

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).

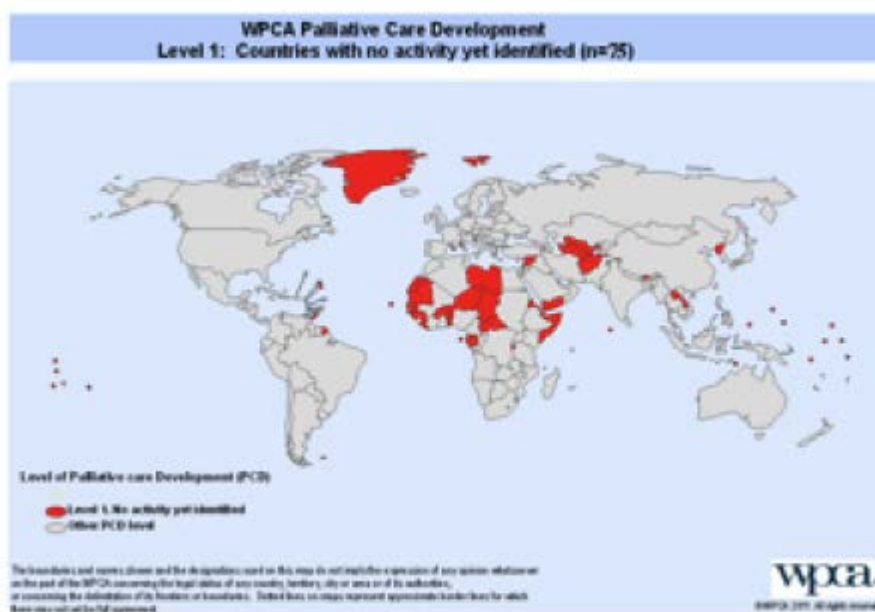
گروه ۴ رویکرد یکپارچه سازی و ادغام مراقبت ها	گروه ۳ ارائه مراقبت های تسکینی در برخی از مناطق	گروه ۲ ظرفیت سازی برای مراقبت های تسکینی	گروه ۱ بدون هیچ فعالیت شناخته شده
<p>ظرفیت سازی و ارائه مراقبت های تسکینی در برخی از مناطق وجود دارد اما:</p> <ul style="list-style-type: none"> - در یک منطقه از کشور 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 در میان گذاشتن خواسته ها با سازمان های بین المللی مرتبط با مراقبت های تسکینی؛</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.

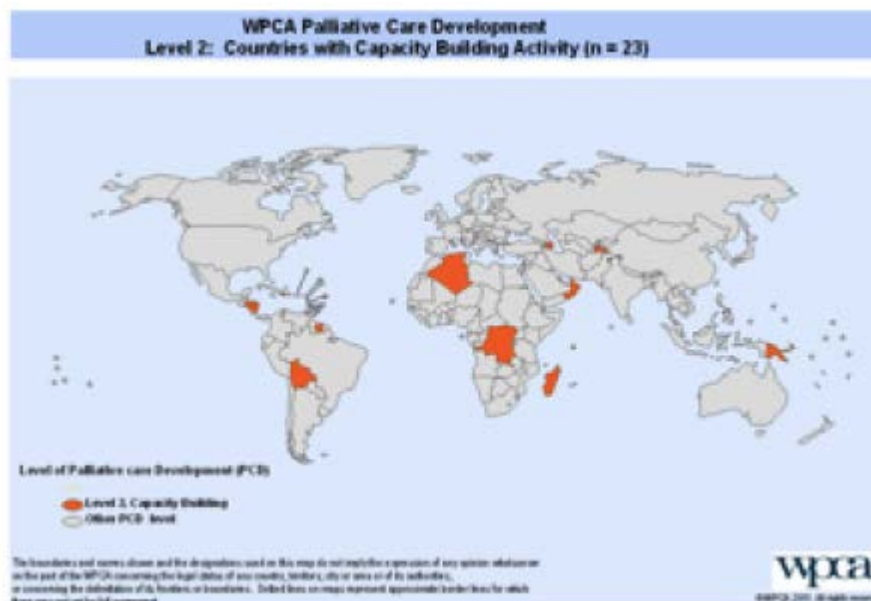


شکل ۵- ۱. گروه ۱. کشورهایی که هیچ فعالیت ملموسی در زمینه مراقبت های تسکینی در آن ها قابل شناسایی نیست

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 و وزرا 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

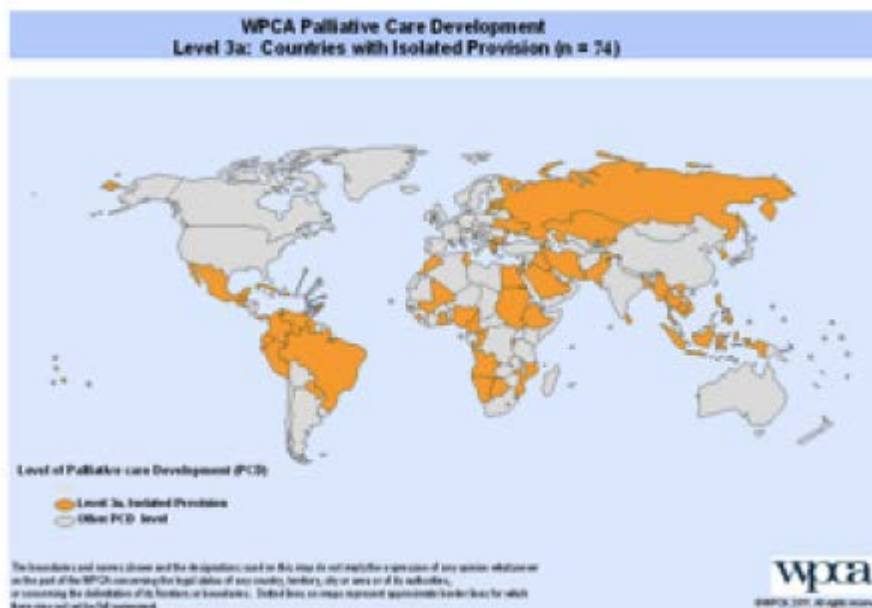
در طبقه بندی گزارش جدید این گروه شامل ۲ زیر گروه با ویژگی های زیر است:

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

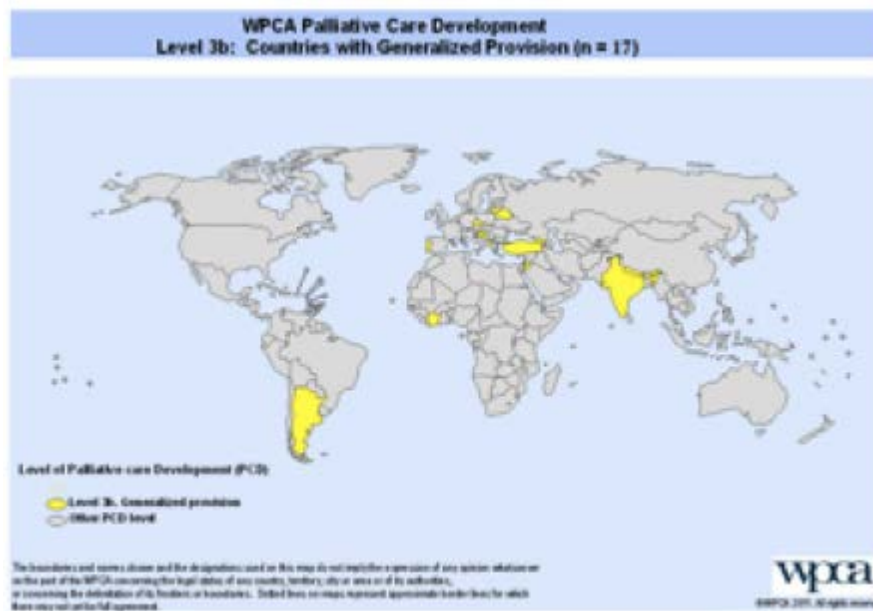


شکل ۵-۳. گروه 3a با تامین خدمات به شکل محدود و ایزوله

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.



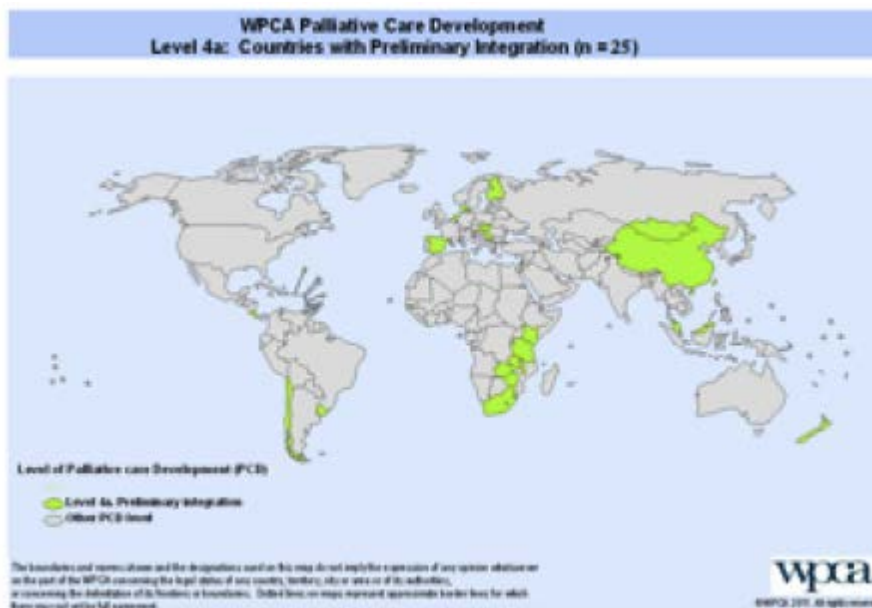
شکل ۵-۴. گروه 3b با تامین خدمات به شکل جنرالیزه

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.

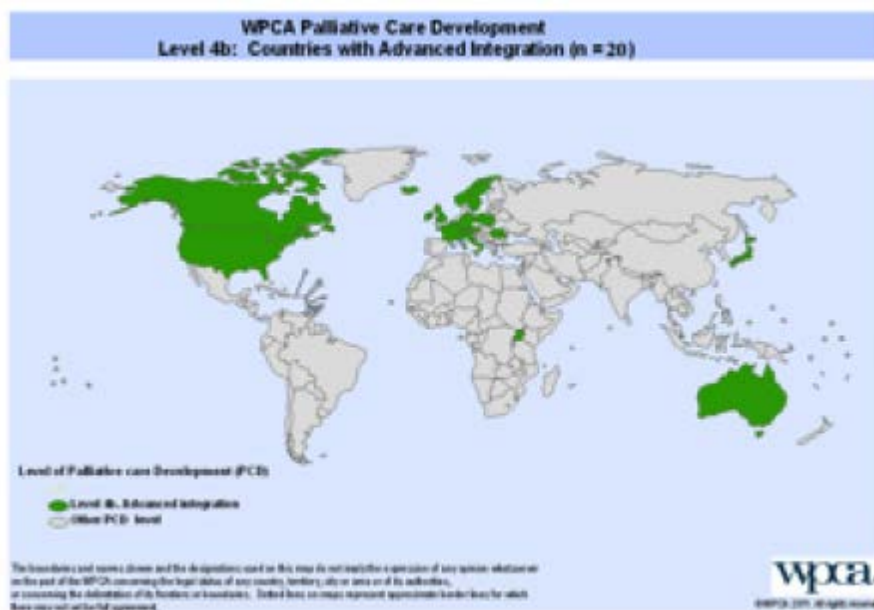


شکل ۵-۵. گروه 4a: کشورهایی که در آن ها مراقبت های تسکینی در مراحل ابتدایی ادغام با جریان اصلی درمان بیمار قرار دارد

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 ومیر.

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 هر یک 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 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 مراقبت های 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 بزرگسالان		خدمات اطفال	
	هاسپیس	واحد بستری بیمارستانی	مراقبت در منزل	کلینیک روزانه
۲۶۷	۹۰	۵	۱۵۳	۱۰

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 ناركوتیک 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 نارکوتیک 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>