

مرور نظام‌مند و تطبیقی بر مدل‌ها و کارایی مراکز هاسپیس برای مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته و غیرقابل علاج

چکیده

دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۲۱ ویرایش: ۱۴۰۴/۰۵/۲۸ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۲۵ آنلاین: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

زمینه و هدف: این مطالعه تطبیقی با هدف بررسی نیاز به مراکز هاسپیس برای بیماران مبتلا به بیماری‌های حاد پیشرفته با امید به زندگی کمتر از شش ماه در ایران و بررسی تجربیات سایر کشورها انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر به صورت مرور نظام‌مند با جستجو در پایگاه‌های، اسکوپوس، پابمد و الزویر و موتور جستجوگر گوگل اسکالر در بازه زمانی دی ماه ۱۳۸۸ تا دی ماه ۱۴۰۱ و با کلیدواژه‌های مرتبط انجام و ۲۱ مقاله براساس معیارهای ورود انتخاب شدند. پس از انتخاب مقالات موضوعات هزینه‌ها، منبع تامین مخارج، کاندیدهای دریافت خدمات، دیدگاه خانواده‌ها، کیفیت مراقبت‌های نزدیک مرگ، کیفیت زندگی، کیفیت مرگ، خدمات ارائه شده، مداخلات درمانی انجام شده، محل مرگ، طول مدت اقامت از هر مقاله استخراج و مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد استفاده از هاسپیس در اکثر موارد (شش مقاله از هفت مقاله بررسی کننده هزینه) منجر به کاهش هزینه‌ها شد. منابع تامین مخارج عمدتاً کمک‌های خیریه و بودجه ملی بودند. تمام مقالات بهبود کیفیت مراقبت، کیفیت پایان زندگی و کیفیت مرگ را با استفاده از هاسپیس تایید کردند. خدمات ارائه شده شامل مدیریت علائم، تسکین درد، حمایت روانی-اجتماعی و مراقبت اقامتی موقت بود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد مراکز هاسپیس می‌توانند با کاهش هزینه‌های درمانی، کاهش مداخلات تهاجمی و ارائه مراقبت‌های جامع جسمی و معنوی، کیفیت مراقبت، زندگی و مرگ بیماران واجد شرایط را بهبود بخشیده و رضایت خانواده‌ها را افزایش دهند.

کلمات کلیدی: بیماری‌های حاد، مراقبت‌های انتهای زندگی، هاسپیس، طب تسکینی.

ایوب توکلیان^۱، شاپور بدیعی^۲، مهدی محمدی^۳، الهه پوراحمدی^۴، سمانه صبور^۵، نوید کلانی^۶، مهدی فروغیان^{۱*}

۱- گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۲- گروه طب سنتی ایرانی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۳- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد،

ایران.

۴- گروه اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل

اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت،

دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۵- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، مرکز

تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت،

پژوهشکده علوم پایه، دانشکده بهداشت،

دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۶- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر

سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

جهرم، جهرم، ایران.

* نویسنده مسئول: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد،

دانشکده پزشکی، گروه طب اورژانس.

تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۲۳۱۲

E-mail: foroughianmh@mums.ac.ir

مقدمه

هاسپیس مدرن، هم در بریتانیا و هم در سراسر جهان شناخته می‌شود. مراقبت تسکینی (Palliative care) امروزه طیف وسیعی از خدمات تخصصی را در بر می‌گیرد و در سراسر ایالات متحده و بریتانیا و همچنین سایر کشورهای توسعه یافته در دسترس است.^۱

هاسپیس (Hospice) مدرن در اواخر دهه ۱۹۵۰ در انگلستان شکل گرفت و Dame cicely saunders به‌عنوان چهره محوری در معرفی

روش بررسی

این مطالعه به صورت نظام‌مند و تطبیقی بر تجارب کشورهای مختلف در زمینه راه اندازی و اداره مرکز هاسپیس در کشورهای منتخب در بازه زمانی دی ماه ۱۳۸۸ تا دی ماه ۱۴۰۱ انجام شد. به منظور گردآوری داده‌های مورد نیاز، ابزار استفاده شده در این مطالعه چک‌لیست محقق‌ساخته در قالب یک جدول با ۱۱ متغیر بود. این چک‌لیست برحسب مطالعه چارچوب و ساختار کلی مقالات مورد بررسی ساخته شد. به منظور تکمیل فرم‌های اطلاعاتی از پایگاه‌های اطلاع رسانی، کتب مرجع، گزارش‌های منتشر شده سازمان بهداشت جهانی، مراکز دانشگاهی ملی بین‌المللی، مراکز تحقیقاتی و بانک‌های اطلاعاتی مدلاین، پاپ‌مد و الزویر استفاده شد. در ایران نیز داده‌های مورد نیاز با استفاده از اسناد و مدارک سازمان‌های مرجع و مرتبط با موضوع پژوهش مانند معاونت سلامت و درمان وزارت بهداشت و یا معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مشهد گردآوری شد. جهت جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی مدلاین، پاپ‌مد و الزویر از کلید واژه‌های فارسی و انگلیسی مرتبط استفاده شد.

آیتم‌های، هزینه‌ها مصرفی توسط بیماران یا مراکز بیمه‌ای، منبع تامین مخارج مراکز هاسپیس، کاندیدهای دریافت خدمات هاسپیس، دیدگاه خانواده‌ها نسبت به هاسپیس، کیفیت مراقبت‌های نزدیک مرگ در هاسپیس، کیفیت زندگی در هاسپیس، کیفیت مرگ در هاسپیس، انواع خدمات ارائه شده در هاسپیس، مداخلات درمانی انجام شده، محل مرگ، طول مدت اقامت در هاسپیس و همچنین هدف و نوع مطالعه انجام شده، سال و کشور محل انجام و شرکت کنندگان مطالعه و حجم نمونه از هر مقاله استخراج و مورد مقایسه قرار گرفت. سپس براساس معیارهای ورود و خروج مقالات مناسب جهت تحلیل و بررسی انتخاب شدند (نمودار ۱).

معیارهای ورود برای مقالات و گزارشات شامل، مطالعات بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۳ به چاپ رسیده باشند، مقالات به زبان انگلیسی و فارسی باشند و اشاره به چالش‌ها، اقدامات و محاسبه هزینه‌ها و درآمدهای مراکز هاسپیس در دنیا داشته باشند. تمام مراحل انجام پژوهش اعم از نوشتن استراتژی سرچ، غربال اولیه مقالات (عنوان و چکیده)، غربال مرحله دوم مقالات (فول‌تکست) و استخراج آیتم‌ها و گزارش توسط یک نفر انجام شد.

طی پیشرفت‌های پزشکی در نیم قرن گذشته، توسعه هاسپیس و مراقبت تسکینی در سیستم‌های بهداشتی از تاثیرگذارترین موارد بوده است.

اگرچه پیشرفت‌ها در زمینه کاردیولوژی، پزشکی پیوند و مراقبت از سرطان توجه عمومی را به خود جلب کرده است، اما توسعه هاسپیس و مراقبت تسکینی نیز به همان اندازه تحول‌آفرین بوده است.^۲ مراقبت تسکینی برای هر کسی که بیماری جدی دارد، مناسب است.

بیماری جدی اینگونه تعریف شده است: شرایطی که خطر مرگ‌ومیر بالایی را به همراه دارد، بر کیفیت زندگی و عملکرد روزانه تاثیر منفی می‌گذارد و یا تحمل علائم یا درمان بیماری دشوار است.^۳ هاسپیس یکی از مسیرهای ارائه مراقبت به افراد مبتلا به بیماری جدی است. در طول ۳۰ سال گذشته، مراقبت‌های پایان عمر از شکل مراقبت‌های اولیه در بیمارستان به مراقبت در خانه تغییر یافته است، به طوری که یک چهارم مرگ‌ومیرها در محل زندگی بیمار اتفاق می‌افتد.^۴

تا سال ۲۰۱۵، بیش از ۸۵٪ از بیمارستان‌ها، برنامه‌های مراقبت تسکینی داشتند.^۵ مطابق تخمین سازمان جهانی بهداشت قریب به ۸۰٪ از نیازمندان به مراقبت‌های حمایتی تنها به مراقبت‌های اولیه و غیر تخصصی نیاز دارند، و تنها ۲۰٪ بیماران نیازمند دریافت خدمات تخصصی هستند.^۶ خدمات مراقبت‌های حمایتی و تسکینی، فقط به جنبه‌های جسمانی بیمار محدود نبوده و جنبه‌های روانی و معنوی را نیز مورد توجه قرار می‌دهد.^۷

امیدوار کردن بیمار برای ادامه زندگی، فعال نگه داشتن او در عرصه فعالیت اجتماعی و کمک به بیمار با کنار آمدن با موضوعی تحت عنوان مرگ به عنوان یک فرایند طبیعی و اجتناب ناپذیر از اهم موضوعاتی هستند که نظام مراقبت‌های تسکینی در تلاش برای ارائه آنها است.

هاسپیس به عنوان زیر مجموعه‌ای از این خدمات پس از بخش‌های بیمارستانی قرار می‌گیرد.^۸ با توجه به فقدان تجربه کافی در ارائه هاسپیس در ایران، مطالعات اساسی برای شناسایی موانع احتمالی و اقدامات مدیریتی پیشگیرانه مناسب، ضروری است. بنابراین بررسی و استفاده از تجربیات موفق سایر کشورها برای کاهش احتمال شکست مفید است.

یافته‌ها

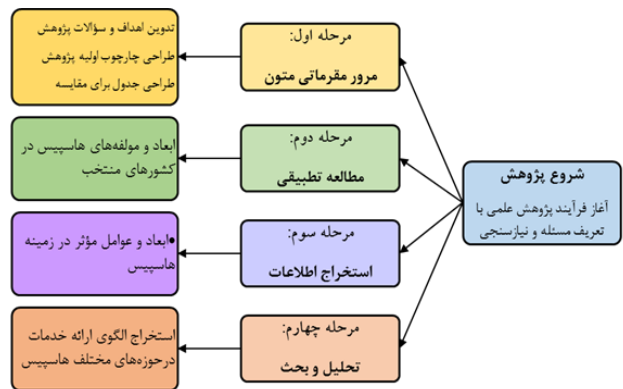
پس از جست‌وجو در منابع مطالعاتی، تعداد ۲۱ مقاله براساس معیارهای ورود برای بررسی متن کامل انتخاب شده و به مطالعه وارد شدند (نمودار ۲).

۲۱ مقاله بررسی شده (۹-۲۸ و ۴) شامل، ۹ مطالعه کوهورت، چهار مطالعه مقطعی، سه مطالعه مروری، دو مطالعه تطبیقی، یک مطالعه مبتنی بر شواهد و سایر مطالعات به صورت مطالعات کیفی و Survey بود. مطالعات در هفت کشور مختلف انجام شده است که بیشترین آنها در ایالات متحده آمریکا (۱۱ مطالعه) ثبت شده است، سایر مطالعات در کشورهای کره جنوبی، هند، فرانسه، انگلستان، ایرلند و قزاقستان انجام شده بود.

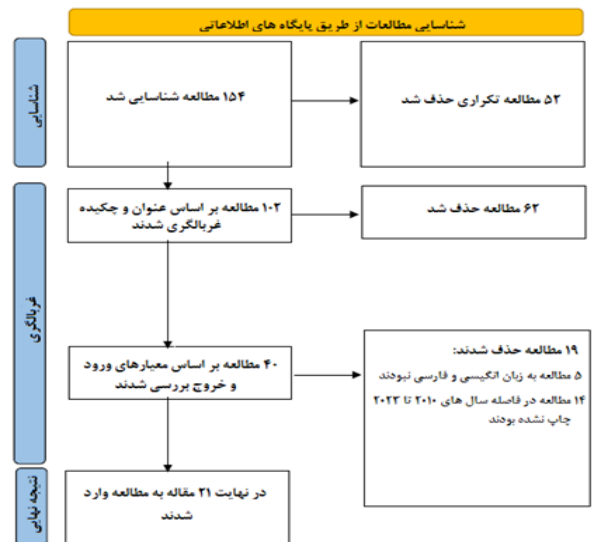
پس از جمع‌آوری مقالات عنوان، سال انجام، محل انجام، نوع مطالعه، شرکت کنندگان، هدف و نتایج مطالعات استخراج شد و براساس سال انجام مطالعه طبقه‌بندی شد. این مطالعات جنبه‌های مختلف خدمات هاسپیس از جمله هزینه‌ها، منبع تامین مخارج مراکز هاسپیس، پوشش بیمه‌ای، کاندیدهای دریافت خدمات، دیدگاه خانواده‌ها در مورد خدمات هاسپیس، کیفیت و نوع مراقبت‌های انتهای زندگی در این مراکز، کیفیت مرگ، میزان دریافت مداخلات درمانی و درمان‌های تهاجمی، محل مرگ و طول اقامت در این مراکز در کشورهای مختلف را مورد ارزیابی قرار داده بودند (جدول ۱ و ۲).

بحث

در مجموع ۲۱ مقاله از هفت کشور ایالات متحده آمریکا، کره جنوبی، هند، فرانسه، انگلستان، ایرلند و قزاقستان مورد بررسی قرار گرفت. این مطالعات به بررسی جنبه‌های مختلف خدمات هاسپیس از جمله هزینه‌ها، منبع تامین مخارج مراکز هاسپیس، پوشش بیمه‌ای، کاندیدهای دریافت خدمات، دیدگاه خانواده‌ها در مورد خدمات هاسپیس، کیفیت و نوع مراقبت‌های انتهای زندگی در این مراکز، کیفیت مرگ، میزان دریافت مداخلات درمانی و درمان‌های تهاجمی، محل مرگ و طول اقامت در این مراکز پرداخته بودند. هزینه‌ها و منبع تامین مخارج، در مجموع شش مطالعه هزینه‌ها در مراکز هاسپیس را مورد ارزیابی قرار داده بودند (جدول ۱).



نمودار ۱: فلوچارت مراحل انجام مطالعه



نمودار ۲: فلوچارت شناسایی مطالعات از طریق پایگاه‌های اطلاعاتی

جدول ۱: استراتژی جستجوی مطالعات

فارسی	لاتین
مراکز نگهداری هاسپیس	Hospice
مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت	
در بیماران با امید به زندگی کمتر از شش ماه	Care centers for patients with a life expectancy of less than six months
تخصیص منابع	resource allocation

جدول ۲: مقالات وارد شده در مطالعه در زمینه هاسپیس

نویسنده	سال	کشور	نوع مطالعه	شرکت کنندگان مطالعه و حجم نمونه	هدف	نتایج
Jhang و همکاران ^۹	۲۰۲۳	کره جنوبی	کوهورت گذشته نگر	۷۱۷۶ بیمار مبتلا به سرطان معده، کولورکتال یا ریه	مقایسه هزینه‌ها بین بیماران استفاده کننده از هاسپیس و بیماران دریافت کننده درمان	هزینه مراقبت‌های بهداشتی در میان آن دسته از بیماران سرطانی در کره جنوبی که از هاسپیس استفاده می‌کردند در مقایسه با سایر بیماران کاهش یافت
Salikhanov و همکاران ^{۱۰}	۲۰۲۲	قزاقستان	کوهورت	۱۰۴ بیمار استفاده کننده از هاسپیس و ۷۸ بیمار گروه کنترل بستری در مراکز palliative	بررسی اثربخشی و مقرون به صرفه بودن مراقبت‌های تسکینی مبتنی بر هاسپیس برای بیماران سرطانی در مقایسه با مراقبت‌های معمول بیمارستانی در مراکز سرطان در سراسر قزاقستان	کیفیت زندگی بیماران در مراکز هاسپیس بیشتر بود. هزینه‌ها در بیماران استفاده کننده از هاسپیس کمتر بود
Bradley و همکاران ^{۱۱}	۲۰۲۲	ایرلند و انگلستان	مطالعه پیمایشی	۱۰۳ مرکز هاسپیس	بررسی و گزارش تمام خدمات ارائه شده در مراکز هاسپیس	نتایج یک نمای کلی از خدمات هاسپیس ارائه کرد که در آن حمایت اجتماعی را به بیماران ارائه می‌دهد مراکز هاسپیس نقش مهمی در کمک به بیماران در چهار زمینه مدیریت درد، نوع دوستی، مرگ خوب و رضایت کلی دارد
Wajid و همکاران ^{۱۲}	۲۰۲۱	هند	مطالعه کیفی	هشت شرکت کننده از یک مرکز هاسپیس در بنگلور، هند	بررسی مزایای مراقبت‌های هاسپیس از دیدگاه بیماران سرطانی پیشرفته ساکن در این مراکز	
Christian و همکاران ^{۱۳}	۲۰۲۱	ایالت متحده آمریکا	کوهورت گذشته نگر	متوفیان استفاده کننده از خدمات مدیکر مبتلا به سرطان که در طی ژوئیه ۲۰۱۶ تا ژانویه ۲۰۱۷ تحت شیمی درمانی قرار گرفتند و طی ۱۲ ماه جان خود را از دست دادند و مراقبین آنها به یک نظرسنجی پس از مرگ پاسخ دادند (n = ۲۵۵۹).	بررسی کیفیت پایان زندگی از دیدگاه مراقبین متوفی	اجتناب از مراقبت‌های بیمارستانی و ثبت نام زودتر در هاسپیس‌ها، با رتبه‌های بالاتر کیفیت مراقبت همراه بود
Rees-Roberts و همکاران ^{۱۴}	۲۰۲۱	انگلستان	مطالعه پیمایشی	۱۲۸ سرویس هاسپیس	توصیف و مقایسه ویژگی‌های خدمات هاسپیس در منزل در انگلستان	بیشتر خدمات شامل ارزیابی و مدیریت علائم، حمایت روانی اجتماعی و respite care بود. کمک‌های خیریه منبع اصلی تامین مالی ۷۱/۲٪ سرویس‌ها بود. مراکز تسکینی و هاسپیس جمعیت‌های مختلفی را شامل می‌شدند. بیماران مسن‌تر مراقبت‌های تسکینی کمتری دریافت کردند، اما مراقبت‌های بیشتری از طریق هاسپیس دریافت کردند
Frasca و همکاران ^{۱۵}	۲۰۲۱	فرانسه	مرور نظام مند	۵۱ مقاله طبق معیارهای ورود	بررسی عوامل مرتبط با مداخلات و خدمات تخصصی در بیماران مختلف و در ستینگ‌های مختلف مراقبتی	

ادامه جدول ۲

نویسنده	سال	کشور	نوع مطالعه	شرکت کنندگان مطالعه و حجم نمونه	هدف	نتایج
Jho و همکاران ^{۱۶}	۲۰۲۰	کره جنوبی	کوهورت گذشته نگر	بیماران بالغ مبتلا به سرطان که از یک ژانویه ۲۰۰۹ تا ۳۱ دسامبر ۲۰۱۴ در مرکز ملی سرطان کره، جان خود را از دست دادند	تاثیر هاسپیس در مراقبت‌ها پابان عمرو میزان دریافت درمان‌های تهاجمی	بیمارانی که به مراکز هاسپیس ارجاع می‌شوند احتمال کمتری داشتند که شیمی‌درمانی در عرض دو هفته پیش از مرگ دریافت کنند یا در ICU بمیرند در بدو ورود به بخش هاسپیس، حدود ۸۰٪ از بیماران از بیماری لاعلاج خود آگاه بودند و میانگین طول مدت مراقبت ۱۴ روز بود
Kim و همکاران ^{۱۷}	۲۰۲۰	کره جنوبی	مروری	بیماران مبتلا به سرطان دریافت کننده خدمات هاسپیس	بررسی اطلاعات بیماران مبتلا به سرطان دریافت کننده خدمات هاسپیس	افزایش تعداد مرگ در هاسپیس به‌عنوان محل مرگ نسبت مراکز بیمارستانی را نشان داد
Aldridge و همکاران ^{۱۸}	۲۰۲۰	ایالت متحده آمریکا	مقطعی	استفاده از داده‌های نظرسنجی ذینفعان خدمات مدیر طی دوره ۲۰۰۲-۲۰۰۴ (۸۳۹۴ متوفی مدیر)	بررسی محل مرگ متوفیان استفاده کننده از خدمات مدیر	استفاده از هاسپیس تغییرات معناداری در الگوهای استفاده از مراقبت‌های بهداشتی، هزینه‌ها و کیفیت مراقبت پایان عمر در این جمعیت ایجاد نکرد
Wachterman و همکاران ^{۱۹}	۲۰۱۸	ایالت متحده آمریکا	مقطعی	۷۷۰۱۹۱ بیمار همودیالیزی که بین سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۱۴ فوت شدند	بررسی ارتباط بین مدت اقامت در هاسپیس و استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های پایان عمر در میان بیماران تحت همودیالیز نگهدارنده	نسبت متوفیانی که از خدمات هاسپیس برای سه روز یا کمتر استفاده می‌کنند از بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۵، مرگ‌ومیرهای بیشتری در هاسپیس‌ها و در محیط خانه یا جامعه رخ داده است
Teno و همکاران ^۴	۲۰۱۸	ایالات متحده آمریکا	کوهورت گذشته نگر	یک نمونه تصادفی ۲۰٪ از ۱۳۶۱۸۷۰ متوفی که از خدمات مدیر استفاده می‌کردند و یک نمونه ۱۰٪ از ۸۷۱۸۴۵ متوفی استفاده کننده از خدمات مدیر که در یک بیمارستان مراقبت‌های حاد، در خانه یا در یک واحد هاسپیس، یا در یک خانه سالمندان خدمات دریافت کردند	توصیف تغییرات در محل مرگ و الگوهای مراقبت در میان متوفیان مدیر	بیمارانی که حداقل به مدت ۲۲ روز در هاسپیس اقامت داشتند رنج کمتری داشتند و کیفیت مرگ بالاتری داشتند.
Choi و همکاران ^{۲۰}	۲۰۱۸	کره جنوبی	مقطعی	بستگان ۱۸۲۹ بیمار سرطانی که دو تا شش ماه قبل در مراکز هاسپیس فوت کردند	کیفیت مرگ بیماران و مراقبت‌های پایان عمر	
Groeneveld و همکاران ^{۲۱}	۲۰۱۷	ایالت متحده آمریکا	مرور نظام مند	ارزیابی مدل‌ها و روش‌های ملی برای تامین مالی و بازپرداخت مراقبت‌های تسکینی در کشورهای استرالیا، انگلستان، آلمان، مجارستان، جمهوری ایرلند، نیوزیلند، هلند، نروژ، لهستان، اسپانیا، سوئد، سوئیس، آمریکا و ولز		در تمام کشورهای یاد شده بجز آلمان بودجه‌ای جهت استفاده از خدمات هاسپیس اختصاص داده شده است

ادامه جدول ۲

نویسنده	سال	کشور	نوع مطالعه	شرکت کنندگان مطالعه و حجم نمونه	هدف	نتایج
Kumar و همکاران ^{۲۲}	۲۰۱۷	ایالت متحده آمریکا	کوهورت	۲۳۰۷ خانواده از بیماران فوت شده مبتلا به سرطان پیشرفته ریه یا کولورکتال که در مطالعه تحقیقاتی و نظارتی بر نتایج مراقبت از سرطان (یک مطالعه چند منطقه‌ای، آینده نگر، مشاهده‌ای) ثبت نام کردند و تا سال ۲۰۱۱ فوت شدند	تعیین اینکه آیا استفاده از هاسپیس توسط بیماران مبتلا به سرطان با درک خانواده آنها از علائم بیماران، دستیابی به هدف کیفیت بالای مراقبت پایان زندگی مرتبط است یا خیر	مراقبت از بیماران در هاسپیس با تسکین بهتر علائم و کیفیت مراقبت بالاتر همراه بود
Zuckerman و همکاران ^{۲۳}	۲۰۱۶	ایالات متحده آمریکا	مطالعه مشاهده‌ای	بیماران استفاده کننده از هاسپیس طی شش ماه آخر زندگی در مقابل بیمارانی که در سال ۲۰۱۰ فوت شدند و از این سرویس استفاده نمی کردند.	مقایسه تعداد روزهای بستری در بیمارستان و هزینه‌ها میان گروه دریافت کننده خدمات هاسپیس و گروهی که از این خدمات استفاده نکردند	استفاده از هاسپیس با کاهش تعداد روزهای بستری در بیمارستان و هزینه‌ها مرتبط بود.
Wright و همکاران ^{۲۴}	۲۰۱۶	ایالات متحده آمریکا	کوهورت گذشته نگر	۱۴۶ عضو خانواده بیماران مبتلا به سرطان ریه یا کولورکتال در مراحل پیشرفته که تا پایان سال ۲۰۱۱ فوت کردند.	ارزیابی ارتباط مراقبت پایان زندگی ته‌اجمی با ادراک اعضای خانواده متوفی از کیفیت مراقبت پایان زندگی	ثبت نام زودهنگام در هاسپیس‌ها با اجتناب از بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه طی ۳۰ روز پیش از مرگ همراه بود.
Obermeyer و همکاران ^{۲۵}	۲۰۱۴	ایالات متحده آمریکا	کوهورت	۸۶۸۱ بیمار با سرطان همراه با پیش آگهی ضعیف	مقایسه هزینه‌ها و استفاده از خدمات مراقبت بهداشتی بین دو گروه	استفاده کننده گان هاسپیس، میزان بستری شدن در بیمارستان، پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه، و روش‌های ته‌اجمی در پایان عمر کمتری را نسبت به گروه دیگر تجربه کردند
Miller و همکاران ^{۲۶}	۲۰۱۲	ایالات متحده آمریکا	کوهورت گذشته‌نگر	۴۳۴۴ بیمار مبتلا به زوال عقل پیشرفته که در سال ۲۰۰۶ در سیستم nursing homes (NHs) فوت کردند و مراقبت skilled nursing facility (SNF) را در ۹۰ روز پیش از مرگ دریافت کردند، مورد مطالعه قرار گرفتند: ۱۰۸۶ نفر از آنها قبل از مرگ از خدمات هاسپیس استفاده کردند.	بررسی تفاوت در نتایج بیماران با توجه به وضعیت استفاده از هاسپیس و خدمات SNF	مطالعه نشان داد که بیماران استفاده کننده از هاسپیس در نقطه زمانی، احتمال کمتری برای دریافت درمان آگرسو و مرگ در بیمارستان داشتند
Blecker و همکاران ^{۲۷}	۲۰۱۱	ایالات متحده آمریکا	مقطعی	۱۶۶۱۳ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی که در سال ۲۰۰۷ فوت شدند.	استفاده از هاسپیس در میان بیماران با نارسایی قلبی طی ۶ ماه آخر زندگی	میانگین هزینه در بیماران استفاده کننده از هاسپیس به مراتب کمتر از سایر بیماران بود، اگرچه پس از تعدیل سایر متغیرهای کمکی، هزینه بیماران استفاده کننده از هاسپیس، چهار درصد بیشتر از سایرین بود

ادامه جدول ۲

نویسنده	سال	کشور	نوع مطالعه	شرکت کنندگان مطالعه و حجم نمونه	هدف	نتایج
Teno و همکاران ^{۲۸}	۲۰۱۱	انگلستان	مطالعه پیمایشی	بستگان ۵۳۸ بیمار مبتلا به دمانس فوت شده بین سالهای ۲۰۰۷-۲۰۰۹	بررسی اثربخشی و کارایی خدمات هاسپیس برای افراد فوت شده بر اثر زوال عقل از دیدگاه اعضای خانواده متوفی	اعضای خانواده متوفیانی که خدمات هاسپیس دریافت کردند، نیازها و نگرانیهای برآورده نشده کمتری را در مورد کیفیت مراقبت و رتبه بالاتری از کیفیت مراقبت گزارش کردند. آنها همچنین به کیفیت بهتر مرگ نسبت به افرادی که خدمات هاسپیس ندارند اشاره کردند

از آنجایی که میزان استفاده از هاسپیس در میان بیماران از جمله مبتلایان به سرطان در حال افزایش است، یافتن اینکه چگونه هاسپیس بر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی تاثیر می‌گذارد، جهت به تاخیر انداختن روند مرگ و افزایش کیفیت زندگی بیمار ضروری است. Jhang و همکاران در مطالعه خود به مقایسه هزینه‌ها بین بیماران استفاده کننده از خدمات هاسپیس و بیماران دریافت کننده درمان‌های روتین پرداختند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که هزینه مراقبت‌های بهداشتی از دیدگاه خدمات بیمه سلامت ملی در میان آن دسته از بیماران سرطانی در کره جنوبی که از هاسپیس استفاده می‌کردند در مقایسه با سایر بیماران کمتر بود.^۹ Salikhanov و همکاران در مطالعه خود به بررسی اثربخشی و مقرون به صرفه بودن مراقبت‌های تسکینی مبتنی بر هاسپیس برای بیماران سرطانی در مقایسه با مراقبت‌های معمول بیمارستانی در مراکز سرطان در سراسر قزاقستان پرداختند. در این مطالعه ۱۰۴ بیمار استفاده کننده از هاسپیس با ۷۸ بیمار گروه کنترل بستری در مراکز palliative مقایسه شدند. این مطالعه نشان داد هزینه‌ها در بیماران استفاده کننده از هاسپیس کمتر بوده و همچنین بین هزینه کل درمان و کیفیت زندگی بیماران همبستگی معناداری وجود دارد.^{۱۰} در یک مطالعه مقطعی Wachterman و همکاران به بررسی ارتباط بین مدت اقامت در هاسپیس و استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های پایان عمر در میان بیماران تحت همودیالیز نگهدارنده پرداختند. آنها ۷۷۰۱۹۱ بیمار همودیالیزی که بین سالهای ۲۰۰۰-۲۰۱۴ فوت شده بودند را مورد بررسی قرار دادند. این مطالعه

نشان داد که استفاده از هاسپیس تغییرات معناداری در الگوهای استفاده از مراقبت‌های بهداشتی، هزینه‌ها و کیفیت مراقبت پایان عمر در این جمعیت ایجاد نکرده است.^{۱۹} Zuckerman و همکاران در مطالعه خود به مقایسه تعداد روزهای بستری در بیمارستان و هزینه‌ها میان گروه دریافت کننده خدمات هاسپیس و گروهی که از این خدمات استفاده نکردند، پرداختند. این مطالعه نشان داد استفاده از هاسپیس با کاهش تعداد روزهای بستری در بیمارستان و هزینه‌ها مرتبط است.^{۲۳} Obermeyer و همکاران در مطالعه خود به مقایسه هزینه‌ها و استفاده از خدمات مراقبت بهداشتی بین دو گروه استفاده کنندگان خدمات هاسپیس و کسانی که از این خدمات استفاده نکردند، پرداختند. این مطالعه نشان داد که هزینه‌های استفاده کنندگان هاسپیس در طول سال آخر زندگی به‌طور قابل توجهی کمتر بود.^{۲۵} Blecker و همکاران در مطالعه خود به بررسی استفاده از هاسپیس میان بیماران با نارسایی قلبی طی شش ماه آخر زندگی پرداختند. این مطالعه نشان داد میانگین هزینه در بیماران استفاده کننده از هاسپیس به مراتب کمتر از سایر بیماران بود.^{۲۷}

در مطالعه Rees-Roberts و همکاران ۱۲۸ مرکز هاسپیس در انگلستان مورد ارزیابی قرار گرفتند. این مطالعه نشان داد کمک‌های خیریه منبع اصلی تامین مالی ۷۱/۲٪ مراکز هاسپیس بود.^{۱۴} یک مرور نظام‌مند توسط Groeneveld و همکاران جهت ارزیابی مدل‌ها و روش‌های ملی برای تامین مالی و باز پرداخت مراقبت‌های تسکینی در کشورهای استرالیا، انگلستان، آلمان، مجارستان، جمهوری ایرلند،

سال ۲۰۱۵ کاهش یافته است و بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۵، مرگ‌ومیرهای بیشتری در هاسپیس‌ها و در محیط خانه یا جامعه رخ داده است.^۴

دیدگاه خانواده و کیفیت مرگ، Wajid و همکاران در مطالعه خود به بررسی مزایای مراقبت‌های هاسپیس از دیدگاه بیماران سرطانی پیشرفته ساکن در یک مرکز هاسپیس در بنگلور هند پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که مراکز هاسپیس نقش مهمی در کمک به بیماران در چهار زمینه مدیریت درد، نوع دوستی، مرگ خوب و رضایت کلی دارد.^{۱۱} Choi و همکاران در مطالعه خود به بررسی کیفیت مرگ بیماران سرطانی بستری در مراکز هاسپیس پرداختند. در این مطالعه بستگان ۱۸۲۹ بیماران سرطانی را که دو تا شش ماه قبل در مراکز هاسپیس فوت کردند، مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد که بیمارانی که حداقل به مدت ۲۲ روز در هاسپیس اقامت داشتند، رنج کمتری داشتند و کیفیت مرگ بالاتری داشتند.^{۲۰} Wright و همکاران در یک مطالعه کوهورت گذشته‌نگر به بررسی ارزیابی ادراک اعضای خانواده متوفی از کیفیت مراقبت پایان زندگی در ۱۴۶ عضو خانواده بیماران مبتلا به سرطان ریه یا کولورکتال در مراحل پیشرفته که تا پایان سال ۲۰۱۱ فوت کرده‌اند، پرداختند. این مطالعه نشان داد، ثبت نام زودهنگام در هاسپیس‌ها با اجتناب از بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه طی ۳۰ روز پیش از مرگ همراه بوده و همچنین مرگ در خارج از بیمارستان با ادراک بهتری از کیفیت پایان عمر بیماران توسط خانواده آنها همراه بود.^{۲۴} Teno و همکاران در مطالعه خود به بررسی اثربخشی و کارایی خدمات هاسپیس برای افراد فوت شده بر اثر زوال عقل از دیدگاه اعضای خانواده متوفی پرداختند. بستگان ۵۳۸ بیمار مبتلا به دمانس فوت شده بین سال‌های ۲۰۰۷-۲۰۰۹ مورد ارزیابی قرار گرفتند. از ۵۳۸ پاسخ دهنده، ۲۶۰ نفر (۴۸/۳٪) خدمات هاسپیس دریافت کرده بودند. اعضای خانواده متوفیانی که خدمات هاسپیس دریافت کردند، نیازها و نگرانی‌های برآورده نشده کمتری را در مورد کیفیت مراقبت و رتبه بالاتری از کیفیت مراقبت گزارش کردند. آنها همچنین به کیفیت بهتر مرگ نسبت به افرادی که خدمات هاسپیس ندارند اشاره کردند.^{۲۸}

خدمات، کیفیت زندگی، مراقبت‌ها نزدیک مرگ و مداخلات درمانی، Salikhanov و همکاران در یک مطالعه کوهورت به بررسی

نیوزیلند، هلند، نروژ، لهستان، اسپانیا، سوئد، سوئیس، آمریکا و ولز انجام شد. این مطالعه نشان داد در تمام کشورهای یاد شده به جز آلمان بودجه‌ای جهت استفاده از خدمات هاسپیس اختصاص داده شده است.^{۲۱} Deber و همکاران یک چارچوب تئوری مفید، جهت کمک به دسته‌بندی گزینه‌های مختلف تامین مالی و مزایا آنها ارائه کردند. این چارچوب بهترین گزینه را براساس ارتباط میان اهداف سیاسی، سازمان مراقبت‌های بهداشتی و روش‌های پرداخت انتخاب می‌کند. این چارچوب از سه جزء تشکیل شده است: (الف) نیاز، تقاضا و بهره برداری، (ب) جریان‌های تامین مالی، (ج) مبنای پرداخت. Groeneveld و همکاران بر مولفه (ب) جریان‌های تامین مالی و مولفه (ج) مبنای پرداخت تمرکز داشتند.^{۲۹}

دریافت کنندگان خدمات هاسپیس، طول مدت اقامت و محل مرگ، Frasca و همکاران در مطالعه خود به مقایسه خدمات تسکینی و هاسپیس در بیماران سرطانی پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که میزان استفاده از خدمات هاسپیس و تسکینی در جمعیت‌های مختلف را توضیح داد. مراکز تسکینی و هاسپیس جمعیت‌های مختلفی را شامل می‌شدند. بیماران مسن‌تر مراقبت‌های تسکینی کمتری دریافت کردند، اما مراقبت‌های بیشتری از طریق هاسپیس دریافت کردند. بیماران با تومورهای پیشرفته، مراقبت‌های تسکینی بیشتری دریافت کرده بودند درحالی‌که زنان و بیماران با کوموربیدیتی کمتر، مراقبت هاسپیس بیشتری دریافت کردند.^{۱۵} Kyuwoong و همکاران در مطالعه خود به بررسی اطلاعات بیماران مبتلا به سرطان دریافت کننده خدمات هاسپیس انجام پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که در بدو ورود به بخش هاسپیس، حدود ۸۰٪ از بیماران از بیماری لاعلاج خود آگاه بودند. حدود نیمی از بیماران در زمان بستری اولیه درد خفیفی داشتند و میانگین طول مدت مراقبت ۱۴ روز بود.^{۱۷} یک کوهورت گذشته‌نگر توسط Teno و همکاران در کشور آمریکا جهت توصیف تغییرات در محل مرگ و الگوهای مراقبت در میان متوفیان مدیکر انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که میزان بیمارانی که در هاسپیس فوت کردند از ۲۱/۶٪ در سال ۲۰۰۰ به ۵۰/۴٪ افزایش یافت. نسبت متوفیانی که از خدمات هاسپیس برای سه روز یا کمتر استفاده می‌کنند از ۹/۸٪ در سال ۲۰۰۹ به ۷/۷٪ در سال ۲۰۱۵ کاهش یافته است. همچنین مراقبت مداوم هاسپیس در منزل در طول ۳۰ روز آخر زندگی از ۳/۴٪ در سال ۲۰۱۱ به ۲/۷٪ در

داشتند.^{۲۶} Wachterman و همکاران در مطالعه خود به بررسی ارتباط بین مدت اقامت در هاسپیس و استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های پایان عمر در میان بیماران تحت همودایلیز نگهدارنده پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد استفاده از هاسپیس تغییرات معناداری در الگوهای استفاده از مراقبت‌های بهداشتی، هزینه‌ها و کیفیت مراقبت پایان عمر در این جمعیت ایجاد نکرده است.^{۱۹}

یافته‌های به‌دست آمده در مطالعه حاضر هم در امور پژوهشی و هم در بالین بیماران کاربردی است. در بحث پژوهشی، محققین می‌توانند با انجام مطالعات مشابه بیشتر در آینده و اضافه کردن نتایج به‌دست آمده در آنها به نتایج مطالعه حاضر اهمیت خدمات هاسپیس، شیوه‌های پیاده سازی این خدمات در کشورهای مختلف و روش‌هایی جهت افزایش مقبولیت این خدمات در جامعه را بیش از پیش مشخص کنند. در حوزه بالینی، مطالعه ما خدمات مختلف قابل ارائه توسط مراکز هاسپیس، منابع مختلف تامین مخارج این مراکز و پوشش‌های بیمه‌ای را مشخص کرد.

مطالعه حاضر نیز همانند سایر مطالعات نقاط ضعف و قوتی داشت. یکی از نقطه ضعف‌های مطالعه حاضر این بود که مطالعات مورد بررسی محدود بود، همچنین اکثر کشورهای مورد بررسی تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی زیادی با جامعه ایران امروزی داشتند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هاسپیس‌ها می‌توانند در کاهش هزینه‌های درمانی نقش موثری داشته باشند و از طرفی کیفیت مراقبت، زندگی و همچنین مرگ را در افراد واجد شرایط بهبود بخشند. علاوه بر این، هاسپیس‌ها با کاهش مداخلات تهاجمی و ارائه مراقبت‌های جسمی و معنوی باعث بهبود کیفیت پایان زندگی از دیدگاه خانواده افراد متوفی شد.

سپاسگزاری: مقاله حاصل از پایانامه تحت عنوان "مطالعه تطبیقی بر روی مراکز HOSPICE برای بیماران مبتلا به بیماری‌های حاد پیشرفته غیرقابل علاج با امید به زندگی کمتر از شش ماه در دنیا" در مقطع پزشکی عمومی در سال ۱۴۰۱ با کد ۹۸۰۳۰۵ می‌باشد که با حمایت دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

اثربخشی و مقرون به صرفه بودن مراقبت‌های تسکینی مبتنی بر هاسپیس برای بیماران سرطانی در مقایسه با مراقبت‌های معمول بیمارستانی در مراکز سرطان در سراسر قزاقستان پرداختند. در این مطالعه ۱۰۴ بیمار استفاده کننده از هاسپیس با ۷۸ بیمار گروه کنترل بستری در مراکز palliative مقایسه شدند. نتایج این مطالعه نشان داد کیفیت زندگی بیماران در مراکز هاسپیس بیشتر و هزینه‌های این بیماران کمتر بوده است.^{۱۰} در مطالعه Bradley و همکاران ۱۰۳ مرکز هاسپیس جهت بررسی و گزارش تمام خدمات ارائه شده مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج این مطالعه یک نمای کلی از خدمات هاسپیس ارائه کرد که در آن حمایت اجتماعی را به بیماران ارائه می‌داد. این خدمات شامل، فعالیت‌های گروهی، گروه‌های حمایتی رسمی، جلسات دوستانه و فعالیت‌های اجتماعی غیررسمی بودند. سایر مداخلات مانند مراقبت تسکینی روزانه، شایع ترین مورد گزارش شده بود.^{۱۱} نتایج مطالعه Christian و همکاران در یک مطالعه کوهورت گذشته‌نگر نشان داد که اجتناب از مراقبت‌های بیمارستانی و ثبت نام زودتر در هاسپیس‌ها، می‌تواند با رتبه بالاتر کیفیت مراقبت همراه باشد.^{۱۲} در مطالعه دیگری که توسط Rees-Roberts و همکاران انجام شد، ۱۲۸ مرکز هاسپیس در انگلستان مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد بیشتر خدمات هاسپیس شامل ارزیابی و مدیریت علائم، حمایت روانی اجتماعی و Respite care می‌باشد.^{۱۴} Jho و همکاران در مطالعه خود به بررسی تاثیر هاسپیس در مراقبت‌ها پابان عمر و میزان دریافت درمان‌های تهاجمی پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد بیمارانی که به مراکز هاسپیس ارجاع می‌شوند، احتمال کمتری داشتند که شیمی‌درمانی در عرض دو هفته پیش از مرگ دریافت کنند یا در ICU بمیرد. ارجاع به هاسپیس با مراقبت کمتر تهاجمی سرطان در پایان عمر همراه بود.^{۱۶} نتایج مطالعه Kumar و همکاران نشان داد که مراقبت از بیماران در هاسپیس با تسکین بهتر علائم و کیفیت مراقبت بالاتر همراه می‌باشد.^{۲۲} نتایج مطالعه Miller و همکاران نشان داد که متوفیانی که پس از مراقبت SNF از هاسپیس استفاده کردند، داروهای آنتی سایکوتیک کمتری دریافت کردند. همچنین بیماران استفاده کننده از هاسپیس در نقطه زمانی، احتمال کمتری برای دریافت درمان اگرسو و مرگ در بیمارستان

References

- Winslow M, Meldrum M. A History of Hospice and Palliative Medicine. *Radiation Oncology in Palliative Cancer Care*. 2013. p. 61-71.
- NHPCO facts and figures: hospice care in America. Rev edition. Alexandria (VA): *National Hospice and Palliative Care Organization*; 2019. Available at: https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/07/2018_NHPCO_Facts_Figures.pdf.
- White DB, Malvar G, Karr J, Lo B, Curtis JR. Expanding the paradigm of the physician's role in surrogate decision-making: an empirically derived framework. *Critical care medicine*. 2010;38(3):743.
- Teno JM, Gozalo P, Trivedi AN, Bunker J, Lima J, Ogarek J, et al. Site of death, place of care, and health care transitions among US Medicare beneficiaries, 2000-2015. *JAMA*. 2018;320(3):264-71.
- Dumanovsky T, Rogers M. Trends in hospital palliative care from the National Palliative Care Registry™(S723). *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017;53(2):422.
- Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of pain and symptom management*. 2013;45(6):1094-106.
- Cassel CK, Field MJ. *Approaching death: improving care at the end of life*. National Academies Press; 1997.
- Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I. Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. *JAMA*. 2008;299(14):1698-709.
- Jhang H, Jeong W, Zhang H-S, Choi D-W, Kang H, Park S. The effects of hospice care on healthcare expenditure among cancer patients. *BMC Health Services Research*. 2023;23(1):831.
- Salikhanov I, Crape B, Wieser S, Katapodi M. Cost-effectiveness of hospice-based palliative care in Kazakhstan. *European Journal of Public Health*. 2022;32(Supplement_3):ckac131. 241.
- Bradley N, Dowrick C, Lloyd-Williams M. A survey of hospice day services in the United Kingdom & Republic of Ireland: how did hospices offer social support to palliative care patients, pre-pandemic? *BMC Palliative Care*. 2022;21(1):170.
- Wajid M, Rajkumar E, Romate J, George AJ, Lakshmi R, Simha S. Why is hospice care important? An exploration of its benefits for patients with terminal cancer. *BMC Palliative Care*. 2021;20(1):70.
- Christian TJ, Hassol A, Brooks GA, Gu Q, Kim S, Landrum MB, et al. How Do Claims-Based Measures of End-of-Life Care Compare to Family Ratings of Care Quality? *Journal of the American Geriatrics Society*. 2021;69(4):900-7.
- Rees-Roberts M, Williams P, Hashem F, Brigden C, Greene K, Gage H, et al. Hospice at Home services in England: a national survey. *BMJ supportive & palliative care*. 2021;11(4):454-60.
- Frasca M, Galvin A, Raherison C, Soubeyran P, Burucoa B, Bellera C, et al. Palliative versus hospice care in patients with cancer: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2021;11(2):188-99.
- Jho HJ, Nam EJ, Shin IW, Kim SY. Changes of end of life practices for cancer patients and their association with hospice palliative care referral over 2009-2014: a single institution study. *Cancer Research and Treatment: Official Journal of Korean Cancer Association*. 2020;52(2):419-25.
- Kim K, Park B, Gu B, Nam EJ, Kye SH, Choi JY. The National Hospice and Palliative Care registry in Korea. *Epidemiology and Health*. 2022;44.
- Aldridge MD, Ornstein KA, McKendrick K, Moreno J, Reckrey JM, Li L. Trends In Residential Setting And Hospice Use At The End Of Life For Medicare Decedents: Study examines trends in hospice use at the end of life for Medicare decedents including hospice use in community-based residential settings, private residences, and nursing homes. *Health Affairs*. 2020;39(6):1060-4.
- Wachterman MW, Hailpern SM, Keating NL, Tamura MK, O'Hare AM. Association between hospice length of stay, health care utilization, and medicare costs at the end of life among patients who received maintenance hemodialysis. *JAMA internal medicine*. 2018;178(6):792-9.
- Choi J, Kong K, Chang Y, Jho H, Ahn E, Choi S, et al. Effect of the duration of hospice and palliative care on the quality of dying and death in patients with terminal cancer: a nationwide multicentre study. *European journal of cancer care*. 2018;27(2):e12771.
- Groeneveld EI, Cassel JB, Bausewein C, Csikós Á, Krajnik M, Ryan K, et al. Funding models in palliative care: lessons from international experience. *Palliative medicine*. 2017;31(4):296-305.
- Kumar P, Wright AA, Hatfield LA, Temel JS, Keating NL. Family perspectives on hospice care experiences of patients with cancer. *Journal of clinical oncology*. 2017;35(4):432.
- Zuckerman RB, Stearns SC, Sheingold SH. Hospice use, hospitalization, and Medicare spending at the end of life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2016;71(3):569-80.
- Wright AA, Keating NL, Ayanian JZ, Chrischilles EA, Kahn KL, Ritchie CS, et al. Family perspectives on aggressive cancer care near the end of life. *JAMA*. 2016;315(3):284-92.
- Obermeyer Z, Makar M, Abujaber S, Dominici F, Block S, Cutler DM. Association between the Medicare hospice benefit and health care utilization and costs for patients with poor-prognosis cancer. *JAMA*. 2014;312(18):1888-96.
- Miller SC, Lima JC, Mitchell SL. Influence of hospice on nursing home residents with advanced dementia who received Medicare-skilled nursing facility care near the end of life. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60(11):2035-41.
- Blecker S, Anderson GF, Herbert R, Wang N-Y, Brancati FL. Hospice care and resource utilization in Medicare beneficiaries with heart failure. *Medical Care*. 2011;49(11):985.
- Teno JM, Gozalo PL, Lee IC, Kuo S, Spence C, Connor SR, et al. Does hospice improve quality of care for persons dying from dementia? *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011;59(8):1531-6.
- Deber R, Hollander MJ, Jacobs P. Models of funding and reimbursement in health care: a conceptual framework. *Canadian Public Administration*. 2008;51(3):381-405.

A comparative study on HOSPICE centers for patients with advanced non-curable advanced disease with a life expectancy of less than six months in the world

Ayoub Tavakolian M.D.¹
Shapour Badiie M.D.²
Mahdi Mohammadi M.D.³
Elahe Pourahmadi M.Sc.⁴
Samaneh Sabouri Ph.D.⁵
Navid Kalani Ph.D.⁶
Mahdi Foroughian M.D.^{1*}

1- Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2- Department of Traditional Iranian Medicine, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

3- Student Research Committee, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

4- Department of Health Economics, Social Determinants of Health Research Center, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

5- Department of Epidemiology and Biostatistics, Social Determinants of Health Research Institute, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

6- Research Center for Social Determinants of Health, Faculty of Medicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

* Corresponding author: Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
Tel: +98-51-38525312
E-mail: foroughianmh@mums.ac.ir

Abstract

Received: 12 Aug. 2025 Revised: 19 Aug. 2025 Accepted: 16 Sep. 2025 Available online: 23 Sep. 2025

Background: The present study is a systematic and comparative review of the studies conducted in the field of hospice centers for patients with acute incurable diseases with a life expectancy of less than six months in the world with the aim of examining the need in Iran and the experiences of other countries, identifying candidates to receive these services, type of services provided, costs and resources in these centers.

Methods: The present study was conducted as a systematic review by searching the databases: Scopus, PubMed, Elsevier, and Google Scholar search engine between 2010 and 2023. To search these databases, keywords such as hospice care centers, centers providing health services for patients with life expectancy less than six months, allocation of resources, allocation were used. After selecting the articles, the following topics were extracted from each article and compared: costs, sources of funding, candidates for receiving services, families' views, quality of near-death care, quality of life, quality of death, services provided, therapeutic interventions performed, place of death, length of stay.

Results: 6 articles referred to the discussion of cost, and in all articles except one case, the use of hospice was associated with reducing the cost of patients. In one study, the source of funding was philanthropic contributions and in another study, the national budget. In all the reviewed articles, the use of hospice was associated with an increase in the quality of care, quality of end of life and quality of death, and a decrease in therapeutic interventions. The care provided by hospice was also introduced in the form of symptom assessment and management, pain relief, psychosocial support and respite care.

Conclusion: Based on the findings of the present study, hospices can play an effective role in reducing treatment costs and, on the other hand, improve the quality of care, life and death in eligible people. In addition, hospices improved the end-of-life quality from the perspective of the deceased's family by reducing invasive interventions and providing physical and spiritual care.

Keywords: acute illness, end-of-life care, hospice care, palliative medicine.