

Hospital-Based Palliative Care Models: Advantages and Limitations

Alireza Jabbari ¹ , Karim Sohrabi ² , Asal Sadat Niaraees Zavare ^{3*} 

¹ Associate Professor, Health Management and Economics Research center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² Emergency Medicine Specialist, Al-Zahra Hospital, Isfahan, Iran.

³ M.Sc. student, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

ARTICLE INFO

Corresponding Author:
Asal Sadat Niaraees Zavare
e-mail addresses:
asal7447@gmail.com

Received: 09/April/2021
Modified: 14/June/2021
Accepted: 20/June/2021
Available online: 05/Sep/2021

Keywords:
Palliative Care
Palliative Medicine
Hospital

ABSTRACT

Introduction: Palliative care provides interdisciplinary care focused on patient-centered outcomes such as quality of life, symptom burden, emotional well-being, and caregiver need. With the aging population and the prevalence of chronic diseases, the need for palliative care is increasing. Thus, the need to provide palliative care services at different levels of the health system, especially in hospitals, cannot be ignored. In this study, we intended to examine the types of hospital-based palliative care models and identify the disadvantages and advantages of each of those models.

Methods: This study was conducted as a comprehensive review in 2019. The required data were collected through an advanced keyword search, including hospital-based palliative care, palliative care in hospital, inpatient palliative care, palliative care establishment, palliative care development, and palliative care models in English databases such as Web of Science, Science Direct, Scopus, and PubMed as well as Persian databases such as Magiran and SID from 2005-2020.

Results: Out of 3877 sources, 164 related sources were selected. Generally, nine hospital-based palliative care models were identified, including outpatient palliative care clinic, palliative care consultation service, palliative care day-care service, dedicated inpatient palliative care unit, palliative care outreach/home-care service, Swing beds, integration with the emergency department, integration with the ICU, and the integrated model. Some benefits and limitations were identified for each of the Hospital-based palliative care models.

Conclusion: All hospital-based palliative care identified models can help hospitals to strengthen the palliative care approach, but given the limited resources of each hospital, hospital officials must choose between them and develop the model at their hospital after modifying and adapting that to the existing culture, structure, and facilities.

مدل‌های مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان؛ مزایا و محدودیت‌ها

علیرضا جباری^۱، کریم سهرابی^۲، عسل سادات نیارثیس زواره^۳^۱دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.^۲متخصص طب اورژانس، بیمارستان الزهرا (س)، اصفهان، ایران.^۳دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

اطلاعات مقاله

نویسنده مسئول:

عسل سادات نیارثیس زواره

رایانامه:

asal7447@gmail.com

وصول مقاله: ۱۴۰۰/۰۱/۲۰

اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۳/۲۴

پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۰۳/۳۰

انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۰۶/۱۴

واژه‌های کلیدی:

مراقبت تسکینی

طب تسکینی

بیمارستان

چکیده

مقدمه: مراقبت تسکینی نوعی مراقبت بین‌رشته‌ای است که بر پیامدهای بیمار محور مانند کیفیت زندگی، بهداشت روان و نیازهای مراقبان تمرکز دارد. با توجه به جمعیت سالمندی و شیوع روزافزون بیماری‌های مزمن و سخت‌درمان، لزوم ارائه خدمات مراقبت تسکینی در سطوح مختلف نظام سلامت به‌ویژه در بیمارستان‌ها اهمیت بیشتری می‌یابد. پژوهش حاضر با هدف شناسایی انواع مدل‌های مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان و مزایا و محدودیت‌های هر یک انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه به روش مرور نظام‌یافته بود که با جستجو در پایگاه‌های داده انگلیسی و فارسی نظیر Web of Science، Science Direct، Scopus، PubMed، Magiran، SID و موتور جستجوی Google scholar در بازه زمانی بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۰ انجام شد. مطالعات مرتبط، پس از حذف موارد تکراری و بر اساس معیار ورود و خروج پژوهش انتخاب شد.

یافته‌ها: از مجموع ۳۸۷۷ منبع، ۱۶۴ منبع مرتبط انتخاب شد. به‌طور کلی، مدل مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان شناسایی شد که عبارتند از: درمانگاه مراقبت تسکینی سرپایی، خدمات مشاوره مراقبت تسکینی، خدمات روزانه مراقبت تسکینی، بخش اختصاصی مراقبت تسکینی بستری، خدمات مراقبت در منزل وابسته به بیمارستان، تخت در گردش، ادغام با ICU، اورژانس و مدل یکپارچه. علاوه بر این، مزایا و محدودیت‌های هر کدام از مدل‌ها نیز شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: مدل‌های شناسایی شده در خصوص مراقبت تسکینی به بیمارستان‌ها کمک خواهند کرد که در جهت تقویت رویکرد مراقبت تسکینی عمل کنند. با توجه به محدودیت منابع به مسئولان هر بیمارستانی پیشنهاد می‌شود که این مدل‌ها پس از انطباق با فرهنگ، ساختار و امکانات موجود در هر بیمارستان پیاده‌سازی شود.

معمولاً در مراکزی نظیر بیمارستان، منزل بیماران، آسایشگاه (Hospice) و درمانگاه‌های سرپایی ارائه می‌شود. [۱۱] از آنجا که تقریباً ۵۰ درصد از مرگ‌ومیر در بیمارستان‌ها رخ می‌دهد؛ بنابراین، بیمارستان‌ها ساختار مناسبی برای خدمات مراقبت تسکینی هستند. در واقع همه‌ی افرادی که دارای بیماری‌های جدی هستند، حداقل مدتی از دوره‌ی بیماری را در بیمارستان‌ها سپری می‌کنند. [۱۲] مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان یک مدل مقرون‌به‌صرفه و اقتصادی از نظر بهره‌وری و تقسیم منابع موجود در بیمارستان است. [۱۳] با این حال، مراقبت تسکینی در ایران یک مفهوم نسبتاً جدید است و ارائه این خدمات هنوز در مراحل ابتدایی می‌باشد. [۱۴، ۱۵] از سال‌ها قبل توجه کشورهای توسعه‌یافته بر خدمات مراقبت تسکینی بوده است و طیف گسترده‌ای از استانداردها و راهنما در این خصوص را تدوین کرده‌اند. [۱۶] از این رو، با توجه به اهمیت و ضرورت خدمات مراقبت تسکینی و کمبود مطالعات انجام‌شده در کشور، این پژوهش به بررسی انواع مدل‌های مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان در متون مختلف پرداخته است. هدف از این مطالعه شناسایی انواع مدل‌های مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان و مزایا و محدودیت‌های هر کدام به منظور به کارگیری در بیمارستان‌های کشور می‌باشد. بدین صورت که سیاست‌گذاران نظام سلامت و مسئولین بیمارستان‌ها بتوانند با مطالعه این پژوهش مناسب‌ترین مدل را با توجه به نیازها و امکانات موجود انتخاب نمایند.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از نوع کاربردی به روش مرور نظام‌یافته بود که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه پژوهش شامل مطالعات و مستندات مرتبط با مدل‌های مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان و الزامات آن از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۰ میلادی بود. داده‌های موردنیاز از طریق جستجوی پیشرفته واژگان کلیدی در پایگاه‌های داده انگلیسی Web of Science، Science Direct، Scopus و PubMed و معادل فارسی آن‌ها در پایگاه‌های Magiran و SID و موتور

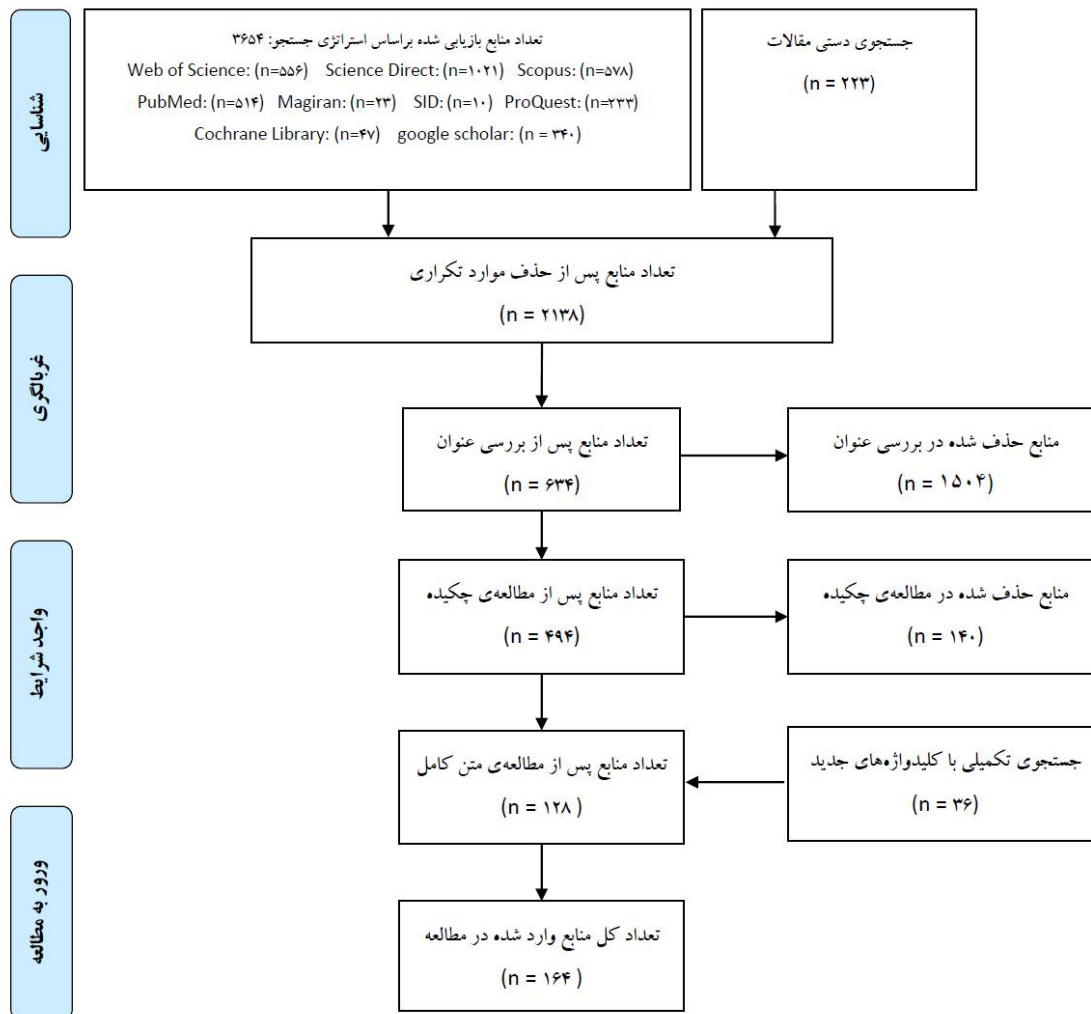
افزایش طول عمر بیماران از دستاوردهای پزشکی مدرن است. بیماری‌هایی که در گذشته در مراحل اولیه به مرگ بیمار منتهی می‌شد، امروزه به صورت کامل یا نسبی درمان می‌شوند. بنابراین، مراقبت از بیمارانی که با مشکلات مزمن، متعدد، جدی و پیچیده روبرو هستند نیازمند رویکرد ویژه‌ای است که به عنوان مراقبت تسکینی شناخته می‌شود. این مراقبت بین‌رشته‌ای بر پیامدهای بیمار محور مانند کیفیت زندگی، بهداشت روان و نیازهای مراقبان تمرکز دارد. [۱] مراقبت تسکینی رویکردی است که کیفیت زندگی بیماران و خانواده آنان که با مشکلات مرتبط با بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی مواجه بوده را بهبود می‌بخشد. همچنین، خدمات مراقبت تسکینی با شناسایی زود هنگام، ارزیابی درد و درمان صحیح و سایر مشکلات می‌تواند از درد و رنج بیماری پیشگیری کرده و تا حد ممکن کاهش دهد. [۲] این خدمات در تمامی شرایط نظام‌های سلامت و حتی در شرایط بحرانی بسیار پراهمیت است. [۳] بنابراین، به نظر می‌رسد که ارائه‌ی خدمات مراقبت تسکینی در سطوح مختلف نظام سلامت امری ضروری باشد. نظام سلامت ایران با آمار رو به رشد بیماران مزمن، کمبود نیروی انسانی و کمبود تخت‌های مراقبت ویژه در مراکز درمانی خود مواجه است و بیشتر بیماران صعب‌العلاج در پایان عمر خود به طور مکرر در بیمارستان و بخش‌های ویژه بستری می‌شوند، در حالی که در بسیاری از موارد، بستری بیماران صعب‌العلاج در بخش‌های مراقبت ویژه تأثیری در فرایند بهبود بیماران ندارد. [۴، ۵] از سوی دیگر، هزینه‌های مراقبت‌های پایان زندگی روز به روز با سیر صعودی همراه است و این موضوع به یکی از دغدغه‌های نظام سلامت کشور تبدیل شده است. [۶] دسترسی به مراقبت تسکینی منجر به استفاده کمتر از مداخلات جراحی، کاهش طول مدت اقامت در بیمارستان و هزینه‌های بستری، بهبود کنترل علائم، ارتقا کیفیت زندگی بیمار، مراقبت از بیماران و در نتیجه احتمال کاهش بستری شدن در ICU می‌شود. [۷-۱۰] خدمات مراقبت تسکینی

مشخص شده است. معیارهای خروج شامل دسترسی نداشتن به متن کامل منابع بود. ابتدا دو پژوهشگر به صورت مستقل، عنوان و چکیده منابع را بر اساس معیار پژوهش بررسی نمودند. در نهایت متن کامل منابع استخراج و مطالعات مرتبط با پژوهش انتخاب شد. از روش تحلیل محتوا به منظور تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده استفاده شد. بدین صورت که با مطالعه متون کدهای مربوط به انواع مدل‌های مراقبت تسکینی به عنوان طبقات اصلی و مزایا و معایب هر مدل به عنوان زیر طبقه دسته‌بندی گردید.

جستجوی Google Scholar جمع‌آوری شد. کلیدواژه‌ها و استراتژی جستجو در جدول یک نشان داده شده است. معیار ورود به مطالعه تمامی منابع علمی فارسی و انگلیسی (از جمله مقالات منتشر شده در نشریات و کنفرانس‌ها، کتب و گزارش‌ها) مرتبط با مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان بود. جستجوی تکمیلی در وبسایت‌های معتبر مانند پایگاه‌های اطلاع‌رسانی مراقبت تسکینی، مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی انجام شد. در شکل یک فرایند شناسایی، غربالگری و انتخاب منابع مورد استفاده در مطالعه

جدول ۱: خلاصه‌ای از استراتژی جستجو به تفکیک پایگاه داده یا موتور جستجو

استراتژی جستجو	پایگاه داده / موتور جستجو
"Hospital-based palliative care" OR "palliative care in hospital" OR "Inpatient palliative care"	Science direct
TITLE-ABS-KEY ("Hospital-based palliative care" OR "palliative care in hospital" OR "Inpatient palliative care")	Scopus
("Hospital-based palliative care"[Title/Abstract] OR "palliative care in hospital"[Title/Abstract] OR "Inpatient palliative care"[Title/Abstract])	PubMed
TOPIC:("Hospital-based palliative care" OR "palliative care in hospital" OR "Inpatient palliative care")	Web of Science
ti,ab("Hospital-based palliative care" OR "palliative care in hospital" OR "Inpatient palliative care")	ProQuest
ti,ab,kw: ("Hospital-based palliative care" OR "palliative care in hospital" OR "Inpatient palliative care")	Cochrane Library
allintitle: "Hospital based palliative care" OR "palliative care in hospital" OR "Inpatient palliative care"	Google scholar
مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان، مراقبت تسکینی، مراقبت پایان عمر	Magiran ,SID



شکل ۱. فرایند بررسی و انتخاب مطالعات

مسئولیت از دوش خانواده بیمار می‌باشد. [۱۹،۲۰] ۴) بخش اختصاصی مراقبت تسکینی بستری: این بخش دارای تخت‌های اختصاصی مراقبت تسکینی با کارکنان آموزش دیده در زمینه‌ی مراقبت تسکینی است که به صورت ۲۴ ساعته حاضر هستند. [۲] ۵) خدمات مراقبت در منزل وابسته به بیمارستان: شامل خدمات سیار برای ارائه مراقبت تسکینی به بیمارانی است که قادر به حرکت و جابجایی برای ادامه درمان نیستند. [۲] ۶) تخت‌های در گردش: بسیاری از بیمارستان‌ها فضای کافی برای اختصاص به یک بخش مجزا برای مراقبت تسکینی ندارند. بنابراین، تخت‌های در گردش برای بیمارانی مراقبت تسکینی و نیز سایر بیمارانی مدل مناسبی

پایان مقاله

به‌طور کلی بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، خدمات مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان عبارتند از: ۱) درمانگاه مراقبت تسکینی سرپایی: برای بیمارانی است که وضعیت عملکردی مناسبی دارند و قادرند خود به درمانگاه مراجعه کنند. [۲،۱۷] ۲) خدمات مشاوره مراقبت تسکینی: اعضای گروه مراقبت تسکینی متشکل از افراد متخصص در رشته‌های مختلفی هستند که به ارائه‌ی مشاوره به بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان می‌پردازند. [۲،۱۸،۱۹] ۳) خدمات روزانه مراقبت تسکینی: شامل مراقبت و درمان بیمار، جلوگیری از انزوای اجتماعی و داشتن زندگی مستقل و کاهش

تخصصی تر (بخش اختصاصی مراقبت تسکینی) حرکت می شود، کیفیت و اثرگذاری خدمات بیشتر شده و مزایای بسیاری برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها به دنبال دارد. به عبارت دیگر، ارائه‌دهندگان مراقبتی که دارای مهارت‌های تخصصی تسکینی هستند، می‌تواند تأثیر بیشتری بر جنبه‌های مختلف از جمله کیفیت زندگی، رضایتمندی، کاهش هزینه‌های غیرضروری و ظرفیت‌سازی برای آموزش داشته باشد. علیرغم مزایای ذکرشده درباره بخش اختصاصی مراقبت تسکینی، پرهزینه بودن راه‌اندازی و نگهداری خدمات تخصصی و دشواری مدیریت تعارضات ناشی از تغییرات در فرایند کارگروه درمان، این مدل‌ها را با محدودیت‌ها زیادی مواجه نموده است. از طرف دیگر طیف مدل‌های مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان برای خدمات غیرتخصصی تری نیز وجود دارد (از جمله تخت در گردش و مدل یکپارچه) که هرچند راه‌اندازی، مدیریت و حفظ آن‌ها آسان‌تر است؛ اما بالطبع تأثیرگذاری کمتری در مراقبت از بیماران و عملکرد سیستم به سمت رویکرد مراقبت تسکینی دارند. باین‌حال تمامی مدل‌های شناسایی‌شده دارای مزایای بسیار ارزشمندی هستند و یک مدل ترکیبی می‌تواند محدودیت‌ها را پوشش داده و مزایا را دوچندان نماید.

برای ارائه خدمات در بیمارستان می‌باشد. [۲۱] (۷) ادغام مراقبت تسکینی با اورژانس: بسیاری از بیماران دارای مشکلات جدی و تهدیدکننده‌ی حیات در بخش اورژانس نیازمند مراقبت تسکینی هستند، درحالی‌که نیازهای این بیماران برآورده نمی‌شود. ازاین‌رو، ادغام خدمات مراقبت تسکینی با بخش اورژانس بیمارستانی موردنیاز است. [۲۲] اورژانس اغلب تنها مکانی است که می‌تواند مداخلات موردنیاز و دسترسی فوری به آزمایش‌های تشخیصی پیشرفته را فراهم کند. [۲۳] (۸) ادغام مراقبت تسکینی با ICU: شامل کنترل علائم حیاتی و مدیریت پایان زندگی، ارتباطات با بستگان و تعیین اهداف مراقبت است که به افزایش قدرت تصمیم‌گیری و امکان انتخاب مراقبت‌های پیش از مرگ بیماران کمک می‌کند. [۲۴] (۹) مدل یکپارچه: برخی از بیمارستان‌ها دریافته‌اند که به‌جای توسعه‌ی یک گروه یا بخش تخصصی، اگر تلاش کنند که به‌تمامی ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت در مورد مراقبت تسکینی آموزش دهند، نیاز بیماران و کارکنان به بهترین شکل برآورده می‌شود. [۲۱] مزایا و محدودیت‌های هر کدام از مدل‌ها در جدول دو ارائه شده است. با توجه به یافته‌های مطالعه (جدول دو)، هر چه در طیف مدل‌های مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان خدمات

جدول ۲: مزایا و محدودیت‌های مدل‌های مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان

محدودیت‌ها	مزایا	درمانگاه مراقبت تسکینی
<ul style="list-style-type: none"> محدودیت در حرکت و جابجایی بیماران به‌منظور مراجعه حضوری به درمانگاه [۲] فضای فیزیکی یا تسهیلات محدود [۲۶] دسترسی محدود به تمامی اعضای گروه بین‌رشته‌ای و منابع برنامه مراقبت تسکینی [۲۶] عدم پوشش شبانه‌روزی خدمات [۲۷] 	<ul style="list-style-type: none"> ارائه مراقبتی کم‌هزینه به شمار زیادی از بیماران [۲] ارتقای کنترل علائم، کیفیت زندگی و رضایتمندی بیمار [۲۵] کاهش پذیرش‌های بیمارستانی [۲۵] کاهش ویزیت‌های بخش اورژانس به‌وسیله پذیرش مستقیم در مراقبت حاد از درمانگاه [۲۶] امکان راه‌اندازی سریع با تعداد کم نیروی انسانی [۲۷] 	درمانگاه مراقبت تسکینی

<ul style="list-style-type: none"> • ضعف کارکنان مراقبت کننده از بیماران بستری در مورد مهارت‌های مدیریت صحیح تسکین درد و علائم (به دلیل متفاوت بودن گروه مراقبت تسکینی و کادر درمان مراقبت کننده از بیمار) [۲] • تأثیر کم در عملکرد گسترده‌ی سیستم و فرصت محدود به‌منظور استانداردسازی مراقبت از بیماران دارای بیماری‌های تهدیدکننده‌ی حیات [۲۷] • به دلیل این که گروه مراقبت تسکینی کنترل کاملی ندارند، تأثیر نهایی بر مراقبت و مدیریت درد و علائم ممکن است محدود باشد. [۲۷] • فرصت‌های آموزشی محدود و موردی [۲۱] 	<ul style="list-style-type: none"> • امکان ظرفیت‌سازی و آموزش به سایر کارکنان در مورد مراقبت تسکینی [۲۸] • عدم تغییر روابط موجود بین بیماران و کادر درمان [۲۹] • ساده‌ترین مدل و نیازمند حداقل منابع برای تأسیس [۲۹] • قابلیت توسعه آسان با افزایش تقاضا [۲۱] • فراهم نمودن امکان دریافت مراقبت تسکینی در مراحل ابتدایی بیماری [۳۰] • شدت مسئولیت کمتر و امکان حفظ آسان‌تر در بلندمدت [۲۶] • کاهش پذیرش مجدد پس از ۳۰ روز و میزان مرگ‌ومیر بیماران بستری [۳۱] 	<p>سرورس مشاوره مراقبت تسکینی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • نیاز به اندیشیدن و تدابیری است که امکان رفت‌وآمد را برای بیماران تسهیل کند. [۲۰] • فقط بیمارانی که وضعیت عملکردی نسبتاً مناسبی دارند می‌توانند از این سرورس استفاده کنند. [۱۷] • در بسیاری از کشورها مراکز مراقبت روزانه به‌عنوان خدمات ضروری در نظر گرفته نمی‌شوند. [۲۵] 	<ul style="list-style-type: none"> • هزینه نسبتاً کم برپایی مرکز [۲۰] • دید کل‌نگر و توجه به جنبه‌های مختلف نیازهای بیماران [۲۰] • فراهم نمودن دسترسی به طیف گسترده‌ای از خدمات تخصصی تسکینی [۳۲] 	<p>سرورس روزانه مراقبت تسکینی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • بیماران باید به‌منظور دریافت مراقبت تسکینی به‌طور فیزیکی به یک بخش خاص انتقال یابند. [۲۱] • نیازمند فضای اختصاصی که برای مصارف دیگر قابل استفاده نیست و سرمایه‌گذاری مالی قابل توجه [۲۱] • ممکن است منجر به از دست دادن فرصت برای مشارکت مستمر با پزشک معالج بیمار شود. [۳۴] • د تعارض برخی از موارد بین اهداف مراقبت با یان زندگی و بسیاری از استانداردهای نظارتی که همه‌ی بخش‌های مراقبت حاد باید با آن‌ها سازگار بوده وجود دارد. [۲۶] • بستری شدن بیماران دارای بیماری‌های متنوع در یک بخش، می‌تواند مدیریت بخش را دشوار سازد. [۳۵] • کار کردن در بخش مراقبت تسکینی به دلیل تأثیر عاطفی دشوار است. [۳۵] • ممکن است به‌عنوان "بخش مرگ" شناخته شود و یا نشانه‌ای برای تسلیم شدن متخصصان بالینی باشد. [۲۷] 	<ul style="list-style-type: none"> • تداوم ارائه‌ی مراقبت تسکینی به بیمار [۲] • امکان مراقبت تخصصی و توانایی انجام مداخلات ویژه [۲۷] • صرفه‌جویی بیشتر در هزینه‌ها نسبت به سرورس مشاوره مراقبت تسکینی [۳۳] • بهبود جریان تخت از طریق کاهش طول مدت اقامت ICU [۱۸] • بهبود جریان بیماران بخش اورژانس از طریق پذیرش سریع در یک بخش مراقبت تسکینی [۱۸] • نقطه‌ی کانونی برای آموزش، پژوهش و اقدامات بشردوستانه در مورد مراقبت تسکینی [۱۸] • کارکنان اختصاصی مراقبت تسکینی بهترین مراقبت را ارائه خواهند کرد و کنترل کامل بیمار را به عهده خواهند گرفت [۲۷] 	<p>بخش اختصاصی مراقبت تسکینی بستری</p>
<ul style="list-style-type: none"> • دسترسی محدود به گروه بین‌رشته‌ای مراقبت سلامت و سایر منابع داخل بیمارستان [۲۶] • نیاز به وسیله نقلیه و جابجایی گروه مراقبت تسکینی [۲] 	<ul style="list-style-type: none"> • نیاز به زیرساخت کم [۲] • احساس آسایش بیشتر بیماران در منزل خودشان [۳۶] • تسهیل دسترسی بیماران به مراقبت با ادغام اعضای خانواده در فرایند مراقبت [۲] • حفظ حریم خصوصی و محرمانگی بیمار و خانواده [۲] • کمک به افزایش آگاهی جامعه در مورد مراقبت تسکینی [۲] • عدم نیاز به جابجایی و حمل‌ونقل بیماران سالمند و ضعیف [۲۶] 	<p>سرورس مراقبت در منزل وابسته به بیمارستان</p>

<ul style="list-style-type: none"> • مراقبت غیر تخصصی، زیرا کارکنان بخش فقط به مراقبت تسکینی تخصیص داده نشده‌اند. [۲۱] • مراقبت ممکن است کمتر استاندارد و کنترل شده باشد که منجر به صرفه‌جویی کمتر در هزینه‌ها شود. [۲۱] • احتمالاً فرصت‌های کمتری برای اقدام انسان دوستانه و تمرکز کمتر فرصت‌های داوطلبانه وجود خواهد داشت. [۲۱] 	<ul style="list-style-type: none"> • استفاده‌ی کارا و انعطاف‌پذیر از تخت‌های بستری [۲۱] • قابلیت توزیع تخت‌های مراقبت تسکینی در سرتاسر بیمارستان، در نتیجه بیماران نیاز ندارند که از یک بخش به بخش دیگر به منظور دریافت مراقبت تسکینی جامع منتقل شوند. [۲۱] • در صورت توزیع تخت‌های مراقبت تسکینی در سرتاسر بیمارستان تمامی کارکنان بیمارستان می‌توانند مهارت مراقبت تسکینی را یاد بگیرند. [۲۱] • بدون تعیین نقش ویژه برای یک بخش، مشکلات بازپرداخت کمتر خواهند بود [۲۱] • بدنامی کمتر نسبت به بخش اختصاصی مراقبت تسکینی [۲۱] 	<p>نقش‌های در گردش</p>
<ul style="list-style-type: none"> • فرهنگ مراقبت تهاجمی در اورژانس [۳۷] • دانش و مهارت محدود ارائه‌دهندگان خدمت در اورژانس در زمینه فعالیت‌های مراقبت تسکینی [۳۸] • ترس از دعوی قضایی و نبود دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی شفاف [۲۴] • به دلیل اینکه طب تسکینی یک تخصص نسبتاً جدید است، دانش کمی در مورد نحوه‌ی سازگار کردن مدل موجود با محیط بخش اورژانس وجود دارد. [۳۸] 	<ul style="list-style-type: none"> • قابلیت کاهش طول مدت اقامت و کاهش هزینه‌های هر روز بستری بیمارستانی [۳۷] • مجموعه‌ای از مهارت‌های تخصصی، زمان برای بحث در مورد اهداف مراقبتی بیمار و فرصت مداخله تسکینی و درمانی به صورت هم‌زمان برای بیماران دارای بیماری‌های جدی [۳۸] • اجتناب از درمان‌ها، آزمایش‌ها و مداخلات غیرضروری [۳۸] • مطابقت بیشتر خواسته‌های بیماران با مراقبتی که دریافت می‌کنند و بهبود مراقبت بیمار محور [۳۹] • کاهش شدت و میزان تهاجمی بودن مراقبت [۳۹] • ارائه‌ی به موقع مراقبت تسکینی و بهبود پیامدها برای بیمار [۴۰] • افزایش رضایتمندی بیمار و خانواده وی [۴۰] • استفاده‌ی کمتر از مراقبت ویژه و صرفه‌جویی در هزینه‌ها [۴۰] 	<p>اقدام مراقبت تسکینی با اورژانس</p>
<ul style="list-style-type: none"> • صرف زمان بیشتر جهت ارائه خدمات مراقبت تسکینی در بخش مراقبت‌های ویژه [۴۵] • درک ناقص از آنچه خدمات مراقبت تسکینی قادر به ارائه در بخش مراقبت‌های ویژه هستند. [۴۵] • دانش و آموزش محدود پزشکان مراقبت‌های ویژه در زمینه مراقبت تسکینی [۲۴] • مسائل پشتیبانی از جمله شیوه‌نامه‌های مربوط به انتخاب بیماران [۲۴] 	<ul style="list-style-type: none"> • کاهش هزینه‌ها، ارتقای کیفیت خدمات و بهبود رضایتمندی بیمار و خانواده [۴۱] • اجتناب از آزمایش‌های غیرضروری، بستری شدن در بیمارستان و به هم خوردن آسایش بیماران [۴۲] • کاهش طول مدت اقامت در بیمارستان و بخش مراقبت ویژه صرف نظر از تأثیر آن بر میزان مرگ‌ومیر [۴۳] • تسهیل ملاقات خانواده‌گی برای بیماران در حال فوت [۴۴] 	<p>اقدام مراقبت تسکینی با ICU</p>
<ul style="list-style-type: none"> • موقعیت‌های چالش‌آور مانند درد شدید مقاوم به درمان و نداشتن استاندارد و راه‌درمانی مدون، دسترس نبودن برخی از متخصصان جهت مشاوره‌های بالینی به موقع و منظم قابل دسترس وجود دارد [۲۱] • تمرکز اصلی بر روی اقدامات درمانی که در تمام سطوح سازمانی منعکس شده است، مانع اجرای مراقبت تسکینی می‌شود. [۴۸] • چالش‌های سازمانی و فرهنگی ممکن است که بر روی ارائه‌ی مراقبت تسکینی عمومی یکپارچه تأثیر بگذارند. [۴۸] 	<ul style="list-style-type: none"> • بهبود کیفیت زندگی بیماران [۴۶] • بهبود رضایت از مراقبت بیماران [۴۶] • پوشش همگانی بیماران [۴۷] 	<p>مدل یکپارچه</p>



بخش مراقبت تسکینی بستری به تصریح اهداف مراقبت، ارجاعات مناسب به آسایشگاه و کاهش میزان بستری مجدد در بیمارستان کمک می‌کند. از این رو، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر با مطالعات مذکور همخوانی دارد که همگی بر مزیت‌های کاهش میزان مصرف خدمات و به دنبال آن کاهش هزینه‌ها تأکید داشته‌اند. بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، برخی از مدل‌ها دارای مزایایی از جنبه‌های مختلف ارائه‌ی خدمات تخصصی و جامع مانند ادغام مراقبت تسکینی در ICU، گروه مشاوره مراقبت تسکینی و بخش مراقبت تسکینی هستند. در مطالعات مختلف هر کدام از مدل‌های خدمات مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان به صورت جداگانه بررسی شدند و مزایایی برای آن‌ها ذکر شده است؛ برای مثال مطالعه‌ی کاهوسی [۵۳] نشان داد که افزایش آموزش و اجرای مراقبت تسکینی و وجود مقررات قانونی درباره مراقبت بیماران در مرحله پایان زندگی موجب اثربخشی بیشتر خدمات بخش‌های مراقبت ویژه می‌شود. مطالعه‌ی لی و وات [۵۴] در خصوص ارجاع برای مشاوره مراقبت تسکینی انجام شد و نتایج آن نشان داد که خدمات مشاوره مراقبت تسکینی باعث بهبود دسترسی به دستورات دارویی مناسب، ارتباط با بیمار و خانواده وی، قطع درمان و مداخلات بی اثر می‌شود. مطالعه‌ی پاترسن و همکاران [۵۵] نشان داده است که تخت‌های تخصصی مراقبت تسکینی به تغییر فرهنگ در ارائه‌ی مراقبت تسکینی در بیمارستان کمک می‌کند. بنابراین، تمامی مطالعات بر اهمیت تأثیر مراقبت تسکینی تخصصی بر بهبود کیفیت مراقبت دلالت دارند. بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، مدل گروه مشاوره مراقبت تسکینی برای بیماران بستری در بیمارستان معایبی داشته است که از جمله می‌توان به ازدحام بیش از حد بیماران در بیمارستان برای دریافت خدمات تسکینی و مشاوره بیماران در پایان عمر زندگی آن‌ها اشاره کرد. بنابراین، در صورت کمبود تخت بیمارستانی و افزایش تقاضا برای خدمات بستری، این مدل‌ها مناسب نیستند. گیلیک و سابین [۵۶] نیز در مطالعه‌ی خود اظهار کرده‌اند با وجود اینکه مراقبت تسکینی می‌تواند مرگ و میر بیمارستان

پژوهش حاضر به منظور شناسایی انواع مدل‌های مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان و مزایا و محدودیت‌های هر کدام از آن‌ها انجام شد و نه مدل مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان شناسایی شد. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که مدل‌های متنوعی برای راه‌اندازی مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان با استفاده از طیف متنوعی از امکانات (بستری، سرپایی و مراقبت در منزل) و متخصصان وجود دارد. مطالعه کاسل و آلبرچت [۴۹] در سال ۲۰۱۸ نشان داد که مراقبت تسکینی به صورت روزافزون در مراکز مختلف از جمله درمانگاه‌ها، مراقبت در منزل، بیمارستان‌های حاد و سطح سوم در اقدامات استاندارد آنکولوژی ادغام می‌شود. همچنین، درک مهارت‌ها و شناسایی مدل‌های مراقبت تسکینی و محدودیت‌های هر مدل می‌تواند در ارائه‌ی موفقیت‌آمیز خدمات و رشد رویکرد مراقبت تسکینی مؤثر باشد. در مطالعه‌ی حاضر، مدل‌های رایج مراقبت تسکینی در ساختار بیمارستانی به همراه مزایا و معایب مدل‌ها بررسی و مقایسه شده است. مقایسه مزایای مدل‌های مختلف مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان نشان داد که برخی از مدل‌ها نظیر خدمات درمانگاه سرپایی و خدمات مشاوره مراقبت تسکینی برای بیماران بستری در داخل بیمارستان دارای مزایای مالی از نظر هزینه‌های راه‌اندازی، کاهش مداخلات غیر ضروری و بستری در بخش ICU و جلوگیری از بستری مجدد هستند. نتایج مطالعه‌ی فاین [۵۰] نیز نشان داد که خدمات مشاوره‌ی مراقبت تسکینی موجب ارتقای مراقبت و صرفه‌جویی هزینه‌های مربوط به بیماران دارای مشکلات جدی و تهدیدکننده حیات می‌شود. مطالعه‌ی استفنز [۵۱] نشان داد که برنامه‌های مراقبت تسکینی در بیمارستان‌های حاد باعث بهبود در مدیریت علائم، مشخص شدن اهداف مراقبتی بیمار، تسهیل در برنامه‌ریزی ترخیص و فعال شدن دستورات عمل‌های پیشرفته، کاهش هزینه‌های مراقبت و طول اقامت بیمار می‌شود. نتایج مطالعه ژانگ و همکاران [۵۲] نشان داده است که در بین بیماران دارای سرطان پیشرفته

کرد که در جهت تقویت رویکرد مراقبت تسکینی عمل کنند و از مزایای آن بهره‌مند شوند. از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر، کمبود داده‌ها در مورد مدل‌های فرعی مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان شامل مدل تخت در گردش، ادغام مراقبت تسکینی در ICU، اورژانس و مدل یکپارچه بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در مورد اصول و استانداردهای این مدل‌ها انجام شود. از آنجا که ارتقای خدمات مراقبت تسکینی در ایران به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اجزای نظام سلامت محسوب می‌شود. از این رو، افزایش آگاهی افراد جامعه، ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت، مدیران نظام سلامت در سطوح خرد و کلان و سازمان‌های پرداخت‌کننده و بیمه‌گر درباره انواع خدمات مراقبت تسکینی، مزایا و محدودیت‌های هر کدام از این مدل‌ها ضروری است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در حوزه خدمات مراقبت تسکینی در کشور با در نظر گرفتن ابعاد مختلف بالینی، مدیریتی و اقتصادی انجام شود.

ملاحظات اخلاقی

رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی: این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه با عنوان امکان‌سنجی استقرار خدمات مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان در بیمارستان الزهرا اصفهان از دیدگاه گروه مراقبت تسکینی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و سایر ذینفعان، در مقطع کارشناسی ارشد، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، در سال ۱۳۹۸ با کد اخلاق به شماره IR.MUI.RESEARCH.REC.1398.689 از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی است.

حمایت مالی: بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جهت حمایت‌های مادی و معنوی قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار داشتند تضاد منافی وجود ندارند.

تشکر و قدردانی: از اساتید محترم گروه مراقبت تسکینی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تشکر می‌گردد که با راهنمایی‌های ارزشمند خود ما را در این پژوهش یاری نمودند.

را کاهش دهد؛ اما این موفقیت با چالش‌های جدیدی همراه است و تقاضای مراقبت بیماران را در بیمارستان بسیار افزایش می‌دهد. در مطالعه‌ی کاتو و فوکودا [۵۷] نتیجه‌گیری شده است که هزینه‌های مراقبت تسکینی مراقبت در منزل برای بیماران سرطانی در مرحله‌ی آخر زندگی به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای پایین‌تر از مراقبت در بیمارستان بوده است. بنابراین، یکی از چالش‌های مراقبت تسکینی در بیمارستان هزینه‌ی بالای آن است. با این وجود در پژوهش حاضر، مدل‌های کم‌هزینه‌تری برای درمانگاه سرپایی و گروه مشاوره مراقبت تسکینی برای بیماران بستری در بیمارستان و خدمات مراقبت تسکینی در منزل ارائه‌شده است که می‌تواند با هزینه‌ی نسبتاً اندکی راه‌اندازی و مدیریت شوند. در مطالعات داخلی با توجه به این که مراقبت تسکینی موضوعی است که به‌تازگی بدان پرداخته‌شده است، مطالعات زیادی در این خصوص انجام نشده و بیشتر مطالعات فقط به مراقبت تسکینی بیماری سرطان پرداخته‌اند. در صورتی که طیف افرادی که نیاز به مراقبت تسکینی دارند بسیار وسیع است. [۵۸-۶۱] با این حال مطالعاتی در زمینه‌های مختلف در حال انجام است که انتظار می‌رود نتایج آن طی چند سال آینده موجب تغییر و تحول در شرایط ارائه خدمات مراقبت تسکینی در کشور شود. [۶۲-۶۶] وجه تمایز مطالعه حاضر با سایر مطالعات داخلی موجود، از نظر توجه به تمامی ابعاد خدمات مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان بود. تاکنون تعداد کمی از خدمات مراقبت تسکینی با پوشش محدود در ایران راه‌اندازی شده است و تنها از این خدمات بهره‌مند هستند که می‌توان به مراکزی مانند درمانگاه سرپایی مراقبت تسکینی و مراکز مراقبت در منزل اشاره کرد. سایر مدل‌های مراقبت تسکینی مبتنی بر بیمارستان تاکنون توسعه چندانی در ایران نداشته‌اند. [۶۷،۶۸] مسئولین بیمارستان‌ها با در نظر گرفتن الزامات، مزایا و معایب هر مدل، منابع موجود، استطاعت و اولویت‌های بیمارستان می‌توانند مدل مناسبی برای مراقبت تسکینی را انتخاب کرده و برحسب نیاز جامعه‌ی هدف در نظام سلامت کشور راه‌اندازی نمایند. تمامی مدل‌های شناسایی‌شده، به بیمارستان‌ها کمک خواهند

References

1. Mittelberger J. The case for hospital palliative care [Internet]. New York: Center to advance palliative care; 2018 [cited 2020 Jun 15]. Available from: <https://www.capc.org/the-case-for-palliative-care/>.
2. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: A guide for programme managers. Switzerland: World Health Organization; 2016.
3. Niaraees Zavare AS, Akbari F, Rezaei F. The need for palliative care during COVID-19 pandemic in Iran; a letter to editor. *Health Scope*. 2020;9(3): e103727.
4. Aghabarari M, Dehghan Nayeri N. Futile care: Challenges of applying futility concept in caring domain. *Hayat*. 2015;21(1):1–5. [In Persian]
5. Heydari H. Home-based palliative care: A strategy for keeping intensive care unit beds vacant. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2016;4(2):186–7.
6. Amiresmaeili MR, Imani E, Jahad Sarvestani A. Evaluation of terminal life cost for patients admitted in teaching hospitals affiliated with Kerman university of medical sciences in 2014. *Health_Based Research*. 2015;1(2):133–43. [In Persian]
7. Ruck JM, Canner JK, Smith TJ, Johnston FM. Use of inpatient palliative care by type of malignancy. *J Palliat Med*. 2018Sep;21(9):1300–7.
8. Bruera E, Yennurajalingam S. Palliative care in advanced cancer patients: How and when? *Oncologist*. 2012;17(2):267–73.
9. Isenberg SR, Lu C, McQuade J, Razzak R, Weir BW, Gill N, et al. Economic evaluation of a hospital-based palliative care program. *J Oncol Pract*. 2017 May;13(5):e408–20.
10. Penrod JD, Deb P, Dellenbaugh C, Burgess Jr JF, Zhu CW, Christiansen CL, et al. Hospital-based palliative care consultation: Effects on hospital cost. *J Palliat Med*. 2010 Aug;13(8):973–9.
11. Roczen ML. Provision of hospital-based palliative care and the impact on organizational and patient outcomes [dissertation]. Virginia: Virginia Commonwealth University; 2016.
12. Penrod JD, Deb P, Luhrs C, Dellenbaugh C, Zhu CW, Hochman T, et al. Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation. *J Palliat Med*. 2006;9(4):855–60.
13. Ddungu H. Palliative care: What approaches are suitable in developing countries? *Br J Haematol*. 2011;154(6):728–35.
14. Connor SR, Sepulveda Bermedo MC. Global atlas of palliative care at the end of life. London: World Palliative Care Alliance; 2014.
15. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: A global update. *J Pain Symptom Manage*. 2013 Jun;45(6):1094–106.
16. Merriman A. Hospice Uganda: 1993–1998. *J Palliat Care*. 1999;15(1):50–2.
17. Medical Development Division, Ministry of Health Malaysia. Palliative care services: Operational policy. Kuala Lumpur: Medical Development Division; 2010.
18. Center to Advance Palliative Care. Palliative care services: Solutions for better patient care and today's health care delivery challenges. Chicago: health research & educational trust; 2012.
19. Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *Eur J Palliat Care*. 2009;16(6):278–89.
20. Rouhollahi MR, Vandrajabpour M, Balibeyglou M, Esfandiari A, Salari H, Hamouzadeh P. The structure and processes of supportive and palliative care system. In: Ghanbari Motlagh A, Tahmasbi M, editors. Theoretical and comparative studies in the system of supportive and palliative care Cancer. Iran: National Cancer Research Network; 2013. p. 23–79. [In Persian]

21. Pantilat SZ, Rabow MW, Kerr KM, Markowitz AJ. Palliative care in California: Fundamentals of hospital-based programs. California: California healthcare foundation; 2007.
22. Grudzen CR, Richardson LD, Morrison M, Cho E, Morrison RS. Palliative care needs of seriously ill, older adults presenting to the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2010 Nov;17(11):1253–7.
23. Grudzen CR, Stone SC, Morrison RS. The palliative care model for emergency department patients with advanced illness. *J Palliat Med*. 2011 Aug;14(8):945–50.
24. Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: Why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol*. 2018 Aug;18(1):106.
25. Rabow M, Kvale E, Barbour L, Cassel JB, Cohen S, Jackson V, et al. Moving upstream: A review of the evidence of the impact of outpatient palliative care. *J Palliat Med*. 2013;16(12):1540–9.
26. Wiencek C, Coyne P. Palliative care delivery models. *Semin Oncol Nurs*. 2014 Nov;30(4):227–33.
27. Smith TJ, Coyne PJ, Cassel JB. Practical guidelines for developing new palliative care services: Resource management. *Ann Oncol*. 2012;23(Suppl.3):70–5.
28. Mandapal T. Guidelines for developing palliative care services- recommendations of an expert group meeting [Internet]. Hyderabad: MNJ Institute of Oncology and RCC; 2008 Jun 17-18 [cited 2021 May 10]. Available from: <https://medbox.org/pdf/5e148832db60a2044c2d500c>
29. Pantilat SZ, Rabow MW, Kerr KM, Markowitz AJ. Palliative care in California: An overview of hospital-based programs. California: California healthcare foundation; 2007.
30. Strohscheer I, Verebes J, Samonigg H. Implementation of a palliative care team in an Austrian university hospital. *Support Care Cancer*. 2006 Aug;14(8):795–801.
31. Barkley JE, McCall A, Maslow AL, Skudlarska BA, Chen X. Timing of palliative care consultation and the impact on thirty-day readmissions and inpatient mortality. *J Palliat Med*. 2019 Apr;22(4):393–9.
32. Department of Health and Children. Design guidelines for specialist palliative care settings. Dublin: Department of Health; 2005 Mar. 55 p.
33. May P, Garrido MM, Del Fabbro E, Noreika D, Normand C, Skoro N, et al. Does modality matter? palliative care unit associated with more cost-avoidance than consultations. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Mar;55(3):766-774.
34. Fischberg D, Meier DE. Palliative care in hospitals. *Clin Geriatr Med*. 2004 Nov;20(4):735–51.
35. Edens PS, Harvey CD, Gilden KM. Developing and financing a palliative care program. *Am J Hosp Palliat Care*. 2008 Oct;25(5):379–84.
36. Hofmeister M, Memedovich A, Dowsett LE, Sevick L, McCarron T, Spackman E, et al. Palliative care in the home: A scoping review of study quality, primary outcomes, and thematic component analysis. *BMC Palliat Care*. 2018; 17 (1):1-7.
37. Grudzen CR, Richardson LD, Major-Monfried H, Kandarian B, Ortiz JM, Morrison RS. Hospital administrators' views on barriers and opportunities to delivering palliative care in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2013 Jun;61(6):654–60.
38. Wang L, Piet L, Kenworthy CM, Dy SM. Association between palliative case management and utilization of inpatient, intensive care unit, emergency department, and hospice in Medicaid beneficiaries. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015 Mar;32(2):216–20.
39. Grudzen CR, Richardson LD, Hopper SS, Ortiz JM, Whang C, Morrison RS. Does palliative care have a future in the emergency department? Discussions with attending emergency physicians. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Jan;43(1):1–9.
40. Basol N. The integration of palliative care into the emergency department. *Turk J Emerg Med*. 2015 Jun; 15(2): 100–107.

41. Hughes MT, Smith TJ. The growth of palliative care in the united states. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:459–75.
42. Goldsborough JL. Palliative care integration in the intensive care unit [dissertation]. Washington: Walden University; 2018.
43. Aslakson R, Cheng J, Vollenweider D, Galusca D, Smith TJ, Pronovost PJ. Evidence-based palliative care in the intensive care unit: A systematic review of interventions. *J Palliat Med*. 2014 Feb;17(2):219–35.
44. Braus N, Campbell TC, Kwekkeboom KL, Ferguson S, Harvey C, Krupp AE, et al. Prospective study of a proactive palliative care rounding intervention in a medical ICU. *Intensive Care Med*. 2016 Jan;42(1):54–62.
45. Baker M, Luce J, Bosslet GT. Integration of palliative care services in the intensive care unit: A roadmap for overcoming barriers. *Clin Chest Med*. 2015 Sep;36(3):441-8.
46. El-Jawahri A, Greer JA, Temel JS. Does palliative care improve outcomes for patients with incurable illness? A review of the evidence. *J Support Oncol*. 2011.;9(3):87–94.
47. Gómez-Batiste X, Connor S. Building integrated palliative care programs and services. Catalonia: Eumo Editorial SAU; 2017.
48. Bergenholtz H, Jarlbaek L, Hølge-Hazelton B. Generalist palliative care in hospital—Cultural and organisational interactions. Results of a mixed-methods study. *Palliat Med*. 2016;30(6): 558-66.
49. Cassel JB, Albrecht TA. Emerging models of providing oncology palliative care. *Semin Oncol Nurs*. 2018 Aug;34(3):202–14.
50. Fine RL. The imperative for hospital-based palliative care: Patient, institutional, and societal benefits. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2004 Jul;17(3):259–64.
51. Stephens S. Hospital-based palliative care: Cost-effective care for patients with advanced disease. *J Nurs Adm*. 2008 Mar;38(3):143-5.
52. Zhang H, Barysaukas C, Rickerson E, Catalano P, Jacobson J, Dalby C, et al. The intensive palliative care unit: Changing outcomes for hospitalized cancer patients in an academic medical center. *J Palliat Med*. 2017 Mar;20(3):285–9.
53. Kahveci K. Palliative care and intensive care integration. *Medicine Science*. 2017;6(3): 603-9.
54. Le BH, Watt JN. Care of the dying in Australia's busiest hospital: Benefits of palliative care consultation and methods to enhance access. *J Palliat Med*. 2010 Jul;13(7):855–60.
55. Paterson F, Buchanan D, Maclvor F, Baker L, Levack P. Short-stay, specialist beds in a UK teaching hospital as a model to integrate palliative care into the acute hospital culture. *J R Coll Physicians Edinb*. 2012;42(1):8–14.
56. Gillick MR, Sabin JE. No place like the hospital. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Oct;42(4):643–8.
57. Kato K, Fukuda H. Comparative economic evaluation of home-based and hospital-based palliative care for terminal cancer patients. *Geriatr Gerontol Int*. 2017 Nov;17(11):2247–54.
58. Mardanihamooleh M, Borimnejad L, Seyedfatemi N, Tahmasebi M. Palliative care of pain in cancer: Content analysis. *Journal of Anesthesiology and Pain*. 2013;4(3):55-63. [In Persian]
59. Mardanihamooleh M, Borimnejad L, Seyedfatemi N, Tahmasebi M. Interpretation of palliative care concept, its barriers and facilitators using meta-synthesis. *Modern Care Journal*. 2014;11(4):316–29. [In Persian]
60. Negarandeh R, Mardani Hamooleh M, Rezaee N. Concept analysis of palliative care in nursing: Introducing a hybrid model. *J Maz Univ Med Sci*. 2015;25(130):40–51. [In Persian]

61. Farahani AS, Rassouli M, Mojen LK, Ansari M, Ebadinejad Z, Tabatabaee A, et al. The feasibility of home palliative care for cancer patients: The perspective of Iranian nurses. *Int J Cancer Manag*. 2018; 11(8):e80114.
62. Irajpour A, Alavi M, Izadikhah A. Situation analysis and designing an interprofessional curriculum for palliative care of the cancer patients. *Iranian Journal of Medical Education*. 2015;14(12):1047-56. [In Persian]
63. Rassouli M, Sajjadi M. Palliative care in Iran: Moving toward the development of palliative care for cancer. *Am J Hosp Palliat Med*. 2016 Apr;33(3):240-4.
64. Rouhollahi MR, Saghafinia M, Zandehdel K, Motlagh AG, Kazemian A, Mohagheghi MA, et al. Assessment of a hospital palliative care unit (HPCU) for cancer patients; A conceptual framework. *Indian J Palliat Care*. 2015 Sep;21(3):317-27.
65. Ansari M, Rassouli M, Akbari ME, Abbaszadeh A, Akbarisari A, Haghighat S. Process challenges in palliative care for cancer patients: A qualitative study. *Middle East Journal of Cancer*. 2019;10(1):43-53.
66. Ansari M, Rassouli M, Akbari ME, Abbaszadeh A, Akbari Sari A. Educational needs on palliative care for cancer patients in Iran: A SWOT analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2018;6(2):111-24.
67. Khanali Mojen L. Palliative care in Iran: The past, the present and the future. *Supportive & Palliative Care in Cancer*. 2017 Sep;1(1): 7-10.
68. Rassouli M, Shirinabadi Farahani A, Khanali Mojen L. Palliative care perspectives and practices in the Islamic Republic of Iran and their implications for quality of life in patients. In: Silbermann M, editor. *Palliative care perspectives, practices and impact on quality of life, a global view*. New York: Nova Science Publishers; 2017. p. 393-422.