها و چگونگی دسترسی بیماران به این مسکن ها به نوعی شاخص سنجش کیفیت درمان های تسکینی و حمایت های پایان زندگی محسوب می گردد^(۱۰).

در میان کشورهای مختلف کیفیت مراقبتهای تسکینی و حمایت های درمانی روزهای پایان زندگی در گزارشی که توسط گروه اکونومیست تهیه شده است رتبه بندی شده است. نمودار (۱). بر اساس این رتبه بندی و نیز با استفاده از آمارهای حاصل از INCB در خصوص میزان مصرف مسکن های اپیویدی در نقاط مختلف جهان، آنچه پیداست اینکه رابطه ی واضحی میان میزان مصرف داروهای مسکن اپیویدی و رتبه ی جهانی این کشورها از لحاظ کیفیت ارائه ی درمان های حمایتی و تسکینی و

حمایت های پایان

دارد. از طرف دیگر،

آمارهای منتشر

دانشگاه آکسفورد-

قوانین حاکم بر

های اپیویدی

اروپایی - نتیجه می

سیاست های این

کنترل مصرف

مقایسه با

از نظر رتبه بندی

المللی در سطوح

هستند کارآمد تر

حتی تسهیل گرا نه

نمودار(۱) رتبه بندی

مراقبت های پایان زندگی و

تسکینی و

زندگی وجود

آنچه از

شده توسط

پیرامون

مصرف مسکن

در کشورهای

شود اینکه

کشورها در

اپیویدها در

کشورهایی که

های بین

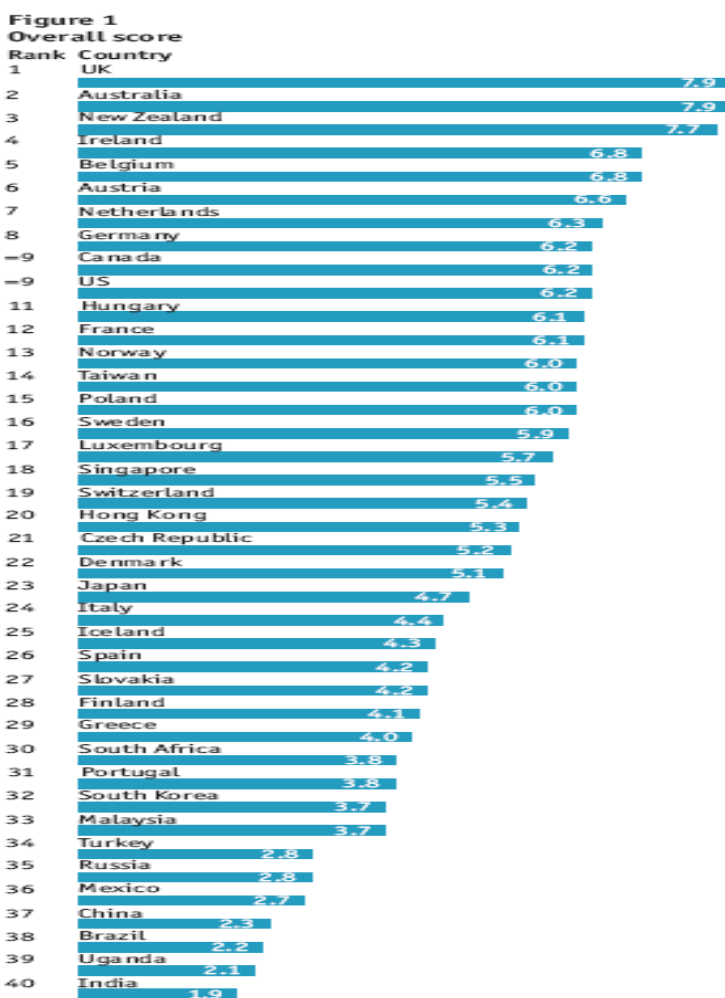
پایین تری

و در مواردی

تر می باشد.

کشورها از لحاظ

کیفیت مرگ



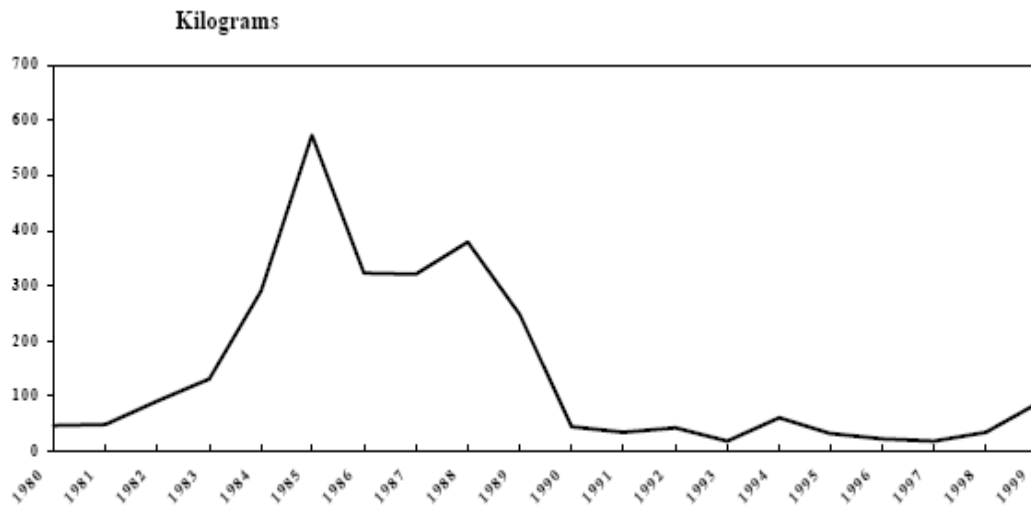
Source: Economist Intelligence Unit.

در این مطالعه به اجمال راهبردهای کشور هند در جهت تامین سیستم مدیریتی صحیح در خصوص مصرف داروهای مسکن اپیویدی در بیماران سرطانی بررسی می شود.

در نمودار زیر روند میزان مصرف مورفین در هند بین سال های ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۹ آمده است. با توجه به نمودار، مشاهده می شود میزان مصرف مورفین در سال ۱۹۸۵ به اوج خود (Kg۵۷۳) رسیده است در این سال ها مصرف مورفین تنها در بیمارستان ها و تنها به شکل تزریقی ممکن بوده است. سپس پس از این تاریخ شاهد نزول شدید مصرف مورفین هستیم به گونه ای که این میزان در سال ۱۹۹۷ به کمتر از ۹۷٪ حد خود در سال ۱۹۸۵ می رسد. (Kg۱۸). در این تاریخ هند در رتبه ۱۱۳ مصرف سرانه مورفین در بین ۱۳۱ کشور قرار می گیرد. این در حالی است که مصرف جهانی مورفین به شدت رو به افزایش است.

در کشور پر جمعیتی مانند هند چنین مصرف پایینی بسیار تعجب بر انگیز و نا متناسب است. از همین رو اقداماتی در جهت شناخت علل کمبود مصرف دارو و حل مشکل دسترسی بیماران به داروهای مسکن اپیویدی در هند صورت گرفت.

مصرف مورفین در هند



اقدامات انجام شده در هند جهت بهبود سیستم مدیریتی داروهای اپیویدی مسکن:

۱- آنالیز سیاست های نظارت بر مصرف مواد مخدر

در این خصوص نواقص سیستم نظارتی بررسی شده و به دو سطح ملی و استانی تقسیم شد. در سال ۱۹۸۵ به دنبال افزایش میزان مورفین، دولت قانونی را تصویب کرد که به سبب آن حمل و مصرف هر میزان از مورفین با مجازات ۱۰ سال زندان روبه رو می شد. بسیاری از پزشکان علت عدم تجویز مورفین در بیماران خود را محدودیت این قانون ذکر کردند. همچنین در کشور وسیعی مانند هند با دارا بودن استان های متعدد و نیز قوانین متفاوتی که بعضا شبیه به قوانین دو کشور مجزاست نظارت شدید بر مصرف مورفین و صدور گواهی های متعدد باعث محدودیت مصرف مورفین می شد.

۲- ساده نمودن فرایندهای نظارتی و قوانین حاکم آن

۳- برگزاری کارگاه های متعدد در زمینه مصرف منطقی و ایمن داروهای مسکن اپیویدی در استان های مختلف هند

۴- پایش نتایج آموزش ها ، کارگاه ها و تسهیل قوانین مربوطه

به این ترتیب سیاست های این کشور به گونه ای تنظیم شده است که قوانین منع سومصرف مواد با دسترسی به داروهای اپیویدی تداخل کمتری داشته باشند.

از نقطه نظر مقاله ای که توسط دانشگاه آکسفورد پیرامون داده های حاصل از کشورهای اروپایی منتشر شده است، سنجش میزان دسترسی بیمار به مسکن های اپیویدی از طریق سنجش پارامتر های زیر امکان پذیر می گردد؛

فرمولاری دارویی از نظر مسکن های اپیویدی

نیاز به ثبت نام و مشخصات جهت دریافت داروی اپیویدی.

حق تجویز داروهای مسکن اپیویدی توسط پزشکان.

شرایط دریافت مجدد دارو .

میزان مجاز تجویز داروهای مسکن اپیویدی برای هر بار ذخیره ی دارو

قوانین حاکم بر نحوه ی توزیع داروهای مسکن اپیویدی

شرایط تجویز داروهای مسکن اپیویدی در موارد اورژانس

سنجش پارامترهای مذکور فرایندهای اساسی مانند آنچه در زیر آمده است را در زمینه مدیریت مصرف داروهای اپیویدی در خصوص بیماران سرطانی با وضوح بیشتری نمایان می سازد ؛

- تامین دارو (که از طریق شناخت فرمولاری دارویی هر کشور تبیین می گردد)
- توزیع دارو (که دربرگیرنده ی سیاست های پخش داروهای اپیویدی در داروخانه ها می باشد)
- تجویز اصولی دارو (که شامل ، شرایط تجویز مجدد دارو، شرایط پزشک از نظر نوع تخصص، شرایط تجویز در اورژانس می باشد)
- مصرف صحیح و منطقی دارو (که شامل سیستم ثبت نام و مشخصات بیمار و میزان مجاز ذخیره دارویی بیمار می باشد)

در خصوص موارد فوق جداول مقایسه ای در ابتدای گزارش آورده شده است .

شناسایی وضع موجود در ایران:

بر اساس آمار های ارایه شده توسط INCB در خصوص میزان مصرف مسکن های اپیویدی ایران در زمره کشورهای با مصرف پایین دسته بندی می گردد با رتبه ی ۱۱۵ در جهان، ۲۵ در آسیا و ۱۵ در منطقه.^(۱۱)

این در حالی است که ایران از نظر منابع مواد اولیه و تکنولوژی ساخت محصولات اپیویدی مسکن غنای کافی را داراست و شرکت های مهر دارو، اکسیر ، سها، داروپخش و توفیق دارو ساخت داروهایی مانند شکل های مختلف خوراکی متادون، کدین و اکسی کدون و همچنین شکل تزریقی مورفین را انجام می دهند.

فرمولاری دارویی ایران از لحاظ مسکن های اپیویدی خصوصا مسکن های غیر سنتتیک دارای غنای کافی بر اساس لیست پذیرفته شده ی WHO می باشد. از طرفی قیمت این داروها بسیار پایین می باشد به گونه ای که در بیشتر موارد، سیستم های حمایتی اقتصادی را نیز طلب نمی کند. از این رو عدم دسترسی مناسب به داروهای مسکن و در برخی موارد عدم آگاهی و یا وجود نگرش منفی نسبت به داروهای اپیویدی در پزشکان، بیماران ، و خانواده ی بیمار تنها علت مصرف پایین این داروها در ایران می باشد.

ارتقا و بهبود دسترسی بیماران سرطانی به درمان های تسکین دهنده ی اپیویدی از جمله اهداف این طرح می باشد که تنها از طریق برقراری توازن در قوانین پیشگیری از سومصرف مواد و قوانین حاکم بر تامین، توزیع و مصرف صحیح داروهای اپیویدی میسر است.

در ادامه با نگاهی به گزارش منتشر شده از طرف دانشگاه آکسفورد برخی پارامتر ها در ایران بررسی می گردد.

فرمولاری داروهای مسکن اپیویدی در ایران:

فرمولاری دارویی ایران انطباق حدودی با لیست داروهای ضروری تایید شده از طرف WHO دارد.

Table 1. Opioid analgesics on essential drug lists

	WHO essential medicine 2007	IAHPC 2007
Codeine	X	X
Morphine, PO immediate release (tablet or liquid)	X	X
Morphine, PO controlled release	X	X
Injectable morphine	X	X
Oxycodone, PO immediate release		X
Fentanyl, TD		X
Methadone, PO immediate release		X

در ایران موجود
نیست

WHO, World Health Organization; IAHP, International Association for Hospice and Palliative Care; PO, oral; TD, transdermal.

قوانین حاکم بر مصرف داروهای اپیویدی در ایران

جهت دریافت اطلاعات با جناب آقای دکتر سلیمانجاهی، مسئول بخش نظارت بر مصرف داروهای مخدر معاونت غذا و داروی تهران مصاحبه ای ترتیب داده شد. اطلاعات مربوط به میزان مصرف سالانه در ایران و همچنین فرمولاری دارویی ایران از لحاظ داروهای اپیویدی از ایشان دریافت شد. ایشان نیز به طور کلی قوانین حاکم بر مصرف مسکن های اپیویدی را سخت گیرانه ارزیابی نمودند و با اشاره به فقدان آمار ثبت شده در خصوص میزان مصرف داروهای مسکن اپیویدی در بیماران سرطانی به شکل تفکیک شده، دسترسی به این اطلاعات را از طریق سیستم ثبت نام بیماران در دانشگاه های علوم پزشکی مناطق مختلف کشور ممکن دانستند.

مطالب زیر بر اساس دستورالعمل ابلاغی شماره ۷۴۰۵/د مورخ ۷۹/۷/۲۶ معاونت غذا و داروی وقت در خصوص ضوابط توزیع و مصرف داروهای مخدر تهیه شده است.

❖ نیاز به ثبت نام و مشخصات بیمار جهت دریافت دارو

نیاز به ثبت نام بیمار و مشخصات بیمار			شرایط خاص برای پزشک جهت تجویز دارو		
Out Pts	InPts	Hospice Pts	Oncologists	Family MD	Surgeon

Not Permitted

No data available

permitted

اداره مواد و داروهای تحت کنترل هر معاونت موظف است برای کلیه بیماران نیازمند به داروهای تحت کنترل پرونده ای جداگانه تشکیل دهد و در آن نسخه پزشک متخصص، تصویر شناسنامه، فتوکپی تایید شده، بیوپسی و سایر مدارک که دال بر بیماری صاحب پرونده است نگهداری شود.

❖ نسخه پزشک باید شامل موارد زیر باشد:

نام پزشک، نوع تخصص، آدرس محل کار، شماره نظام پزشکی، نام و نام خانوادگی بیمار، نام پدر بیمار، شماره شناسنامه بیمار، محل صدور، سال تولد، آدرس بیمار، مقدار داروی مورد نیاز روزانه، نام و شکل و دوز دارو، مدت اعتبار نسخه، تاریخ صدور نسخه، امضا و مهر پزشک معالج.

❖ شرایط دریافت مجدد دارو:

دریافت مجدد دارو ی مخدر مستلزم همراه داشتن اصل شناسنامه، نسخه ی پزشک متخصص، فاکتور فروش قبلی بوده تحویل پوکه های قبلی مصرف شده ی دارو الزامی می باشد. یک نسخه از برگه فروش در این شرایط به بیمار تسلیم شده و نسخه ی دیگر در پرونده بیمار نگه داری می گردد.

بیمارانی که بیش از یک سال داروی مخدر مصرف می کنند باید توسط کمیسیون پزشکی مورد معاینه قرار گیرند و با تایید مجدد بیماری و ضرورت مصرف داروی مخدر نسبت به تحویل دارو اقدام شود.

❖ میزان مجاز داروهای مسکن اپیویدی برای هر بار ذخیره ی دارو توسط بیمار:

دارو طبق نظر پزشک معالج و به مدت یک ماه در اختیار بیمار قرار می گیرد.

حداکثر اعتبار هر نسخه با ذکر پزشک معالج ۶ ماه می باشد.

❖ قوانین حاکم بر نحوه ی توزیع داروهای مسکن اپیویدی:

	داروخانه های شهری	داروخانه های خاص	داروخانه بیمارستان
غیر قابل دسترسی			
دسترسی محدود			
دسترسی قطعی			

در ایران معاونت غذا و دارو دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظف به تامین داروهای مخدر مورد نیاز مراکز درمانی منطقه تحت پوشش خود می باشد.

داروخانه بیمارستان حداکثر می تواند نیاز دارویی مخدر ۲روز بخش اتاق عمل و صرفاً جهت بیماران بستری در بخش ها و با امضا پزشک مسئول بخش یا متخصص بی هوشی و یا مسئول اتاق عمل (به عنوان درخواست کننده) و جهت استوک در اختیار مسئول بخش قرار دهد. این استوک از موجودی کسر و در دفتر پلمب نشده عمل شود.

❖ شرایط تجویز داروهای مسکن اپیویدی در موارد اورژانس:

برای چنین شرایطی دستورالعمل خاصی ذکر نشده است.

تحويل داروهای مخدر به مراکز درمانگاهی و اورژانس شهرستانهایی که فاقد بیمارستان مجهز می باشند با صلاحدید و نظر معاونت های غذا و دارو با رعایت کلیه ضوابط و مقررات تجویز داروها بلامانع است.

افزودن آمپول پتدین و مورفین به لیست دارویی آمبولانس به صورت محدود و با تایید مسئول فنی واحد اورژانس و موافقت معاونت های غذا و دارو و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه و با رعایت کلیه ضوابط و مقررات تجویز داروها بلامانع است.

از آنچه در بالا ذکر شد و نیز از طریق چند مصاحبه غیر رسمی با مسئولین ارائه ی داروهای تحت کنترل در معاونت های غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی چند شهرستان، مدل کنونی دریافت داروهای اپیویدی در ایران به شرح زیر است.

تجویز نسخه با شرایط پیش گفته توسط پزشک انکولوژیست مراجعه بیمار به اداره داروهای تحت کنترل معاونت غذا و دارو دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی در منطقه مربوطه ارائه ی مدارک پیش گفته دریافت دارو برای مدت ← یک ماه مصرف

لازم به ذکر است که دارو تنها به خود بیمار و یا یکی از اقوام درجه یک بیمار تحويل می گردد. ضمناً با وجود اینکه در دستورالعمل فوق الذکر نامی از بیماران سرطانی به شکل خاص برده نشده است لیکن در معاونت های غذا و دارو دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی تنها به بیماران سرطانی دارو تحويل می شود و معتادین در حال ترک داروی خود را از کلینیک های ترک اعتیاد دریافت می کنند.

منابع:

- 1- Opioid in people with cancer-related pain, BMJ Publishing Group Ltd 2008
- 2- Barriers to cancer pain management: a review of empirical research. Ramune Jacobsen, ZitaLiubarskiene.
- 3- Cherny NI. The assessment of cancer pain. In: McMillan SC, Koltzenburg M, editors. Wall and Melzack's Textbook of pain. 5th ed. Churchill Livingstone: Elsevier; 2006.p.1099-125.
- 4- A Systematic Review of observational Studies on Effectiveness of Opioid Therapy for Cancer Pain. James Colson, DhanalashmiKoyyalagunta, Frank J.E. Falco and LaxmaiahManchikanti.
- 5- Human Rights Watch. "Please, do not make us suffer any more": Access to Pain Treatment as a Human Right. New York: Human Rights Watch 2009.
- 6- Access to Controlled Medications Programme. WHO/PSM/QSM/2007.2 February 2007
- 7- Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe: a report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative. Annals of Oncology 21: 615–626, 2010
- 8- Current Trends in Opioid Consumption Globally and in Middle Eastern Countries. www.jpho-online.com (J PediatrHematolOncol 2011;33:S1–S5)
- 9- The international collaborative project to evaluate the availability and accessibility of opioids for the management of cancer pain in Africa, Asia, Latin America and Middle East Preliminary results for peer review: MIDDLE EAST
- 10- The quality of death Ranking end-of-life care across the world A report from the Economist Intelligence Unit. Economist Intelligence Unit 2010.
- 11- Report of the International Narcotics Control Board on the Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes E/INCB/2010/1/Supp.1

**جایگاه مراقبتهای حمایتی تسکینی و حمایتی
در کودکان مبتلا به بیماریهای تهدید کننده زندگی**

بهمن ماه ۱۳۹۱

مقدمه

هر ساله در آمریکا حدود ۵۰۰۰۰ کودک می‌میرند و ۵۰۰۰۰۰ کودک با وضعیت‌های تهدید کننده حیات درگیرند. در سطح جهان این عدد به میلیون‌ها می‌رسد. این کودکان و خانواده‌های آنان نیازمند مراقبت‌های حمایتی و تسکینی جامع دلسوزانه و متناسب با سطح تکاملی کودک هستند.

مراقبت‌های تسکینی خانواده و بیمار را به عنوان یک واحد ویژه که اعضای آن نیازمند مراقبت قبل و بعد از مرگ هستند، در نظر می‌گیرد. انجمن طب کودکان آمریکا درباره مراقبت‌های تسکینی بیان می‌کند که "اجزا مراقبت‌های تسکینی صرف نظر از اینکه بیماری به درمان یا مرگ منجر شود. در زمان تشخیص و در طول بیماری ارائه می‌شود. مراقبت‌های تسکینی و حمایتی باید در همه شرایط شامل خانه بیمارستان و مدرسه در دسترس باشد.

ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه باید برای تشخیص نیاز کودک به مراقبت‌های تسکینی - ارزیابی نیازهای عاطفی و معنوی کودک و خانواده- تسهیل برنامه ریزی مراقبت‌های پیشرفته- ارزیابی و مدیریت درد و علائم کودک - ارائه مراقبت به خانواده کودک در عزاداری و شناخت شاخص‌ها و اندیکاسیون‌های ارجاع به متخصص آموزش ببینند. پزشکان عمومی و متخصصان به طور مشابه می‌توانند و باید مراقبت‌های تسکینی را در صورت لزوم ارائه دهند.

هر تیم مراقبت‌های تسکینی دست‌کم باید شامل یک پزشک عمومی آموزش دیده یک هماهنگ کننده مراقبت و در برخی موارد یک متخصص سوگواری باشد. به علاوه حمایت‌های متخصص روانپزشک کودک و متخصص دوران کودکی برای کمک به مشکلات پیچیده کودک دچار وضعیت تهدید کننده زندگی و خانواده باید در دسترس باشد. از آنجا که گروه مراقبت‌های تسکینی شاید به سرعت در دسترس نباشد- متخصصان مراقبت‌های بهداشتی تا زمان فراهم شدن گروه حمایتی و مراقبت از تمام مشکلات فیزیکی روانی و معنوی کودک و خانواده- باید درد و علائم بیمار را پیش‌بینی و درمان کنند.

وضعیت‌هایی که مراقبت‌های تسکینی کودکان در مورد آنها باید ارائه گردد

- وضعیت‌هایی که مداوای درمانی محتمل است ولی شاید نتیجه بخش نباشد مانند: بدخیمی‌های پیشرفته یا پیشرونده یا با پیش‌آگهی بد و بیماری‌های قلبی مادرزادی یا اکتسابی پیچیده و شدید.
- وضعیت‌های نیازمند به درمان طولانی شدید با هدف نگهداری کیفیت زندگی مانند:

عفونت نقص ایمنی اکتسابی، فیروز سیستیک، اختلال شدید، نارسایی کلیه در مواردی که در آن دیالیز یا پیوند کلیه اندیکاسیون دارد ولی در دسترس نیست، نارسایی مزمن یا شدید تنفسی، دیستروفی عضلانی

• وضعیت‌های پیشرونده که در آنها درمان صرفا تسکینی است. مانند:

اختلالات متابولیک پیشرونده- اختلالات کروموزومی خاص مثل تریزومی ۱۸ یا ۱۳ - osteogenesis imperfecta. انواع شدید

• وضعیت‌های شامل ناتوانی های غیر پیشرونده شدید که باعث آسیب و عوارض شدید می‌شود. مانند:

فلج مغزی شدید با عفونت راجعه یا علایمی که کنترل آنها دشوار است- نارسائی شدید- آسیب شدید عصبی ناشی از بیماری عفونت- آسیب مغزی هیوکسیک یا انوکسیک- هولوپروزنسفالی یا مالفورماسیونهای شدید مغزی دیگر.

اجزا ضروری در برخورد با مراقبت‌های تسکینی کودکان

اجزا ضروری در ارائه مراقبت های تسکینی کودکان شامل موارد زیر است:

۱- توجهات جسمی

- شناختن درد و نشانه های دیگر
- ایجاد و اشاعه برنامه های دارویی و غیر دارویی
- تهیه داروهای فوری برای خانه
- فرستادن کودک نزد متخصص درد و مراقبت‌های تسکینی در صورت نیاز

۲- توجهات روانی اجتماعی:

- شناختن ترس‌ها و نگرانی‌های کودک و خانواده
- توجه به ترس‌ها و نگرانی‌های کودک و خانواده
- اطمینان به کودک و خانواده که رها و ترک نخواهند شد
- توجه به نگرانی‌های خواهر و برادر و بقیه خانواده
- شناختن روش‌های تطابق و ارتباطی کودک
- تنظیم برنامه مراقبت هماهنگ با روش‌های تطابق و ارتباطی خانواده و کودک
- ارتباط با کودک هماهنگ با وضعیت تکاملی وی
- توضیح مفهوم مرگ هماهنگ با درک کودک از مرگ بر طبق تکامل بیمار
- گفتگو درباره تجربیات پیشین بیمار از مرگ یا رخداد‌های آسیب زنده دیگر یا مواردی مثل سو استفاده از مواد یا خودکشی
- تنظیم برنامه درمانی و انتخاب‌ها بر پایه تجربیات پیشین بیمار
- در نظر داشتن فرستادن کودک و خانواده به متخصصین بهداشت روان در صورت نیاز

- ارزیابی منابع برای حمایت سوگواری
- برنامه ریزی برای پیگیری خانواده پس از مرگ کودک
- اطمینان دادن به خانواده که رها نخواهند شد.

۳-توجهات معنوی

- انجام ارزیابی معنوی (مروری بر امیدها رویاها ارزشها معنای زندگی نگرش به نقش دعا و مراسم و باورهای مربوط به مرگ)
- در نظر داشتن فرستادن کودک به نزد فراهم کننده مراقبتهای معنوی هماهنگ با فرهنگ بیمار
- ارائه کمک برای توضیح بیماری به فرد فراهم کننده حمایت معنوی با اجازه خانواده
- زمان دادن به کودک و خانواده برای تأمل در معنی و هدف زندگی

۴- برنامه ریزی مراقبت پیشرفته

- مشخص کردن تصمیم گیرندگان
- دخیل کردن تصمیم گیرندگان اصلی
- درمیان گذاشتن اطلاعات مربوط به تصمیم گیری با همه گروه
- گفتگو درباره سیر بیماری
- ارائه اطلاعات به اندازه ای که موضوع قابل فهم باشد.
- ایجاد اجماع درباره سیر بیماری
- شناسایی اثر بیماری بر ظرفیت کارکردی و کیفیت زندگی بیمار
- مشخص کردن زمان احتمالی تا مرگ
- تعیین اهداف درمان
- تعیین اینکه هدف درمان مداوا نامشخص و یا ایجاد راحتی و آسایش ابتدایی در بیمار است.
- درمیان گذاشتن اهداف با گروه درمانی
- فکر درباره موارد مربوط یا نگرانی‌های نزدیک پایان زندگی
- ایجاد و درمیان گذاشتن برنامه درمانی- مانند دستور انجام ندادن احیا در صورت لزوم- و تصمیمات برای موارد ویژه
- ایجاد دستورالعمل پیش بینی کننده بنا به تغییرات جسمی در زمان نزدیک به مرگ اینکه با چه کسی تماس گرفته شود و چه کسی علایم بیمار را کنترل کند.

۵- توجهات عملی

- ایجاد راه های ارتباط و هماهنگی با گروه درمانی
- شناسایی مدیر درمانی و راه ارتباط که همیشه در دسترس باشد. به کارگیری افراد جدید مورد نیاز برای دستیابی به اهداف مانند: متخصص آسایشگاه یا مراقبت تسکینی
- در دسترس قرار دادن برنامه درمانی برای همه گروه
- رعایت ترجیح کودک و خانواده برای محل درمان و مراقبت
- اطمینان دادن به کودک یا خانواده که اهداف بیان شده درمان در محل مورد ترجیح آنان قابل دستیابی است
- ایجاد و در میان گذاشتن برنامه برای محل مرگ - تماسهای در زمان مرگ و اعلام مرگ
- آشنا شدن با محیط زندگی و تحصیل کودک
- ایجاد و در میان گذاشتن برنامه مراقبت برای همه محیط های مربوط
- تلاش برای دیدار از محل های مراقبت مانند مدرسه برای ارائه آموزش در صورت امکان با همکاری موسسات اجتماعی
- توجه به وضعیت کارکردی حال و آینده کودک
- سفارش وسایل پزشکی مانند صندلی چرخدار ساکشن لگن توالت یا تخت بیمارستان برای نیازهای بعدی پرس و جو درباره فشار اقتصادی ناشی از بیماری بر خانواده
- ارائه کمک از خدمات اجتماعی مشاورین اقتصادی یا دیگر حمایت های موجود در اجتماع

ارزیابی و مدیریت درد و علایم

مدیریت زمان بندی شده و ماهرانه در و علایم کودک باید بخش اصلی کار هر پزشکی که با کودک با وضعیت تهدید کننده زندگی در تماس است باشد. به علاوه پزشک باید آموزش مناسبی را برای خانواده نیازمند حمایت این بیمار درباره اینکه در طی روند بیماری باید انتظار چه وقایعی را داشته باشند فراهم کند.

متخصصان مراقبتهای بهداشتی که با کودکان با وضعیت تهدید کننده زندگی کار می کنند باید بخواهند و بتوانند که درباره احتمال مرگ- احتمال رنجها و آسیبهای فیزیکی و عاطفی و روشهای پیشگیری و درمان آنها به طور باز و روشن صحبت کنند.

پزشکان عمومی که مایل اند مراقبت کودکان با وضعیت تهدید کننده زندگی یا دوره کوتاه زندگی را انجام دهند، باید با درمانهای دارویی و غیر دارویی درد، تنگی نفس، تهوع، استفراغ، سیانوز و تشنج آشنا باشند. داروهای مورد استفاده در کنترل نشانه های شایع در طب تسکینی کودکان در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱ داروهای مورد استفاده در مراقبت های حمایتی و تسکینی کودکان

اندیکاسیون	دارو	دوز اولیه
درد یا تنگی نفس	Morphine	۰/۳ کیلوگرم/میلی گرم دهانی- زیر زبانی - مقعدی هر ۴-۳ ساعت
اضطراب و آزیتاسیون	Lorazepam,	۰/۰۵ کیلوگرم/میلی گرم دهانی- زیر زبانی - مقعدی هر ۶-۴ ساعت
	Haloperidol	۰/۰۱-۰/۰۲ کیلوگرم/میلی گرم دهانی- زیر زبانی - مقعدی هر ۸-۱۲ ساعت
خارش	Diphenhydramine	۰/۵-۱ کیلوگرم/میلی گرم دهانی- هر ۸-۶ ساعت
تهوع استفراغ	Prochlorperazine	۰/۱-۰/۱۵ کیلوگرم/میلی گرم دهانی- زیر زبانی - هر ۸-۶ ساعت
	Ondansetron	۰/۱۵ کیلوگرم/میلی گرم دهانی- وریدی - هر ۸-۶ ساعت
تشنج	Diazepam	۰/۰۳-۰/۰۵ کیلوگرم/میلی گرم مقعدی هر ۴-۲ ساعت
ترشحات	Hyoscyamine	۰/۱۲۵-۰/۶۲۵ کیلوگرم/میلی گرم دهانی- زیر زبانی - هر ۴ ساعت برای کودکان ۲-۱۲ سال ۰/۲۵-۰/۱۲۵ کیلوگرم/میلی گرم دهانی- زیر زبانی - هر ۴ ساعت برای کودکان بزرگتر از ۱۲ سال

نیازهای عاطفی و معنوی

یک ویژگی مراقبت‌های تسکینی و حمایتی کودکان تجربه پیچیده بیماری تهدید کننده زندگی توسط کودک است که دارای ویژگی‌های رشدی تکاملی فیزیکی عاطفی اجتماعی روانشناسی و معنوی خاص دوره کودکی است. از اینرو افرادی که با کودکان مبتلا به وضعیت تهدید کننده زندگی و خانواده آنان کار می‌کنند باید دانش و تجربه پایه در تکامل کودک و سیستم‌های خانواده را داشته باشند. ارتباط با کودک نیازمند آشنایی با عواطف طبیعی و تکامل معنوی آنان است (جدول ۲). حتی هنگامی که کودک به مرگ نزدیک می‌شود والدین و مراقبان باید ترغیب شوند که رفتارهای معمول متناسب با سن کودک و روتین‌های آشنا برای کودک را ادامه دهند.

لازمه کار در حد وضعیت تکاملی کودک نیازمند ارتباط کلامی و همچنین زبان سمبولیک و بدنی است. روش‌های معمول ارتباط بیانی با کودکان عبارتند از کشیدن تصویر بازی با عروسک حیوانات نوشتن داستان و روزنوشت نوشتن یا اجرای موسیقی و ایجاد مراسم. کار در حد و اندازه تکاملی کودک باعث تشویق وی به بیان آرزوها رویاها و ترس‌ها و بازتاب‌های محیط می‌شود. فهم کودک از مرگ وابسته به سطح تکاملی وی است (جدول ۳).

جدول ۲. تکامل مفهوم مرگ و معنویت در کودکان

سن (به سال)	ویژگی‌ها	مفهوم غالب مرگ	تکامل معنوی	مداخلات
۲-۰	دارای ارتباط حسی و حرکتی با محیط است	هیچ	ایمان به صورت اعتماد و امید به دیگران نیاز به احساس ارزشمند بودن و عشق .	فراهم کردن حداکثر راحتی جسمی - حضور افراد آشنا و اشیاء آرام‌بخش گذرا (اسباب بازی مورد علاقه) و پایداری و تداوم .
۲-۶	تفکر جادویی و پویا	باور به موقتی و قابل بازگشت بودن مرگ مثل خواب. مرگ را برای خود در نظر نمی‌گیرد. باور به اینکه افکار می‌تواند منجر به مرگ شود.	ایمان به صورت جادویی و تخیلی. شرکت در مراسم مهم می‌شود. نیاز به شهادت و روحیه دادن.	حداقل جدایی از والدین. اصلاح این باور اشتباه که بیماری یک تنبیه است. ارزیابی وجود احساس گناه و تسکین وی در صورت احساس گناه. استفاده از زبان مناسب (در حال مردن - مرگ).
۶-۱۲	تفکر عینی	تکامل به درک بزرگسالان از مرگ. فهمیدن اینکه مرگ برای خودش هم رخ می‌دهد. علاقه به فیزیولوژی و جزییات مرگ.	ایمان متوجه به درستی و ناراستی. پذیرش تعابیر خارجی به عنوان حقیقت. ارتباط دادن مراسم با هویت فردی.	ارزیابی ترس کودک از رها شدگی. راستگو بودن با کودک. ارائه جزییات عینی در صورت درخواست. حمایت از تلاشهای کودک برای کنترل و تسلط. اجازه به کودک برای شرکت در تصمیم گیری.
۱۲-۱۸	عمومیت تفکر. عینی شدن واقعیت. به دست آوردن توانایی تصویر سازی از خود. مهم شدن تصویر بدنی و اعتماد به نفس.	جستجوی علل غیر فیزیکی مرگ.	آغاز پذیرش بیر درونی به عنوان حقیقت. تکامل ارتباط با خدا و نیروی برتر. جستجو برای معنی هدف امید و ارزش زندگی.	تقویت اعتماد به نفس کودک. اجازه به کودک برای بیان احساسات شدید. اجازه حفظ حریم خصوصی به کودک. کمک به استقلال. کمک به دسترسی کودک به هم سن و سالان. راستگو بودن با کودک. اجازه به کودک برای شرکت در تصمیم گیری.

جدول ۳ سطوح تکاملی کودک از نظر ادراک مرگ

مفهوم مرگ	پرسشهایی که نشان دهنده درک ناکامل از مرگ هستند	نتایج درک ناکامل از مرگ
بازگشت ناپذیری (موجودات مرده دوباره زنده نخواهند شد)	تا چه زمانی مرده خواهی ماند؟ کی (حیوان خانگی مرده من) برمیگردد؟ می توانم چیزی رو زنده کنم؟ وقتی مردی دوباره می توانی زنده بشی؟	پرهیز از جدایی از وابستگیهای شخصی. نخستین گام در سوگواری.
پایانی یا نبود کارکرد (تمام کاردهای مربوط به زنده بودن با مرگ از بین می رود)	وقتی مردی چه کار می کنی؟ وقتی مردی میتونی ببینی؟ زیر زمین چی می خوری؟ مرده ها ناراحت هم میشن؟	اشتغال ذهنی با احتمال رنج جسمانی فرد مرده.
جهان شمولی (همه موجودات زنده می میرند)	آیا همه می میرند؟ بچه ها هم می میرند؟ من مجبورم بمیرم؟ من کی می میرم؟	شاید مرگ را به عنون تنبیه کودک یا فرد مرده در نظر بگیرد. شاید باعث احساس گناه یا شرم شود.
رابطه علت و معلول (فهم واقع بینانه علت مرگ)	آدمها چرا میمیرن؟ مردم میمیرن چون ادمهای بدی هستند؟ چرا گربه من مرد؟ میتونم بخوام کسی بمیره؟	ممکن است باعث احساس گناه شدید بشود

محققان می گویند که تا سه سالگی کودک مرگ را به عنوان یک تغییر در وضعیت - جهان شمول بودن آن را تا ۵-۶ سالگی و مرگ پذیری انسان را تا ۸-۹ سالگی درک می کند. توجهات معمول معنوی در کودک عبارتند از عشق بدون شرط بخشش امید امنیت. کودک مانند بزرگسال می خواهد بداند که زندگی او تفاوتی را ایجاد می کند نه فقط از طریق تکمیل یک کار بلکه با تاثیر بر دیگران. کودکان همچنین نگران تنهایی هستند. با جدا شدن از اجزا مهم جهان شان مثل والدین خواهر برادر مدرسه و حیوانات خانگی و نگران از دست دادن تمامیت وجودی شان و یا ناتوانی در انجام خواسته هایشان.

مراقبت های سوگواری

روند وابستگی کودک-والدین از زمان تولد و یا حتی زودتر آغاز می شود. از دست دادن یک فرزند یکی از پر تنش ترین رویدادهای ممکن است که یک بحران معنایی ایجاد می کند که در طی آن والدین به جستجوی تسلط شناختی بر آن و اهداف جدید زندگی بر می آیند. واکنش سوگ روندی است که در طول عمر ادامه خواهد یافت و معمولاً هیچگاه برای والدین حل نخواهد شد بلکه یاد می گیرند که چگونه این فقدان را در زندگی ترکیب کنند و با آن زندگی کنند. والدینی که یک کودک را از دست داده اند در خطر واکنش های پیچیده سوگ و خطر بیشتر مرگ در اثر عوامل طبیعی و غیر طبیعی هستند.

کودکان نیز دچار سوگ می شوند. در موقعیت شرایط تهدید کننده زندگی کودکان دچار سوگواری فقدان کارکرد و نبود یا اختلال در ارتباط متقابل و شرکت در در فعالیتهای متناسب با سن مثل بازی و مدرسه می شوند. کودکان نزدیک به پایان زندگی شاید دچار سوگ به علت مرگ قریب الوقوع و رنج ناشی از نگرانی این که اطرافیان چگونه از عهده این ناراحتی برآیند می شوند. نه تنها خواهر و

برادرها بلکه همکلاسی ها و همسن و سالان در اجتماع اطراف هم باید مورد توجه قرار گیرند. چرا که مرگ کودک حتی کسانی که خارج از دایره آشکار خانواده و دوستان هستند را تحت تاثیر قرار می دهد.

برنامه ریزی مراقبت پیشرفته

برنامه ریزی مراقبت پیشرفته روندی است که طی آن به شناخته شدن خواسته های بیمار و خانواده وی در صورت بیماری شدید یا تهدید کننده زندگی کمک شود. کسانی که مسئول برنامه ریزی مراقبت پیشرفته هستند، باید با قوانین و رسوم محلی و دولتی مرتبط مثل دستور احیا نکردن بیمار و روش ها و قوانین تصمیم گیری قیم برای افراد صغیر یا بزرگسالانی که توانایی تصمیم گیری ندارند آشنا باشند.

برنامه ریزی مراقبت پیشرفته یک روند چهار مرحله ایست. ابتدا تصمیم گیرندگان باید مشخص شوند و در روند تصمیم گیری وارد شوند. دوم درک بیمار یا خانواده وی از بیماری از و پیش آگهی مشخص شود و مرگ قریب الوقوع به شکلی که کودک و خانواده وی متوجه شوند توضیح داده شود. سوم بر پایه درک آنان از بیماری و پیش آگهی و بیماری اهداف مراقبت بر پایه مداخلات فعلی و بعدی درمان احتمال درمان یا فقط برای راحتی بیمار برنامه ریزی شود. در آخر تصمیم مشترک درباره استفاده از اقدامات طولانی کننده زندگی و مداخلات قوی پزشکی مثل تهویه مکانیکی یا مایع درمانی گرفته شود.

به عنوان یک قاعده عام تصمیم گیری با بیمار و خانواده وی است حتی اگر باورها و ارزش های مورد باور آنان متفاوت از گروه درمانی باشد. اگر این تصمیمات هماهنگ با درک مفروض از بیماری و اهداف مراقبت نبود یا اگر بیمار و خانواده نتایج تصمیم شان را نمی دانستند، گفتگو باید ادامه یابد. در صورت حل نشدن تعارض و اختلاف یک متخصص اخلاق باید مورد مشورت قرار گیرد. دستورالعمل های پیشرفته و نوشته های مستند که برای نشان دادن اجزا ضروری برنامه ریزی مراقبت پیشرفته طراحی شده اند و خواسته های بیمار و خانواده وی را درباره مراقبت پزشکی نشان دهد در این موقعیت ضروری هستند (۱).

مراقبت های تسکینی یعنی درمان هر علامت فیزیکی روانی یا عاطفی (۲۱). وقتی که ما به عنوان متخصصان سلامتی و بهداشتی از مراقبت های تسکینی صحبت می کنیم، شاید به نظر برسد که انجام آن پس از تمام یا اکثر درمان های در دسترس آغاز می شود. به جای آنکه مراقبت های تسکینی به صورت سنتی اجرا شود که در پایان بیماری به درمان به درمان بیمارانی بپردازد که قابل معالجه نیستند ما باید بکوشیم که با توجه مدل ارائه شده سازمان بهداشت جهانی مراقبت های تسکینی را در اوایل دوره بیماری درباره کسانی که در خطر مرگ هستند اجرا کنیم (۳).

در مراقبت های تسکینی همانند بقیه جنبه های پزشکی کودکان را نمی توان تنها به عنوان بزرگسالان کوچک درمان کرد. بیشتر برنامه های مراقبت های تسکینی و آسایشگاه تسکینی برای بزرگسالان طراحی شده اند ولی کودکان دارای نیازهای ویژه ای هستند. مثلا درک کودک از مرگ در هر سنی متفاوت از بزرگسالان و کودکان دیگر است. درک کامل مرگ نیازمند ترکیب کردن اصولی چون برگشت ناپذیری (مرگ دائمی است) - نهایت و نبود کارکرد (تمام کارکردهای تعریف کننده زندگی و احساسات با مرگ پایان می یابد) - جهان شمولی (همه موجودات زنده می میرند) - و اصل علیت (بیماری و حوادث باعث مرگ می شوند).

کودکان این سطوح درک را در سنین متفاوت به دست می آورند. ولی به نظر می رسد که کودکان در سه سالگی مرگ را به عنوان تغییری در وضعیت - در شش سالگی جهان شمولی و فناپذیری فردی را تا ۹ سالگی می فهمند (۳،۱). در نتیجه مهم است که بدانیم کودکان در حال مرگ معمولا می دانند که در حال مردن هستند. دوری کردن از این موضوع کودکان را مورد حمایت قرار نمی دهد بلکه باعث می شود که نتوانند درباره احساساتشان صحبت کنند و باعث می شود که دچار ترس و انزوا شوند (۴). کودکان همانند بزرگسالان امیدها ترسها و رویاهایی درباره آینده دارند و چه بیمار باشند یا نه باید تشویق شوند که آنها را درمیان بگذارند.

سازمان بهداشت جهانی بیان می کند که مراقبت های تسکینی برای کودکان مراقبت همه جانبه از جسم ذهن و احساسات کودک و همچنین حمایت از خانواده وی است و مراقبین بهداشتی را ملزم می کند که فشارهای جسمی روانی و اجتماعی کودک را ارزیابی و تسکین دهند (۵،۴). این نگرش به مراقبت های تسکینی نیازمند یک گروه با کارکرد بین بخشی است که در بهترین شرایط باید از اوایل دوره بیماری و نه فقط هنگام قریب الوقوع بودن مرگ وارد کار شوند.

اعضا گروه اسایشگاه مراقبت های تسکینی و خدمات مراقبت های حمایتی (۵،۶)

۱- پزشک مدیر

۲- پرستار هماهنگ کننده / مدیر بیمار

۳- مراقبین پرستاری

۴- مددکار اجتماعی

۵- متخصص زندگی دوره کودکی

۶- روان شناس مددکار بهداشت روانی

۷- درمانگر تنفسی

۸- مشاور مراقبت معنوی

۹- داروساز

۱۰- مشاور امور سوگواری

۱۱- مشاور رژیم درمانی

۱۲- درمانگر فیزیکی کار درمانی گفتار درمانی

۱۳- ساختارهای مراقبت در خانه

۱۴- گروه داوطلبان حمایت از والدین و خانواده بیمار

لازم است که یادآوری شود؛ درمان علایم فیزیکی تنها یکی از اهداف مراقبت‌های تسکینی است و آسایشگاه مراقبت‌های تسکینی و مراقبت‌های حمایتی و تسکینی می‌تواند راهنمای پیش بینی کننده تصمیم‌گیری مشترک برای والدین و کودکان را فراهم کند و همچنین منجر به مراقبت‌های خانواده محور برای شامل کردن والدین- خواهر و برادر - مادر و پدر بزرگ - دوستان نزدیک - معلمان - همکلاسی ها و اعضا مهم دیگر حلقه اجتماعی کودک شود.(۷، ۸)

نیازهایی که در طب کودکان باید در انتهای زندگی مورد توجه باشد(۹):

۱- کنترل درد و علایم بیمار

۲- تصمیم گیری

۳- دسترسی به ساختارهای پزشکی

۴- حفظ شأن و احترام

۵- مراقبت خانواده محور

۷- مسایل روانی اجتماعی

۸- نیازهای معنوی

نیازهای معنوی مستقل از دین وجود دارند. معنویت باید با هدف کمک به افراد برای پیدا کردن معنی و هدف در زندگی و ادامه ارتباطات و فراتر رفتن از خود مورد توجه قرار گیرد(۱۰۸).

موانع دریافت مراقبت‌های تسکینی(۱۰،۹،۸،۷،۱۱۶،۱۲،۱۳)

۱- امید نادرست به معالجه در بین مراقبین بهداشتی

۲- تاخیر در شناسایی نیاز

۳- ناآشنایی با مراقبت‌های تسکینی کودکان

۴- کمبود مراقبان بهداشتی آموزش دیده در زمینه مراقبت‌های تسکینی

۵- فاصله زیاد از خدمات

۶- نپذیرفتن شیمی درمانی یا درمانهای دیگر به طور همزمان

۷- پیگیری ناکافی یا ناپیوسته پس از ترخیص

۸- تداوم ضعیف مراقبت در طی بستری

۹- بی توجهی به مسایل معنوی و روانی اجتماعی

۱۰- حمایت ضعیف مالی

یک مانع وارد شدن به آسایشگاه مراقبتهای تسکینی حتی در صورت وجود تمایل - ادامه درمانهای خاص طبی است که به طور سنتی درمان تلقی می‌شوند و برای بیمارانی که به آسایشگاه مراقبت‌های تسکینی وارد می‌شوند مجاز نیست. این درمانها عبارتند از شیمی درمانی، جراحی، پرتو درمانی، تزریق خون. گزارش شده که تمایل به ادامه این درمانها شایعترین دلیل ارجاع نکردن کودکان به آسایشگاه مراقبتهای تسکینی توسط انکولوژیست کودکان و در نتیجه محروم شدن آنها از فواید خدمات آسایشگاه مراقبت‌های تسکینی است (۱۰).

با پیشرفت فناوری در تشخیص پیش از تولد بسیاری از جنین‌های با آنومالیهای محدود کننده حیات یا اختلالات ژنتیکی شناسایی می‌شوند. برای زنانی که نمی‌خواهند سقط جنین کنند و در انتظار کودکی هستند که با فاصله کمی پس از تولد خواهد مرد دسترسی به آسایشگاه مراقبتهای تسکینی پرناتال حمایت ارزشمندی است. این نوع آسایشگاه مراقبتهای تسکینی برای خانواده حمایت روانی اجتماعی اطلاعات منابع و فرصت‌های سازی در طی برنامه ریزی برای تولد و مرگ احتمالی فرزندشان را فراهم می‌کند (۱۲).

کنترل علائم رنج آور در طی مراحل آخر زندگی کودکان اهمیت ویژه ای برای متخصصان درگیر در مراقبت‌های تسکینی کودکان دارد. اهمیت این مساله فقط از جنبه نگاه انسان دوستانه نیست بلکه واضح است که خاطره علائم درمان نشده در کودک در حال مرگ در خاطره والدین و خواهر و برادرها سال‌ها پس از مرگ کودک می‌ماند (۱۳). اگر مشکلات جسمانی درمان نشود کودک بیمار و خانواده وی نمی‌توانند مراقبت مسایل روانی اجتماعی و معنوی را به خوبی بپذیرند و با این مشکلات برخورد مناسب داشته باشند.

درمانهای تسکینی بر بهبود علائم (مثل درد و تنگی نفس) - بهبود شرایط آزار دهنده (مثل تنهایی) که باعث ناراحتی کودک و دوری کردن وی از لذتهای زندگی می‌شود متمرکز است. اطمینان از اینکه خانواده سوگوار بتوانند فعال و سالم بماند نیز هدف دیگر مراقبت‌های تسکینی کودکان است. هدف مراقبت‌های تسکینی ایجاد کیفیت بهتر زندگی برای بیماران و خانواده آنان با توجه به ارزشهای مورد باور آنان بدون توجه به محل حضور بیمار است (۱۴).

اصول مراقبتهای تسکینی

۱- احترام به شان بیماران و خانواده:

تدارک مراقبتهای تسکینی برای کودک شامل حساسیت و احترام به خواسته های کودک و خانواده است. با مشورت کردن با والدین و یا قیم قانونی کودک برنامه مراقبت کودک باید شامل احترام به ترجیح کودک با بیماری غیرقابل درمان درباره آزمایشها پایشها و درمان باشد.

۲- دسترسی به مراقبتهای تسکینی قابل قبول و دلسوزانه:

علاوه بر تسکین درد و علائم جسمانی پزشکان باید دسترسی به اقداماتی که کیفیت زندگی را بهبود می بخشد نیز فراهم کنند (۱۵). این اقدامات عبارتند از: آموزش، مشاوره خانواده و مشاوره در سوگواری حمایت از طرف افراد هم سن و سال موسیقی درمانی مداخلات متناسب با سن کودک یا حمایت معنوی برای والدین و خواهر برادرها و استراحت دادن به خانواده باشد. استراحت دادن به خانواده و تدارک مراقبت از کودک بیمار توسط مراقبینی غیر از اعضا خانواده به آنان فرصت استراحت و تجدید قوا خواهد داد که می-تواند برای ساعتها یا روزها طول بکشد و با توجه به یک برنامه ریزی و یا به صورت متناوب و در صورت لزوم اجرا شود.

۳- حمایت از مراقبین

متخصصان مراقبتهای بهداشتی باید توسط گروه گروه مراقبتهای تسکینی و همکاران و موسساتی که درگیر روند مرگ کودک هستند حمایت شوند.

۴- حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی و تخصصی پیشرفته برای مراقبتهای تسکینی کودکان با آموزش های عمومی و تخصصی باید با افزایش آگاهی درباره نیاز و ارزش مراقبتهای تسکینی کودکان و تلاش برای رفع موانع بوروکراتیک - دسترسی به آن را پیش ببرد.

۵- پیشرفت مستمر مراقبتهای تسکینی کودکان از راه آموزش و پژوهش

هدف مراقبتهای تسکینی کودکان اضافه کردن زندگی به سالهای عمر کودک است نه فقط اضافه کردن سالهای بیشتر به عمر کودک.

کار با والدین کودک در حال مرگ

متخصص کودکان لازم است با اذعان به نبود قطعیت تخمین واقع گرایانه ای از پیش آگهی و محدوده زمانی که مرگ محتمل است رخ دهد را ارائه دهد و باید ابراز احساسات والدین را در موارد ناامیدی خشم شوک و رنجی را که به علت بیماری کودک دارند مورد حمایت قرار دهد. پذیرفتن این احساسات به والدین کمک می کند که روی کیفیت باقیمانده زندگی کودک تمرکز کنند (۱۶).

مهمترین کار این است که متخصص کودکان والدین و کودک را از ادامه مراقبت و حمایت از کودک بیمار در طی بیماری و پس از مرگ مطمئن سازد. ترس از انزوا و رها شدن به ویژه در طی بیماری طولانی کودک یک نگرانی مهم کودک با بیماری مزمن یا در حال مرگ و خانواده وی است (۱۷).

مرگ چه قابل انتظار یا غیر منتظره باشد از پزشک کودکان انتظار می رود که حمایت خود را از سوگ والدین و احساس گناه آنان - در حالی که والدین در حال تطابق با فقدانی غیر قابل فهم برای دیگران هستند - ابراز کند. خانواده باید این فرصت را داشته باشد که رسوم مهم خانوادگی مذهبی یا فرهنگی خود را اجرا کند و کودک را قبل و پس از مرگ در اغوش بگیرند (۱۸). یک پیام نوشته شده از طرف پزشک یا حضور در مراسم تدفین می تواند برای خانواده و پزشک تسلی بخش باشد.

کار با کودک بیمار

متخصص کودکان باید والدین را در درک و حمایت از خواهر و برادر بیمار که تحت تاثیر وضعیت بیماری و مرگ احتمالی وی هستند کمک کند. والدین باید در فراهم کردن نیازهای کودک بیمار و فرزندان دیگر حمایت شوند و همزمان غم و اندوه آنان مورد توجه قرار گیرد. کودک باید اطمینان یابد که وی خطایی مرتکب نشده و مسئول بیماری خود و یا خواهر و برادرش نیست. کودکان باید تشویق شوند که درباره احساسات خشم ترس انزوا و گناه صحبت کنند و از راه هنر یا موسیقی درمانی احساساتشان را ابراز کنند (۱۵، ۱۶، ۱۷). کودکان ممکن است به خاطر کمک به والدین ساکت بمانند در حالی که به درد آوری از آن چه که به آن نیاز دارند احساس دوری و انزوا کنند (۱۶، ۱۸). نشانه‌هایی که دلالت بر خواست کودک برای صحبت درباره مرگ می کند شاید پنهان باشد. ارتباط باز و صادقانه و صریح معمولاً موثرترین راه تسکین کودک ناراضی است و باعث حمایت دو طرفه و رشد فردی در طی مراحل انتهایی زندگی کودک می شود.

حداقل استانداردهای مراقبت‌های تسکینی کودکان

حداقل استانداردهای مراقبت‌های تسکینی کودکان عبارت است از وجود ساختاری که تبادل کامل و آرام بین موقعیت‌های مختلف را تضمین کند که عبارتند از دست کم یک مراقب دائمی - در دسترس بودن متخصص مراقبت‌های تسکینی کودکان در تمام شبانه روز و همه روزهای سال و در دسترس بودن گروه مراقبت بین بخشی با تجربه و مهارت کافی برای رسیدگی به نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی، عاطفی و معنوی کودک و خانواده. گروه مذکور باید دست شامل یک پزشک - پرستار - مددکار اجتماعی - مشاور امور معنوی و درمان گر مسایل دوران کودکی باشد.

اگر چه خدمات مراقبت‌های تسکینی کودکان شاید برای همه خانواده ها لازم نباشد ولی منابع آموزشی و بالینی باید در دسترس باشد. مراقبت‌های تسکینی کودکان بدون یک مدیر که تداوم کار و مراقبت را هماهنگ با اهداف خانواده و کودک تضمین کند (با وجود مراقبت‌های متناوب و گردش زیاد پرسنل در مراکز مراقبت سطح ۳) انجام پذیر نیست.

استراحت دادن به خانواده و پرستاران خانگی برای حفظ تداوم یکپارچگی و امنیت و رفاه کودک بیمار ضروری است. در آخر حمایت در هنگام سوگواری باید برای خانواده - مراقبان و دیگرانی که تحت تاثیر مرگ کودک قرار میگیرند تا وقتی که نیاز است در دسترس باشد و هزینه این خدمات هم باید به طور منصفانه باز پرداخت شود.

توصیه ها

۱- برنامه های مراقبت های تسکینی کودکان و استراحت دادن به خانواده و مراقبان باید گسترش داده شده و به طور گسترده در دسترس باشد تا کنترل علایم و آسایش و رفاه کودکانی که دچار بیماری تهدید کننده زندگی یا بیماری غیر قابل علاج هستند فراهم شود.

۲- در تشخیص وضعیت تهدید کننده زندگی یا غیر قابل درمان مهم است که مدل یکپارچه مراقبت های تسکینی در طی دوره بیماری بدون توجه به عاقبت بیماری به طور مستمر ادامه یابد.

۳- تغییرات در قوانین و بازپرداخت خدمات مراقبت های تسکینی کودکان و آسایشگاه مراقبت های تسکینی کودکان برای پیشبرد دسترسی کودکان و خانواده های نیازمند به این خدمات لازم است.

۴- تمام متخصصین و فوق تخصص های کودکان - پزشکان خانواده - متخصصان درد و جراحان کودکان باید با مراقبت های تسکینی کودکان آشنا باشند. در آموزش تخصصی و فلوشیپ و در آموزش های مداوم باید مباحثی مثل مراقبت های تسکینی - مهارت های ارتباطی - سوگ و فقدان - مدیریت عدم قطعیت پیش آگهی و تصمیم گیری برای چشم پوشی از درمان های طولانی کننده زندگی - جنبه های معنوی زندگی و بیماری و طب جایگزین گنجانده شود (۱۹، ۲۰، ۲۱). امتحانات مورد تخصصی و فوق تخصصی باید شامل پرسشهایی از مراقبت های تسکینی کودکان باشد.

۵- حمایت بیشتر از پژوهش برای برنامه ریزی موثر در مراقبت های تسکینی کودکان - قوانین و بازپرداخت هزینه ها - کنترل درد و علایم بیمار و مشاوره برای سوگواری لازم است. صنایع دارویی باید بر چسب های اطلاع رسانی درباره داروهای تسکین دهنده علایم در جمعیت کودکان و فرمولاسیون مناسب برای کودکان را فراهم کنند.

۶- انجام خودکشی با کمک پزشک یا مرگ از روی ترحم برای کودکان نباید مورد حمایت قرار گیرد.

مراقبت های تسکینی و آسایشگاه مراقبت های تسکینی کودکان هم فلسفه و هم یک روش منسجم برای ارائه مراقبت قابل قبول و شایسته - دلسوزانه و مستمر به کودکان با بیماری های مزمن پیچیده و یا تهدید کننده زندگی و خانواده آنان است. این مراقبت بر کیفیت زندگی - کاهش رنج و بهینه ساختن کارکرد و فراهم کردن فرصت رشد فردی و معنوی متمرکز است. برنامه ریزی و ارائه این مراقبت از راه تلاش های گروهی یک تیم بین بخشی شامل کودک - خانواده و مراقبین به عنوان کانون اصلی انجام می شود. مراقبت های تسکینی و آسایشگاه مراقبت های تسکینی کودکان می تواند و باید در طول درمان های بهبود دهنده بیماری و یا به عنوان درمان اصلی اجرا شود.

-
- 1-Bruce P. Himelstein, Joanne M. Hilden, Ann Morstad Boldt, David Weissmen, "Pediatric Palliative care". N Engl J Med, 2004;350:1752-1762
 - 2-Corr CA, Corr DM. What is Pediatric Hospice Care? Child Health Care. 1988; 17 (1): 1-11
 - 3- Pierucci RL, Kirby RS, Leuthner SR. End-of-life care for neonates and infants: the experience and effects of a palliative care consultation service. Pediatrics. 2001; 108 (3):653-60
 - 4 -Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage. 2002;24(2):91-6
 - 5 - Jennings PD. Providing Pediatric Palliative through a Pediatric Supportive Care Team. Pediatr Nurs. 2005; 31(3):195-200
 - 6- Kang T, Hoehn S, Licht DJ, Mayer OH, Santucci G, Carroll JM, Long CM, HillMA, Lemisch J, Rourke MT, Feudtner C. Pediatric Palliative, End-of-Life, and Bereavement Care. Pediatr Clin North Am. 2005;52:1029-46
 - 7- Toce S and Collins MA. The FOOTPRINTS Model of Pediatric Palliative Med. 2003; 6(6):989-1000
 - 8- Davies B, Brenner P, Orloff S, Summer L, Worden W. Addressing Spirituality in Pediatric Hospice and Palliative Care. J Palliat Care. 2002; 18(1):59-67.
 - 9 -Donnelly JP, Huff SM, Lindsey ML, McMahon KA, Schumacher JD. The needs of children with life-limiting conditions: A healthcare-provider-based model. Am J Hosp Palliat Care. 2005; 22(4):259-67

-
- 10 - Fowler K, Poehling K, Billheimer D, Hamilton R, Wu H, Mulder J, Frangoul H. Hospice Referral Practices for children with cancer: A Survey of Pediatric Oncologists. *J Clin Oncol*. 2006; 24(7):1099-1104.
- 11 - Frager G. Pediatric Palliative Care: Building the Model, Bridging the Gaps. *J Palliat Care*. 1996; 12(3):9-12.
- 12- Ramer-Chrastek J, Thygeson MV. A Perinatal Hospice for an Unborn Child With a Life-Limiting Condition. *Int J Palliat Nurs*. 2005 Jun; 11(6):274-6.
- 13- Worden JW, Monahan JR: Caring for bereaved parents; in Armstrong-Daily A, Zarbock S (eds): *Hospice Care for Children*, ed 2. Oxford, Oxford University Press, 2001, pp 137-156.
- 14- World Health Organization. *Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1998.
- 15 -Fagen TS. Music therapy in the treatment of anxiety and fear in terminal pediatric patients. *Music Therapy*. 1982;2:13-23.
- 16 -Davis B, Steele R. Challenges in identifying children for palliative care. *J Palliat Care*. 1996;12:5-8
- 17 - Stevens MM, Jones P, O'Riordan E. Family responses when a child with cancer is in palliative care. *J Palliat Care*. 1996;12:51-55
- 18 -Levetown M. Palliative care in the intensive care unit. *New Horizons*. 1998;6:383-397
- 19 -Mc Grath PJ. Attitudes and beliefs about medication and pain management in children. *J Palliat Care*. 1996; 12:46-50.

20- Weissman DE. A faculty development course for end-of-life care. J Palliat Med. 1998;1:35-44.

21- Weissman DE, Griffie J. Integration of palliative medicine at the Medical College of Wisconsin 1990-1996. J Pain Symptom Manage. 1998; 15: 195-201

فصل نهم

**بررسی جایگاه، ساختار و خدمات کلینیک‌های مراقبت‌های تسکینی تلفیقی
در بیماران مبتلا به سرطان**

مقدمه

طب تلفیقی یا جامع نگر، نگرشی نو در عرصه پزشکی است که در شاخه های مختلف این علم در حال توسعه و گسترش است.

مجمع مراکز دانشگاهی سلامت طب تلفیقی را اینگونه تعریف میکنند: رویکردی از پزشکی که اهمیت ارتباط بین پزشک و بیمار در آن مضاعف میشود و بر تمامی وجود بیمار به عنوان یک انسان متمرکز میشود و البته مبتنی بر شواهد همه روشهای درمانی مناسب را برای بهبود به کار می گیرد تا بهترین پاسخ درمانی و بهبودی ممکن شود.

شیوع

در آمریکا در سال ۱۹۹۷، ۴۴ درصد از مردم دست کم یکی از روشهای طب مکمل را استفاده کرده اند. و بر اساس تحقیقات ملی در سال ۲۰۰۷ میزان استفاده از طب مکمل ۳۸ درصد در بالغان و ۱۲ درصد برای کودکان بوده است. تحقیقات منتشر شده در ۱۹۹۹ نشان می دهد ۲۵ تا ۸۳ درصد از بیماران مبتلا به سرطان در مراحل مختلف بعد از تشخیص بیماری از طب مکمل استفاده کرده اند که البته جغرافیای محل زندگی و نوع سرطان بر آن تأثیر گذار است. مطالعات اخیر نشان می دهد استفاده از طب مکمل برای کودکان مبتلا به سرطان از ۳۱ تا ۸۷ درصد متغیر است.

مطالعات در غرب نشان می دهد که جامعه تحصیل کرده با سطح تحصیلات بالاتر و کسانی که درآمد بیشتری دارند بیشتر از طب مکمل استفاده می کنند. همچنین در زنان جوانی که جراحی یا شیمی درمانی کرده اند و یا سابقه قبلی در استفاده از طب مکمل داشته اند این نوع روش درمانی شایع تر است.

بررسی ها نشان می دهند بیماران سرطانی امیدوارند با استفاده از روش های طب سنتی، سیستم ایمنی بدن خود را تقویت نمایند، درد خود را کم کنند و عوارض جانبی ناشی از بیماری یا درمان آن را کاهش دهند. تنها تعداد کمی از بیماران مبتلا به سرطان می گویند به خاطر این از درمان های مکمل استفاده می کنند که از درمان های استاندارد ناامید هستند و انگیزه آنها در استفاده از طب سنتی و مکمل، به طور عمده تمایل به احساس کنترل بیشتر بر سلامتی خود، کاهش عوارض بیماری و باور قوی به درمان های طبیعی است.

رشد روزافزون استفاده از گیاهان دارویی در قالب طب مکمل در کمک به درمان سرطان

رشد روزافزون استفاده از طب مکمل در کنار پزشکی رایج در بسیاری از کشورها و البته توسعه گسترده پژوهش های علمی و کاربردی، واقعیت انکارناپذیر دنیای امروز است. به طوری که ۴۸٪ مردم استرالیا، ۷۰٪

جمعیت کانادا، ۴۲٪ در آمریکا، ۳۸٪ در بلژیک و ۷۵٪ جامعه فرانسه، دست کم یک بار در سال از خدمات طب مکمل بهره می‌برند. بودجه‌های اختصاص یافته برای طب سنتی و طب مکمل نیز قابل ملاحظه است، به طوری که در سال در استرالیا ۸۰ میلیون دلار، کانادا ۲/۴ میلیارد دلار، انگلیس ۲/۳ میلیارد دلار و در آمریکا ۲۱/۲ میلیارد دلار صرف خدمات طب مکمل می‌شود. در آمریکا مصرف داروهای گیاهی در سال ۱۹۹۶ برابر ۳/۲۴ میلیارد دلار و در سال ۱۹۹۸ مصرف مکمل‌های غذایی به تنهایی حدود ۵ میلیارد دلار بوده و در سال ۲۰۰۰ مصرف فرآورده‌های گیاهی و مکمل‌های غذایی به ۱۷ میلیارد دلار بالغ شده است و در سطح جهان در سال ۲۰۰۰ فروش داروهای گیاهی به ۶۰ میلیارد دلار رسیده است. در آلمان از حدود ۸ میلیارد دلار هزینه دارو، حدود ۲/۸ میلیارد دلار به داروهای گیاهی اختصاص دارد (۱-۴).

این واقعیت در سرتاسر جهان وجود دارد که مردم از گیاهان و فرآورده‌های طبیعی به عنوان غذا و دارو استفاده می‌کنند و همین نکته بسیاری از کشورها را بر آن داشته تا مقرراتی برای گیاهان دارویی و شیوه استفاده از فرآورده‌های طبیعی تدوین کنند و بر پایه برنامه‌های خود، پژوهش در این زمینه را سامان ببخشند. سازمان جهانی بهداشت و بسیاری از مراکز علمی بین‌المللی نیز، اهمیت و کاربرد گیاهان دارویی و طب مکمل را پذیرفته‌اند و رهنمودهای متعددی نیز برای سیاست‌گذاری و پژوهش در این زمینه‌ها تدوین نموده‌اند (۵). تحقیقات نشان می‌دهد بین ۶۳ تا ۹۱ درصد از کسانی که به مراکز تخصصی درمان سرطان مراجعه می‌کنند، دست کم یکی از انواع روش‌های طب سنتی و مکمل را استفاده می‌کنند. سایر بررسی‌ها نیز به صورت کلی نشان می‌دهد که بین ۳۰ تا ۷۵ درصد از مبتلایان به سرطان در سطح جهان از انواع روش‌های کمکی و جایگزین مانند گیاه‌درمانی، ویتامین با دوز بالا، ترکیبات طبیعی و دریایی، فرآورده‌های بیولوژیکی، مواد معدنی و مینرال‌ها و... استفاده می‌کنند (۶-۱۰).

رویکرد بیماران به پایه‌گذاری انکولوژی تلفیقی

روند استفاده تلفیقی از طب مکمل در انکولوژی چندین پایه مهم و اساسی دارد: جامعیت، اختصاصی بودن، مبتنی بر شواهد بودن، ایمنی. مدل مرسوم درمان سرطان که شامل جراحی، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی است در انکولوژی تلفیقی توسعه پیدا می‌کند به یک رویکرد چندرشته‌ای که انواع روش‌های سنتی و مکمل مانند طب سوزنی، یوگا، تمرکز، رژیم غذایی، ورزش، و... را شامل می‌شود. این شیوه در پاسخ به مفهوم درمان تمام وجود بیمار در همه جنبه‌ها به وجود آمده است.

بدون یک ارزیابی جامع و توجه کافی به همه نیازهای بیماران، قطعاً ایشان وجود یک شکاف درمانی را حس خواهند کرد.

اگرچه علایمی همچون درد شدید یا تهوع یک اختلال و نشانه صرفاً فیزیکی هستند اما چنانچه مزمن شوند آثار و عوارض روحی و روانی خواهند داشت و بر موقعیت و شخصیت رفتاری و اجتماعی بیمار تأثیر خواهند گذاشت و مثلاً باعث افزایش تحریک پذیری، عدم فعالیت اجتماعی و احساس خستگی ناشی از بیخوابی خواهند شد. در یک برنامه جامع درمانی بیمار تمام نیازهای خود را مطرح خواهد کرد و در این برنامه به همه جوانب از جمله تغذیه، فعالیت فیزیکی، کنترل عوارض، خواب، خستگی، وضعیت گوارش و اشتها و... توجه خواهد شد. البته باید در تمام روش‌های درمانی به ایمنی آنها و عدم تداخل داروها با هم توجه کافی داشت. استفاده از آنتی‌اکسیدانها همزمان با شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی، فیتواستروژن‌ها، تداخلات متابولیک، هپاتوتوکسیسیته، نفروتوکسیسیته، تأثیر بیولوژیک مستقیم بر سرطان، استانداردهای کیفیت داروهای گیاهی، و... از موارد متعددی هستند که لازم است تیم درمانگر به آنها توجه کافی داشته باشند.

رویکرد پزشکی جدید به پزشکی تلفیقی در حوزه سرطان

تا به امروز، بسیاری از درمان‌های طب سنتی و مکمل مورد ارزیابی دقیق قرار گرفته و هرساله مطالعات بیشتری نیز انجام می‌شوند. در سال ۲۰۰۹ انجمن انکولوژی تلفیقی دستورالعمل طبابت بالینی مبتنی بر شواهد را برای پزشکان منتشر کرد تا در زمان استفاده از روش‌های درمانی مکمل در بیماران سرطان، به آن توجه نمایند. همچنین پژوهشگران در حال ارزیابی روش‌های طب سنتی و مکملی هستند که مردم گاهی با امید به کاهش خطر ابتلا به سرطان از آنها استفاده می‌کنند.

استفاده از طب مکمل در مناطق مختلف جهان به صورت فرهنگ درآمده و این امر بی شک تأثیر زیادی بر دستاوردهای پزشکی، شرایط اقتصادی و مباحث جامعه‌شناختی پزشکی گذاشته است. بر اساس یک نظر سنجی در ۳۳ کشور پیشرفته و غیر پیشرفته جهان، ۸۳ متخصص تومور شناس از وجود گروه‌های درمانی در حوزه طب مکمل و جایگزین برای درمان سرطان در کشورهای خود خبر دادند.

خطرات بالقوه کاربرد خودسرانه طب سنتی و مکمل

مهم‌ترین نکته این است که در یک چرخه معیوب، اولاً بسیاری از بیماران سرطانی به دلایلی مثل ترس از عدم پذیرش یا توجه پزشک، عدم احساس ضرورت، تمایل به دخالت در درمان و... پزشک درمان‌گر خود را در جریان استفاده از فرآورده‌های مکمل یا طبیعی نمی‌گذارند. با توجه به دسترسی آزاد بیماران به این ترکیبات که در حقیقت داروهای بدون نسخه (OTC) محسوب می‌شوند، این مشکل واقعی‌تر جلوه می‌کند (۱۱-۱۲).

از سوی دیگر بسیاری از پزشکان و متخصصان نیز به دلیل عدم مطالعه، بی‌علاقگی یا مخالفت با طب مکمل، اطلاعات چندانی از اثرات این فرآورده‌ها ندارند. این همه در حالی است که بررسی‌های مکرر و مستند نشان داده است مصرف خودسرانه فرآورده‌های طبیعی با بسیاری از درمان‌های رایج در پزشکی امروزی تداخل دارند. این تداخلات می‌تواند به شکل کم یا زیاد کردن جذب، پخش، نیمه عمر یا شدت تأثیر دیگر داروها باشد و نهایتاً منجر به کندی یا عدم پاسخ درمانی و حتی در مواردی باعث مسمومیت دارویی و واکنش بدنی شود (۱۳). «نباید این نکته را از نظر دور داشت که گیاه‌درمانی [و طب سنتی و مکمل] سنگواره یک جسد مرده نیست بلکه زایش نوینی است که از درون هزاران سال سابقه سر برافراشته و می‌خواهد با کمک دانش نوین و ابزار و فنون پیشرفته، سیمایی نوین از کاربرد داروها را نشان دهد». با توجه به کاربرد گسترده و اغلب بی‌برنامه گیاهان دارویی و بازار آشفته آن در بسیاری از کشورها و این باور نادرست که گیاهان دارویی، هر دردی را درمان می‌کنند و هیچ‌گونه خطر درمانی در پی ندارند، عرضه اطلاعات علمی در مورد کاربرد گیاهان دارویی برای جامعه پزشکی و مردم از اهمیت بالایی برخوردار است.

موارد زیر تعدادی از مراکز جامع کنترل سرطان در مراکز آکادمیک پزشکی تلفیقی است که فهرست شده‌اند:

Academic Centers: Dedicated Integrative Oncology Centers

ARIZONA

- [Cancer Treatment Centers of America](#)

CALIFORNIA

- [University of California San Francisco, Osher Center for Integrative Medicine](#)
- [Simms/Mann-UCLA Center for Integrative Oncology](#)

ILLINOIS

- [The Block Center for Integrative Cancer Treatment](#)
- [Cancer Treatment Centers of America](#)

MARYLAND

- [Johns Hopkins Center for Complementary and Alternative Medicine](#)

MASSACHUSETTS

- [Dana Farber Cancer Institute, Leonard P. Zakim Center for Integrative Therapies](#)

MINNESOTA

- [Mayo Clinic's Complementary and Integrative Medicine Program](#)

NEW YORK

- [Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Integrative Medicine Service](#)

OKLAHOMA

- [Cancer Treatment Centers of America](#)

PENNSYLVANIA

- [Cancer Treatment Centers of America](#)

TEXAS

- [The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Integrative Medicine Program](#)
-

MD Anderson Cancer Center:

- <http://www.mdanderson.org>

The Society for Integrative Oncology:

- <http://www.integrativeonc.org/>

همچنین می‌توان اطلاعات به روز شده و تحقیقات مورد تأیید را در مراکز زیر جستجو دنبال کرد:

NCCAM Clearinghouse

The NCCAM Clearinghouse provides information on CAM and NCCAM, including publications and searches of Federal databases of scientific and medical literature. The Clearinghouse does not provide medical advice, treatment recommendations, or referrals to practitioners.

Web site: nccam.nih.gov

National Cancer Institute

The National Cancer Institute is the Federal Government's lead agency for cancer research. The National Cancer Institute's Cancer Information Service provides comprehensive information about cancer.

Web site: www.cancer.gov

The National Cancer Institute's Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine coordinates and enhances the National Cancer Institute's activities in CAM research.

Web site: www.cancer.gov/cam

PubMed®

A service of the National Library of Medicine (NLM), PubMed® contains publication information and (in most cases) brief summaries of articles from scientific and medical journals. CAM on PubMed®, developed jointly by NCCAM and NLM, is a subset of the PubMed system and focuses on the topic of CAM.

Web site: www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez CAM on PubMed® : nccam.nih.gov/research/camonpubmed/

سیاست های این مراکز درمانی بر این اصول استوار است: درمان تمامی وجود انسان و نه فقط بیماری؛ مشاوره تخصصی بین متخصصان انکولوژی و متخصصان دانشگاهی طب مکمل؛ مراقبت بهداشتی و درمانی برای تحقیقات، آموزش و درمان بیمار و نه فقط درمان:

- treats the whole person, not just the disease
- consult with a board-certified oncologist trained in both conventional and complementary medicine.
- Healthcare today has been reduced to disease care
- in [research](#), [education](#) and [patient care](#)

محور اصلی درمان در این مراکز، درمان علامات جانبی و آزاردهنده بیماران و درمان عوارض درمان های کلاسیک می باشد. موارد زیر اکثریت محورهای درمانی را تشکیل می دهند.

[STRESS, ANXIETY & DEPRESSION](#)
[POOR APPETITE & WEIGHT LOSS](#)
[NAUSEA & VOMITING](#)
[CONSTIPATION](#)
[DIARRHEA](#)
[TASTE CHANGE](#)
[DIFFICULTY SWALLOWING](#)
[MOUTH SORES](#)
[DRY MOUTH](#)
[FATIGUE](#)
[SLEEPING PROBLEMS & INSOMNIA](#)
[PAIN](#)
[SHORTNESS OF BREATH](#)
[HOT FLASHES](#)
[NEUROPATHY](#)
[VAGINAL DRYNESS & PAIN](#)
[SKIN CARE & NAIL CARE](#)
[LYMPHEDEMA](#)

روش های مورد استفاده در این مراکز بر چند محور زیر استوار است:

- [Psychological Support,](#)
- [Mind-Body Approaches,](#)
- [Groups & Counseling](#)
- [Nutrition, Supplements](#)
- [Complementary Medicine](#)
- [Psychiatry & Oncology](#)
- [Insights Into Cancer](#)

روش های طب سنتی و مکمل مورد استفاده در این کلینیک ها:

- [Ayurveda](#)
- [Acupuncture](#)
- [Massage](#)
- [Spirituality](#)
- [Aromatherapy](#)
- [Art therapy](#)
- [Biofeedback](#)
- [Meditation](#)
- [Music therapy](#)
- [Tai chi](#)
- [Yoga](#)
- [Botanical Medicine](#)
- [Breathwork](#)
- [Chinese Herbs](#)
- [Chiropractic](#)
- [Clinical Hypnosis](#)
- [Craniosacral Therapy](#)
- [Creative Therapies](#)
- [Cupping](#)

- [Dermal Friction](#)
- [Dietary Therapies](#)
- [Food As Medicine](#)
- [Healing Environment](#)
- [Healing Touch](#)
- [Homeopathy](#)
- [Imagery](#)
- [Mind-Body Therapies](#)
- [Mindful Movement](#)
- [Moxibustion](#)
- [Naturopathy](#)
- [Osteopathy](#)
- [Prayer](#)
- [Qigong](#)
- [Reflexology](#)
- [Reiki](#)
- [Shamanism](#)
- [Shiatsu](#)
- [Social Support](#)
- [Therapeutic Touch](#)
- [Traditional Chinese Medicine](#)
- [Tui na](#)

جایگاه CAM :

واژه CAM در توصیف مجموعه‌ای از خدمات و محصولات پزشکی به کار می‌رود که گرچه شاخه اصلی از درمان پزشکی رایج نیست، اما در مواردی شامل استفاده از گیاهان، مکمل‌های غذایی، فعالیت‌های خاص بدنی، عصاره‌ها، کرم‌ها و پمادهای خاص می‌باشد.

CAM شامل دو دسته خدمات تحت **alternative** و **complementary** می‌باشد.

به گفته انجمن سرطان آمریکا عاملی که بیماران را به سمت استفاده از این روشها سوق میدهد عبارت است از:

۱- برطرف کردن عوارض جانبی روشهای اصلی درمان سرطان بدون نیاز به دریافت داروی دیگر

۲- استفاده از روشهای درمانی با عوارض جانبی کمتر

۳- علاقه به داشتن نقشی فعال در روند بهبود و سلامت خویش

۴- ترجیح دادن تئوری های آلترناتیو در زمینه ایجاد سرطان و به تبع آن استفاده از روشهای درمانی این طب

تصمیم گیری برای استفاده از روشهای درمانی CAM از مهمترین تصمیمات در روند درمان بیماران است چرا که میتواند طیف گسترده‌ای از نتایج شامل ایجاد مشکلات اساسی در روند درمانی بیمار تا بهبود علائم و کیفیت زندگی بیماران را در پی داشته باشد. آنچه در این میان نقش مهمی دارد آگاهی پزشکان و متخصصان حوزه سرطان در جهت ارائه مشاوره‌های درست، هدفمند و مؤثر به بیماران است.

به گفته این انجمن استفاده از روشهای درمانی مکمل مانند آروماتوتراپی، ماساژ، مدیتیشن، یوگا و روشهای دیگر در کنترل برخی از علائم بیماران و بهبود کیفیت زندگی آنان نقش به سزایی دارند. همانطور که در بسیاری از مراکز پیشرفته درمانی جهان، بخشی برای ارائه این خدمات به بیماران در نظر گرفته می‌شود و قرار دادن این بخشهای درمانی در مراکز سرطانی سرگردانی بیماران و مراجعه ناگهانه آنان به مراکز غیرتخصصی جلوگیری می‌کند.^۱

زمانی که بیماران به مدت طولانی روشهای درمانی مکمل را در کنار درمان اصلی خود قرار می‌دهند، از واژه Integrative استفاده می‌شود.

به عنوان مثال گیاه درمانی چینی در بهبود عوارض شیمی درمانی و رادیوتراپی و افزایش اثربخشی داروهای شیمی درمانی و بهبود عملکرد بیماران مؤثر شناخته شده و مورد استفاده است^۲ و همچنین دانشگاه هاروارد طی همکاری خود با دانشگاه هنگ کنگ به مطالعه بر روی گیاهان دارویی مرتبط با درمان سرطان در طب سنتی چین پرداخته و به دستیابی روش‌های جدیدی برای کنترل و درمان سرطان امیدوار است.^۳

انجمن سرطان آمریکا معتقد است بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان از صحبت کردن با پزشکان خود پیرامون استفاده از روشهای درمانی مکمل می‌هراسند و این نگرانی بیماران در حقیقت بازتاب عدم آگاهی پزشکان متخصص سرطان از تئوری‌های این شیوه‌های مکمل و فواید و خطرات آنان بوده است و همین فاصله پزشک و بیمار را افزایش می‌دهد^۳

موسسه ملی سرطان آمریکا از سال ۱۹۹۱ به جمع آوری اطلاعات در زمینه روش‌های درمانی مکمل در درمان سرطان پرداخته و با تشکیل مرکزی تحت عنوان The Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine (OCCAM) به مطالعه تخصصی در این حوزه پرداخته است و با توجه به اینکه مطالعات در زمینه استفاده از این روش‌ها محدود و با تعداد کم بیمار و با نواقصی در گزارشات بهبود بیماران (عدم استفاده از روش‌های آزمایشگاهی یا عکسبرداری در پیگیری بیماران) همراه بوده، توصیه کرده است که با برقراری ارتباط علمی و همکاری میان مسئولان روش‌های درمانی مکمل و پزشکان می‌توان به طراحی مطالعات سازمان یافته در زمینه اثربخشی شیوه‌های درمانی CAM پرداخت و به حوزه‌ای با پتانسیل خوب برای دستیابی به روش‌های درمانی مؤثر دست یافت.^۴

همچنین بررسی‌های آماری، علمی و عملی چند ساله اخیر در زمینه های طب بومی و فارماکولوژی بومی (Ethnopharmacology & Ethnomedicine) نیز دنیای پژوهش در پزشکی را به این اصل متقاعد کرده است که استفاده از تجربیات و میراث ارزشمندی که به صورت مکتوب و شفاهی و طی صدها سال در مکاتب طب سنتی و مکمل وجود دارند، می‌تواند شانس رسیدن به داروهای جدید را تا حدود ۴۰ برابر افزایش دهد. به عبارت دیگر از این مسیر می‌توان به طور معکوس مسیر فارماکولوژی را طوری طی کرد که طراحی بعضی داروها با هزینه و زمان بسیار کمتر میسر شود.^۵

مؤسسه ملی سرطان آمریکا در گزارش سالانه مربوط به سال ۲۰۰۸ میلادی هزینه پرداختی پیرامون تحقیقات در زمینه CAM در سرطان را بالغ بر 121,264,507 دلار (هزینه شده در ۴۴۴ طرح تحقیقاتی) عنوان کرده که از این مقدار ۶۰٪ هزینه به بررسی روش‌های CAM در پیشگیری از سرطان اختصاص داده شده است، همچنین بیشترین هزینه به مطالعات مرتبط با نقش تغذیه در سرطان اختصاص یافته و بیش از ۲۵٪ یافته‌های تحقیقاتی در انواع مختلف سرطان با علایم بالینی مشابه کاربرد دارد.^۶

انکولوژی نوین: رویکردی برای افزایش کیفیت زندگی و بهبود پاسخ درمانی

انکولوژی نوین، توجه روزافزونی به حفظ و افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطانی دارد، چنان‌که بسیاری از مطالعات کارآزمایی بالینی بر بررسی کیفیت زندگی می‌پردازند. توجه به کیفیت زندگی، برقراری نوعی ارتباط بین بیمار و کادر پزشکی است و حاوی پیغامی اطمینان‌بخش به بیمار است بدین‌معنی که درمانگران هم به درمان سرطان و هم به کیفیت زندگی بیمار توجه کافی دارند.

با بهبود پیش‌آگهی درمان، کیفیت زندگی وابسته به سلامت (HRQOL) به یک معیار مهم در حین و بعد از درمان تبدیل شده است. بسیاری از بیماران سرطانی، خصوصاً آنها که از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند، در معرض قطع دوره درمان هستند و این موضوع باید به عنوان هشدار جدی مورد توجه درمانگران قرار گیرد.

روش‌های مکمل نقشی مهم در درمان این‌گونه بیماران ایفا می‌کنند زیرا سودمندی‌هایی در افزایش کیفیت زندگی، کاهش عوارض جانبی درمان‌های رایج و ارتقای سطح سیستم ایمنی بیماران از خود نشان می‌دهند. در واقع روش‌هایی مانند رژیم تغذیه خاص، ورزش، حمایت روانی تا استفاده از آنزیم و گیاه‌درمانی و ... مثال‌هایی از این دست هستند.

بنابراین امروزه بیش از هر زمانی لازم است که پزشکان و پرستاران از اطلاعات علمی و قابل استناد و به‌روز درباره این‌گونه درمان‌های کمکی آگاهی داشته باشند تا بتوانند در کنار درمان‌های استاندارد سرطان از آنها استفاده کنند.

در ایالات متحده، مانند بسیاری دیگر از کشورها، حدود نود و یک درصد از بیماران سرطانی از درمان های مکمل استفاده می کنند که متأسفانه این موضوع بدون اطلاع یا مشورت انکولوژیست ها صورت می گیرد. هدف این بیماران عمدتاً سه چیز است:

۱. ایفای نقش فعال در مبارزه با بیماری یا پیشرفت درمان

۲. فعال تر کردن سیستم ایمنی

۳. بهبود و ارتقای درمان رایج و افزایش کیفیت زندگی

این علاقه قابل درک بیماران باید مورد توجه ویژه قرار بگیرد تا هماهنگی لازم و علمی بین کادر درمان و بیماران به عمل آید و بیماران نیز از نظر روحی و روانی ارضا شوند. این سخن بهیچ عنوان به معنی جایگزین کردن درمان های استاندارد سرطان نیست بلکه نوعی درمان کمکی یا مکمل درمان است. به عبارت دیگر، رویکرد طب سنتی و مکمل به انکولوژی اضافه کردن درمان های کمکی به درمان های تخریب کننده سرطان می باشد و البته تحقیقات علمی و کارآزمایی های مستند متعددی وجود دارند که کارآیی طب سنتی و مکمل در حوزه درمان سرطان ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران را نشان می دهند.

طب سنتی ایران

استنادات قانونی جمهوری اسلامی ایران برای احیا، ارتقا و توسعه طب سنتی ایران

ماده ۱۶ قانون تشکیل وزارت بهداشت

سند چشم انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران

قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

سند نقشه جامع علمی کشور

نقشه جامع سلامت کشور

ماده ۱۶ قانون تشکیل وزارت بهداشت

وزارت بهداشت موظف است با همکاری وزارت کشاورزی، طرح احیای داروهای گیاهی و استفاده گسترده از آن را به اجرا درآورد.

قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

ماده ۳۴ - به منظور ایجاد و حفظ یکپارچگی در تأمین، توسعه و تخصیص عادلانه منابع عمومی سلامت:

بند ه: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است زمینه لازم برای توسعه طب سنتی و استفاده از داروها و فرآورده های طبیعی و گیاهی را فراهم نماید.

سند نقشه جامع علمی کشور

فصل سوم: اولویت های علم و فناوری کشور

اولویت های ب: در سلامت

داروهای جدید و نو ترکیب - مدیریت اطلاعات و دانش - سلامت - طب سنتی - تجهیزات پزشکی - سلولی و مولکولی - ژن درمانی - فرآورده های زیستی - فناوری تغذیه.

راهبرد کلان شماره ۱۱

جهت دهی به چرخه علم و فناوری و نوآوری برای ایفای نقش مؤثرتر در حوزه علوم پزشکی و سلامت

راهبردهای ملی:

۱. توسعه و بومی سازی علوم و فناوریهای سلامت در کشور؛

۲. توسعه آموزش و پژوهش در زمینه ترویج شیوه های زندگی سالم و اسلامی و نیز عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و بهداشت؛

اقدامات ملی:

۱. توسعه آموزشها و پژوهشهای حوزه تغذیه و پیشگیری، به منظور بهره مندی از مواد غذایی سالم و حفظ سلامت

جامعه

۲. تولید دانش با تأکید بر بیماریها و معضلات بومی
۳. تقویت ارتباط علوم سلامت و بالینی و طب سنتی، اسلامی، ایرانی با علوم پایه و علوم اسلامی و علوم انسانی و علوم اجتماعی

نقشه جامع سلامت کشور

پیامهای مهم:

- یکی از تحولات اساسی در دانش کشور تقویت ارتباط میان رشته‌ای است. محورهای تمرکز میان رشته‌ای در حوزه سلامت موارد زیر می‌باشند:
- الف) علوم پایه- بالینی- طب و داروهای سنتی،
- ب) علوم سلامت- فناوری اطلاعات و ارتباطات و
- پ) علوم اجتماعی و انسانی با مفاهیم و عملکردهای نظام سلامت.

اولویت‌های علم و فناوری سلامت:

- در بعد دیگر، بهره‌گیری از فناوری‌هایی که کشور را در استفاده از مزیت‌های نسبی و خلق ثروت یاری می‌رسانند، با عنوان کمال مورد توجه قرار گرفته است. حوزه‌های تولید دارو (غیر از سهمی که در بخش درمان و در قسمت بقا دارد) و تجهیزات پزشکی، «پزشکی مولکولی و سلول‌های بنیادی»، «طب سنتی و داروی گیاهی»، «زیست فناوری»، «نانوفناوری» بیشترین تاثیر را در این بعد ایفا می‌نمایند.

توسعه منابع انسانی:

۶. تقویت ارتباط بین علوم در زمینه‌های ارتباط علوم پایه و بالینی (از جمله ادغام واحدهای علوم پایه به خصوص علوم زیستی در کوریکولوم پزشکی با تاکید بر کاربردهای بالینی آنها) و طب و داروهای سنتی، علوم سلامت با فناوری اطلاعات و ارتباطات و نیز پیوند مابین علوم اجتماعی و انسانی با مفاهیم و عملکردهای نظام سلامت.

تسهیل و افزایش ظرفیت تولید کالا و خدمات سلامت

۵. حمایت از تولید و صدور محصولات متکی بر فناوری‌های بومی و سنتی

مواردی که می توان پیوست کرد:

- ۱- ماده ۱۶ قانون تشکیل وزارت بهداشت
- ۲- سند چشم انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران
- ۳- قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران
- ۴- سند نقشه جامع علمی کشور
- ۵- نقشه جامع سلامت کشور
- ۶- برنامه راهبردی تحقیقات گیاهان دارویی کشور
- ۷- سند نقشه جامع علمی کشور در سیاستگذاری عمومی
- ۸- مجموعه قوانین و مقررات و آیین نامه های اجرایی طب سنتی
- ۹- گایدلاین ها و آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت از وضعیت طب سنتی
- ۱۰- سند ملی توسعه فناوری گیاهان دارویی و طب ایرانی
- ۱۱- تحول و نوسازی نظام آموزش کشور
- ۱۲- وضعیت طب سنتی در هند
- ۱۳- وضعیت طب سنتی در هنگ کنگ
- ۱۴- وضعیت طب سنتی در چین

در راستای تبیین رویکرد سایر کشورها به موضوع طب سنتی، مستنداتی از برنامه های توسعه طب سنتی در بعضی از کشورهای اروپایی، آسیایی، استرالیا، آمریکا نیز قابل پیوست است.

مقدمه و منشور احیاء و کاربرد طب سنتی ایران

واقعیت های مستند تاریخی نشان می دهد که مللی همچون ایرانیان، سومریان، مصریان، هندیان و چینیان پیشگامان عرصه علم در دوران های گذشته و از پایه گذاران دانش مدون پزشکی بوده اند. در این میان سهم ایران، در شکل گیری تمدن اسلامی و رشد و بالندگی دانش پزشکی بخصوص پس از ظهور اسلام و ورود آن به ایران استثنایی و بی نظیر است و جهان غرب نه تنها در قرون پیشین بلکه حتی در دوران رنسانس نیز عمیقاً بدان وامدار است.

طب سنتی ایران، یک مکتب طبی کامل و پویا است که جهان را به عنوان نظام احسن و آفریده خالق عظیم و حکیم می نگرد و پزشک را از بابت تسلط و احاطه او به علوم مختلف و درک صحیح او از جهان هستی حکیم نامیده است. ریشه های مکتب غنی طب سنتی ایران به بیش از ۳۰۰۰ سال قبل میرسد تا آنجا که مورخان غربی پزشکی اذعان دارند که این مکتب قبل از طب یونانی وجود داشته است و ایرانیان اصول آن چیزی را که طب یونانی نامیده شده به یونانیان تعلیم داده اند.

اندیشه ها و تجربیات ستارگان پرفروغ طب سنتی ایران مانند ابن سینا، رازی، علی بن عباس اهوازی، ابن ابی الصادق نیشابوری، سید اسماعیل جرجانی و عمادالدین محمود شیرازی و دانشمندان بزرگ و نامور دیگری از این دست، حدود هشت قرن مرجع دانشگاه های طب در غرب و شرق جهان بوده است. بدین ترتیب واضح است که مکتب طب سنتی ایران میراث گرانبغی بجای مانده از تلاش حکیمانه، تحقیقات عالمانه و تجارب ارزشمند هزاران دانشمند و حکیم دوران های گذشته به ویژه دوران ۱۴۰۰ ساله تمدن اسلامی ایرانی است که نه تنها دوران های گذشته بلکه برای دنیای امروز و فردا نیز راهکارهای عملی ارائه داده است.

ترجمه و تدریس آثار دانشمندان اسلامی- ایرانی در اروپا برای مدتی طولانی و متجاوز از پنج قرن گواه بارزی بر صدق این مدعاست اما آنچه که در طول قرون و اعصار و بخصوص بدنبال آشفتگی های سیاسی ناشی از حملات اقوام مهاجر از جمله حمله بزرگ مغولان، گورکانیان و جنگ های فرساینده و درگیری های حکام در همه شوون کشور پیش آمد، اگر نگوییم مانع رشد جدی و شکوفایی مورد انتظار علمی و پزشکی شد، بدون شک در روند رو بتکامل دانش ها از جمله علم طب خلل ایجاد کرد هرچند حتی در همین ادوار، درخشش و ظهور نوابغ بزرگ و نوآوری را که بگونه ای ادامه دهنده حرکت علمی قرون سوم تا پنجم هجری بوده اند سراغ داریم، ولی تقریباً از میانه دوران سلطنت قاجاریه و نفوذ مستقیم قدرتهای بیگانه و رویکرد جامعه علمی کشور پس از تاسیس دارالفنون به اقتباس از دانش غربیان، طب سنتی ما یعنی همان میراث عظیمی که بلحاظ نوع نگرش توحیدی و اعتقاد به انتظام ویژه آفرینش و رابطه جسم و جان و قوای نهفته در آدمیان و تقدم پیشگیری بر درمان و تاکید بر اصلاح شیوه زندگی بجا دخالت های بعضاً زیان بخش در نظام بدن نکته های قابل تاسی فراوان دارد، به انزوا رفت تا جائیکه چراغ آموزش قانونمند و مبتنی بر اصول و منابع، بسیار کم فروغ شد. آنچه که از اواخر دوره قاجار و بطور مشخص در دوره رژیم گذشته در جهت غریبزدگی، خودباختگی و احساس حقارت نسبت به پیشرفت های علمی جهان غرب

القاء می گردید عرصه را بر طب سنتی بسیار تنگ کرد اما تحولی که به برکت انقلاب شکوهمند اسلامی و بازیابی هویت اسلامی - ملی و تلاش علمی و سیاسی در جهت احیاء تفکر دینی و اقتدار ملی صورت گرفت هماهنگ با دیگر عرصه ها، زمینه بازشناسی و احیاء مجدد طب سنتی ما را با نگاهی عالمانه، منطقی و با آگاهی از پیشرفت های دو قرن اخیر در جهان علم و دانش پزشکی بشر، فراهم ساخت که تبلور آن یک حرکت جدی و مسئولانه در دانشگاه های علوم پزشکی، بخصوص دانشگاه هایی که بلحاظ علمی از اعتبار افزون تری بهره مند بودند از جمله تاسیس اولین دانشکده طب سنتی در دانشگاه علوم پزشکی تهران بود.

احیاء طب سنتی با جمع آوری، طبقه بندی، بررسی و ارزیابی این میراث عظیم، با متدهای علمی و مطالعات تطبیقی در این زمینه گامی اساسی در دستیابی به دانش مستحکم و تأمین حداکثری سلامت برای آحاد مردم و بهره گیری های رو به تزاید و پر ثمر از اعتماد به نفس ملی برخاسته از این حرکت خواهد بود.

منشور احیاء و کاربرد طب سنتی ایران

طب سنتی ایران، میراث گرانبه بجا مانده از تلاش حکیمانه، تحقیقات عالمانه و تجارب ارزشمند هزاران دانشمند و حکیم دوران های گذشته به ویژه دوران ۱۴۰۰ ساله تمدن اسلامی است که نه تنها در دوران گذشته بلکه برای دنیای امروز و فردا نیز در این دریای پهناور، گوهرهای درخشان و ناسفته فراوانی وجود دارد.

احیاء طب سنتی با جمع آوری، طبقه بندی، بررسی و ارزیابی این میراث عظیم، نه تنها واپسگرائی نیست، بلکه گامی اساسی در دستیابی به دانش مستحکم و تأمین حداکثر سلامت برای آحاد مردم و بهره گیری های رو به تزاید و پر ثمر از اعتماد بنفیس ملی برخاسته از این حرکت است.

اینک که به یاری پروردگار، پس از سالهای طولانی، بار دیگر دروازه های ورود به عرصه قانونمند آموزش، پژوهش و ارائه خدمات طب سنتی به روی گروهی از فرهیختگان برگزیده میهن اسلامی ما گشوده شده است، ضرورت ساماندهی جدی ابعاد مختلف کاربرد طب سنتی در تمام مراحل آن بخوبی احساس می شود لذا تدوین «منشور احیاء و کاربرد طب سنتی» با چنین انگیزه و هدفی صورت می گیرد.

اصول کلی و بنیاد های اندیشه احیاء و کاربرد طب سنتی ایرانی اسلامی

اصل اول: تعهد و پای بندی به تمامی موازین شناخته شده حقوق بیمار و اخلاق پزشکی

۱. دریافت مطلوب و محترمانه خدمات سلامت، حق بیمار است.
- ارائه خدمات سلامت با هدف بازیابی، تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت بیماران و گیرندگان خدمات طب سنتی

- احترام به شخصیت، ارزش ها و اعتقادات بیمار و پرهیز از هر گونه تبعیض بر پایه دین، قومیت، زبان، نژاد و مواردی از دست
- اولویت منافع بیمار بر منافع ارائه کننده خدمات
- خوشروئی، دلسوزی، همدردی، درک نگرانی های بیمار و حوصله در شنیدن شکایات و خواسته های او
- پرهیز از تحمیل هر گونه درد و رنج قابل پیشگیری یا کاهش، در مراحل مختلف ارائه خدمات سلامت
- همکاری منطقی و محترمانه با سایر اعضای تیم درمان در جهت فراهم کردن حداکثر تحقق نیاز بیمار به خدمات سلامت
- محرمانه دانستن هر گونه اطلاعات شخصی یا پزشکی مربوط به بیمار در چارچوب قوانین اخلاق پزشکی
- انتقال اطلاعات لازم برای دستیابی بیمار به حداکثر سلامت به زبان قابل فهم برای او و نیز احساس مسئولیت نسبت به آموزش بیمار یا اطرافیان وی برای توانمند سازی آنها به منظور استمرار مراقبت های سلامت لازم
- رفتار صادقانه و مودبانه و به موقع نسبت به گیرندگان خدمات سلامت و ارجاع بیمار به مرکز و شیوه درمانی مناسب تر و نیز انجام مشاوره برای انتخاب روش درمانی مناسب تر و کارا تر در موارد خاص
- توجه خاص به گروه های آسیب پذیر همانند کودکان، زنان باردار و شیرده، سالمندان، معلولان، زندانیان، افراد بدون سرپرست و نیز بیماران با مشکلات روانی
- احترام به حق خود مختاری بیمار در چارچوب قوانین اخلاقی و کشوری
- مبادرت به درمان های فوری در مواقع اورژانس بر اساس موازین قانونی پزشکی و صرف نظر از امکان وصول هزینه

۲. اطلاع رسانی کافی و ضروری نیز حق بیمار است:

- بیان هزینه، پذیرش یا عدم پذیرش بیمه و آگاه سازی بیمار از دفعات و کیفیت مراجعات بعدی
- امکان آگاهی بیمار از تحصیلات، مسئولیت ها، مراتب علمی و تجربی اعضای تیم درمان
- اطلاع رسانی به بیمار در زمینه روش های تشخیص و درمان در طب سنتی و نیز امکان استفاده از سایر شیوه های طبی در صورت لزوم
- فراهم کردن امکان پاسخگویی به سوالات یا نگرانی های بیمار پس از آغاز درمان و در فواصل مراجعات
- اطلاع یافتن بیمار در مورد پرونده پزشکی خود با رعایت مصلحت های ویژه
- اگر بیمار از مراکز آموزشی خدمات دریافت می کند اطلاع رسانی در مورد حدود دفعات و چگونگی استفاده آموزشی از او در چارچوب حفظ حرمت افراد و حداقل مزاحمت برای وی از پیش بگونه ای شایسته.

۳. استقبال از نظارت، انتقاد منطقی و پیشنهادات مسئولین و همکاران

- پرهیز از هرگونه رفتار پنهانی و تهدید آمیز که مانع نظارت دستگاه های مسئول یا امکان دادخواهی بیمار گردد.
 - سعه صدر برای پذیرش راهنمایی های منطقی یا روش های متفاوت با نظر ارائه کنندگان خدمات طب سنتی توسط همکاران و صاحب نظران و حتی خود بیماران
۴. مراعات موازین شناخته شده بهداشتی در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی
- فراهم کردن و پایبندی به کاربرد همه موازین ضروری بهداشتی به منظور پیشگیری از هر گونه زیان رسانی به سلامت بیمار و گیرندگان خدمات و نیز صدمه زدن به سلامت محیط زیست
 - مراعات شرایط موارد ضروری بر اساس موازین علمی روز
۵. رعایت شئون حرفه پزشکی در محیط کار و جامعه
- پرهیز از هر گونه رفتار مغایر با جایگاه مقدس پزشکی در محیط کار و جامعه و ایجاد وهن فردی و حرفه ای
 - پای بندی عملی به ظواهر محاسن اخلاقی و توصیه های معاشرتی دینی
 - پرهیز از ایجاد بی اعتمادی و بدگویی صریح و مخرب نسبت به همکاران و جامعه پزشکی سنتی و کلاسیک و اقدام مناسب و قانونی در صورت اطلاع از فرایندهای ناقض حقوق بیماران و جامعه

اصل دوم: تعهد به فقه پزشکی و رعایت امر نهی الهی بر اساس آموزه های اسلامی

۱. قاعده ضمان طیب
- ارائه خدمات پزشکی در چارچوب قاعده ضمان طیب
 - اخذ برائت برای موارد ضرورت به تناسب عرف زمان و مکان
۲. پرهیز از محرّمات شرعی
- رعایت چارچوب موازین شرعی در تفاوت جنسیت ها
 - توجه به قاعده «ما جعل... فیما حرم شفاء» و حذف مُحَرّمات و ناپاکی ها از داروها و خوردنی ها در حد مقدور و در محدوده نفی عُسْر و حَرَج و نفی اضطرار
 - رعایت امر و نهی الهی در سایر موارد پیش بینی نشده.

اصل سوم: تعهد و پای بندی به قوانین کشور جمهوری اسلامی ایران

۱. تبعیت و هماهنگی با قوانین پزشکی

- رعایت موازین قانونی معتبر و آئین نامه های مصوب
- خودداری از تخلف های قانونی و در صورت لزوم تلاش در جهت اصلاح قوانین و آئین نامه های زیان بخش از طریق ارائه پیشنهادات اصلاحی به مراجع رسمی
- ۲. تبعیت از قوانین عمومی و ناظر بر روابط خارجی
- تبعیت از قوانین اساسی و مدنی به عنوان یک شهروند ایرانی
- رعایت محدودیت نظام جمهوری اسلامی در روابط علمی با خارج از کشور و شهروندان غیر ایرانی

اصل چهارم: هماهنگی با نظام ملی سلامت

- مراعات مقررات کشوری مربوط به سلامت و طبابت علاوه بر مراعات قوانین طبابت
- پرهیز از هرگونه رفتار یا توصیه مغایر با برنامه های ملی پیشگیری از بیماریها یا مراقبتهای اولیه سلامت
- تلاش در جهت مشارکت و همکاری با نظام ملی سلامت در جهت کاربرد منطقی طب سنتی در قالب نظام شبکه بهداشتی - درمانی

اصل پنجم: آموزش مسئولانه در سطوح عمومی و اختصاصی

۱. نگاه به مقوله آموزش عمومی (جامعه، بیماران، اطرافیان بیمار) با تاکید بر تدابیر حفظ الصحة به عنوان جزء لاینفک خدمات طب سنتی و مشارکت و تلاش در تحقق آن
 - آموزش استمرار مراقبت های سلامت و درمانی بیماران به آن ها و اطرافیان آنها
 - پرهیز از هرگونه بزرگنمایی مسائل کوچک و افراط و تفریط با رعایت مصالح آحاد جامعه
۲. تلاش در جهت تکامل، ارتقاء کیفیت آموزش های اختصاصی طب سنتی
 - احساس مسئولیت و مشارکت در آموزش رسمی طب سنتی در چارچوب مقررات آموزشی
 - پرهیز از آموزش های موازی که منجر به شکل گیری نظام ارائه خدمات طب سنتی در قالبی مغایر با موازین قانونی گردد.
 - مشارکت در تامین منابع مورد نیاز آموزش رسمی طب سنتی بطور مستقیم یا غیر مستقیم.
 - ارائه هرگونه پیشنهاد سازنده و اطلاعات و تجارب سودمندی که به تکامل و ارتقاء آموزش رسمی طب سنتی منجر می گردد.

اصل ششم: پاسداشت و بهره گیری از میراث پزشکی ملی - اسلامی

- حفظ حرمت حکماء و پیشکسوتان طب سنتی - اسلامی از گذشته های دور تاکنون و پرهیز از نادیده گرفتن منزلت آنان به لحاظ وجود برخی نظرات غیرقابل قبول

- تلاش در بازشناسی محتوای آثار و تجارب حکماء با بهره گیری از ابزارهای علمی روز
- کمک به حفظ آثار و احیاءاً نشر مواردی از آن ها در چهارچوب احیاء میراث طب اسلامی - ایرانی
- تلاش در تدوین منابع جدید و متناسب با روز با بهره گیری از میراث گرانقدر گذشتگان

اصل هفتم: توالی تقدم پیشگیری، تدابیر حفظ الصحه، اصلاح شیوه زندگی بر پایه سته ضروریه، درمان طبیعی و غذایی، درمان داروئی و سایر شیوه های درمانی

۱. اولویت تدابیر صحتی در آموزش و ارائه خدمات طب سنتی
 - تلاش در ارتقاء و آگاهی های عمومی و اختصاصی افراد جامعه و فراگیران طب سنتی در زمینه تدابیر حفظ الصحه و مقدم داشتن آن بر سایر تدابیر
 - ارائه خدمات مبتنی بر حفظ الصحه با تاکید جدی و عدم مبادرت به ارائه خدمات درمانی در مواردی که تامین سلامت بیمار با تدابیر حفظ الصحه میسر است و لو با تاخیر اندک
 - تقدم درمانهای طبیعی و غذائی بر سایر شیوه های درمانی
 - بهره گیری تا حد امکان از داروهای مفرده و بسنده کردن به حداقل اجزاء در داروهای ترکیبی در صورت امکان
۲. احیاء ارزشهای اولویت بندی حکماء در عرضه خدمات طب سنتی
 - تلاش در متقاعد ساختن بیماران و اطرافیان آن ها به ضرورت رعایت توالی اولویت ها
 - پرهیز از عوامزدگی و اجتناب از زیر پا گذاشتن اصول توالی به درخواست و یا اصرار بیماران
 - تجویز داروهای طب سنتی در اندازه های لازم و اجتناب از تجویز مازاد بر نیاز داروها
 - تلاش در کاهش هزینه بیماران در حد معقول و قابل انجام

اصل هشتم: تعهد به اجتناب از یکسو نگری و ارجاع بیماران بر اساس انتخاب روشهای موثرتر و مطمئن تر

- پرهیز از رفتار پزشکی یکسونگرانه و اجتناب از پذیرش بیماران خارج از محدوده صلاحیتهای علمی و حرفه ای
- راهنمایی بیماران که خارج از محدوده طب سنتی دریافت خدمات موثرتر، کم هزینه تر و مطمئن تر برای آنها وجود دارد.
- پرهیز از اعمال روشهای درمانی وقت گیر و دراز مدت که موجب تضییع فرصت های خاص در دریافت خدمات موثرتر برای بیماران می گردد.
- پرهیز از کاربرد روشهای درمانی امتحان نشده بدون مراعات تمام جوانب تحقیق پزشکی که در بحث اخلاق در پژوهش های پزشکی مورد توجه است

اصل نهم: تلاش مداوم در ارتقاء و توسعه علمی و تجربی با بهره گیری از دانش و فناوری**پیشروی روز**

- احساس نیاز و تشنگی فزاینده نسبت به دانش افزائی، بازآموزی، نوآموزی و کسب تجارب تازه
- مشارکت در پژوهش های علمی در زمینه طب سنتی با پای بندی مسئولانه نسبت به موازین اخلاق در پژوهشهای پزشکی و اعتبار علمی نحوه انجام تحقیق
- مشارکت در برگزاری دوره های آموزش مداوم مرتبط با طب سنتی و پرهیز از مخفی نگاهداشتن و عدم ابراز یافته های سودمند در برابر افرادی که بر اساس موازین قانونی مجاز به ارائه خدمات طب سنتی می باشند
- با توجه به پیشرفت های لحظه به لحظه علوم پزشکی، عدم غفلت از کسب اطلاعات ضروری و مورد تاکید عرف علمی جامعه پزشکی و در چارچوب قاعده فقهی ضمان طبیب

اصل دهم: همکاری، همدلی و هم آوائی با حرکت های دلسوزانه قانونمند و خیرخواهانه خدانگر**در طب سنتی**

- درک و تعهد نسبت به مسئولیت های فردی و گروهی در برابر دفاع از حیثیت، قداست و وجهه مردمی و مورد وثوق طب سنتی
- تلاش در جهت اصلاح روشهای احتمالا زیان بخش شیوه عمل برخی از اعضای خانواده طب سنتی بطرق ممکن و در چارچوب حفظ آبروی افراد و مصالح بیماران و مصالح جامعه
- بذل هرگونه کمک نسبت به خدمتگزاران اعتلاء طب سنتی و پرهیز از مرزبندی های جناحی و سیاسی در این مسیر
- و بالاخره در همه حال خود را در جایگاه گیرندگان خدمات طب سنتی و یا خدمتگزاران واقعی طب سنتی دیدن و پرهیز از هر گونه رفتار مغایر با منافع بیماران، گیرندگان خدمات و خدمتگزاران صدیق طب سنتی

مهمترین رویکرد و کاربرد بالینی طب سنتی در کمک به بهبود حال بیماران سرطانی

۱. تلاش برای پرهیز از افراط و تفریط در استفاده از طب سنتی
۲. توسعه منطقی و کاربرد علمی و مبتنی بر شواهد از خدمات دارویی طب سنتی
۳. افزایش کیفیت زندگی بیماران با دستورات تغذیه‌ای در تطبیق با دانش روز
۴. پذیرش بیمار فقط از طریق سیستم ارجاع یا غربالگری

نمودار پیشنهادی برای کار تیمی

نمودار تشکیلاتی گروه انکولوژی تلفیقی Integrative Oncology Department

Cancer Research Center > Clinic >
Surgery/ Radiotherapy oncology/ Medical oncology:
Refer to >



Complementary Oncology
Research / Screening / Clinic / Education Groups: planning & referring >



Research Group:
QoL / Nutrition / Spiritual / Mind-Body / Herbal / Acupuncture



Clinics:

Spiritual Medicine Group
Persian Medicine Group: Nutrition and traditional drugs
Mind-body Medicine Group: Respiratory Techniques and regulation
Acupuncture Group: Pain relief, Nausea & Vomiting

منابع

- 1 - *Guidelines for Using Complementary and Alternative Methods*, American cancer society, 06/30/2011.
- 2-Qi. F.,Li A., Inaqaki Y, Gao J, Kokudo N, Li J, Li XK, Tang W, Chinese herbal medicines as adjuvant treatment during chemo- or radio-therapy for cancer, *Bioscience Trends*, 2010(6). p: 297-307.
- 3 -National Cancer Institute, office of cancer complementary and alternative medicine (OCCAM), selected funded projects, last updated: 03/09/10S.
- 4 -C.D.R. Colleen Lee, Farah Zia, Oluwadamilola Olaku, Joan Michie, Jeffrey D. White, *Survey of Complementary and Alternative Medicine Practitioners Regarding Cancer Management and Research*, *J Soc Integr Oncol*. 2009; 7(1): 26–34.
- 5 -.Patwardhan, e.a., *Ayurveda and natural product drug discovery*. *current science*, 2004. 86(6):789.
- 6 - Annual report on complementary and alternative medicine Fiscal year 2008,national cancer institute, U.S. department of health and human services, 2008: 37