

Review Article

Challenges of palliative care: A systematic review

Mohammad Hossein Mehrolohasani¹ , Vahid Yazdi-Feyzabadi² , Mohammad Setayesh³ , Zahra khajeh⁴ 

¹ Associate Professor, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

² Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Persian Medicine, School of Persian Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

⁴ Msc, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

ARTICLE INFO

Corresponding Author:
Zahra khajeh
e-mail addresses:
z.khajeh@kmu.ac.ir

Received: 01/Jul/2021
Modified: 15/Sep/2021
Accepted: 20/Sep/2021
Available online: 01/Nov/2021

Keywords:

Palliative medicine
Hospice care
Palliative care
End-of-life Care

ABSTRACT

Introduction: Palliative care plays an essential role in improving the quality of life of patients suffering from chronic and incurable diseases; therefore, it seems necessary to remove barriers in improving palliative care. The present systematic review aims to describe the current status of palliative care, and determine the challenges of palliative care services.

Methods: In this systematic review study, we searched Scopus, Magiran, SID, Cochran, Embase, PubMed, Web of Science, and Google Scholar databases. Also, we retrieved articles published in English and Persian during 2000 to 2021. The keywords include "hospice care," "palliative care," "health care," "terminal care," "end of life care," and "palliative medicine". All retrieved articles were screened in three stages, namely review of titles, abstracts, and full texts. Meanwhile, we analyzed data based on the WHO 2018 framework and deductive-inductive approach.

Results: A total of 3497 articles were found. After reviewing these articles, we were able to select 48 articles. Data were extracted and categorized according to four functions, namely service delivery, stewardship, resources generation, and financing. Service delivery had four themes, and nine sub-themes; stewardship had two themes and five sub-themes; resource generation had three themes and nine sub-themes; and financing had one theme and three sub-themes.

Conclusion: Findings of the present study can help policymakers improve the infrastructure and resources, as well as processes of palliative care that can consequently lead to an improvement in the outcomes of palliative care. Also, solving the challenges of palliative care requires strengthening the health systems so that they will be able to design and implement appropriate policies.

چالش‌های طب تسکینی: یک مرور متون نظام‌مند

محمد حسین مهرالحسنی^۱، وحید یزدی فیض آباد^۲، محمد ستایش^۳، زهرا خواجه^{۴*}

^۱دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
^۲استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
^۳استادیار، گروه طب ایرانی، دانشکده طب ایرانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
^۴کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

چکیده

اطلاعات مقاله

مقدمه: مراقبت‌های تسکینی نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن و صعب‌العلاج دارد. بنابراین، ضروری است موانع دسترسی به مراقبت‌های تسکینی برطرف شود تا نیاز بیماران به این خدمات تأمین شود. مطالعه حاضر باهدف شناسایی چالش‌های مراقبت تسکینی به‌صورت مرور نظام‌مند انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه مروری نظام‌مند، جست‌وجو در پایگاه‌های SID، Scopus، Magiran، Cochrane، Web of science، PubMed، Embase و موتور جست‌وجوی Google scholar در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ میلادی انجام گرفت. برای جست‌وجو در پایگاه‌های ذکر شده از کلیدواژه‌های فارسی و انگلیسی شامل «طب تسکینی»، «مراقبت تسکینی»، «مراقبت‌های پایان زندگی»، «هاسپیس» و «مراقبت‌های بهداشتی» استفاده شد. کلیه مقالات به‌دست آمده در سه مرحله (بررسی عنوان، چکیده و متن کامل) غربال گردید. داده‌ها بر مبنای چارچوب WHO 2018 و با رویکرد استقرایی-قیاسی تحلیل شد.

یافته‌ها: در جست‌وجوی اولیه ۳۴۹۷ مقاله بازیابی شد و از بین این مقالات تعداد ۴۸ مقاله وارد مطالعه شد. داده‌ها بر اساس چهار کارکرد ارائه خدمت، تولید، تولید منابع و مالی استخراج و دسته‌بندی شدند. کارکرد ارائه خدمت با چهار گروه و نه زیرگروه، کارکرد تولید با دو گروه و پنج زیرگروه، کارکرد تولید منابع با سه گروه و نه زیرگروه و کارکرد تأمین مالی با یک گروه و سه زیرگروه شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه می‌تواند به سیاست‌گذاران حوزه مراقبت‌های تسکینی در خصوص توجه به تقویت زیرساخت‌ها، منابع و فرآیندهای مختلف برای بهبود پیامدهای طب تسکینی کمک کند. همچنین، رفع این چالش‌ها مستلزم تقویت نظام‌های سلامت کشورها باهدف طراحی و به‌کارگیری سیاست‌های مناسب می‌باشد.

نویسنده مسئول:

زهرا خواجه

رایانامه:

z.khajeh@kmu.ac.ir

وصول مقاله: ۱۴۰۰/۰۴/۱۰

اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۶/۲۴

پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۰۶/۲۹

انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۰۸/۱۰

واژه‌های کلیدی:

طب تسکینی

مراقبت هاسپیس

مراقبت تسکینی

مراقبت‌های پایان زندگی

کشورها الزاماً باید در برنامه‌های بهداشت عمومی خود بر مراقبت تسکینی تمرکز داشته باشند و خدمات لازم را به بیماران ارائه دهند و فقدان دسترسی بیماران به این خدمات به منزله نادیده گرفتن حقوق بشر به شمار می‌آید. [۱۱] در همین راستا قطعنامه‌ای در سال ۲۰۱۴ تصویب شد و از کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت خواسته شد که به مراقبت تسکینی در سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی ملی توجه کنند [۱۲]؛ اما تخمین زده شده است که فقط ۱۴ درصد از بیماران نیازمند طب تسکینی به این خدمات دسترسی دارند که حدود ۷۸ درصد از این بیماران، در کشورهایی با درآمد پایین و یا متوسط زندگی می‌کنند. [۱۳] به علاوه مطالعات نشان می‌دهد در کشورهای درحال توسعه، مراقبت‌های تسکینی به صورت انسجام‌یافته برای بیماران سرطانی انجام نمی‌گیرد و با وجود اهمیت موضوع، مراقبت تسکینی به صورت یک چالش عمده برای نظام سلامت درآمده است. [۱۴] با توجه به شیوع فزاینده بیماری‌های مزمن در دنیا، اهمیت ارائه طب تسکینی در نظام بهداشتی کشورها اهمیت بیشتری می‌یابد. [۹] اولین قدم برای استقرار بهتر این برنامه‌ها بررسی چالش‌ها و موانع موجود می‌باشد؛ تا با قرار دادن اطلاعات کافی به سیاستگذاران حوزه سلامت امکان برنامه‌ریزی مناسب برای اجرای برنامه‌های طب تسکینی فراهم آید. بررسی مطالعات مرتبط نشان داد که در کشورهای مختلف موانع گوناگونی جهت ارائه مناسب این خدمات وجود دارد. اما تاکنون مطالعه‌ای منسجم در راستای جمع‌بندی کلی این مشکلات و موانع انجام نشده است از این رو، مطالعه حاضر به شناسایی چالش‌های مراقبت تسکینی در دنیا به صورت مرور نظام‌مند می‌پردازد.

روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع کاربردی به روش مرور نظام‌مند بود که به منظور شناسایی چالش‌های طب تسکینی در سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰ انجام شد. بررسی مطالعات انجام شده در حوزه مورد نظر کلیدواژه‌های انگلیسی "palliative care"، "Hospice care"، "End of life"

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، مراقبت‌های تسکینی شامل مجموعه اقدامات تشخیصی، ارزیابی و درمانی است که در جهت تعدیل مشکلات ناشی از بیماری‌های صعب‌العلاج، مزمن و باهدف ارتقای کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آنان صورت می‌گیرد. [۱] ارائه مراقبت‌های تسکینی می‌تواند از زمان تشخیص بیماری آغاز شود و در طی درمان، به کاهش درد و رنج ناشی از بیماری و عوارض آن به بیمار و خانواده وی کمک نماید. [۲] خدمات مراقبت‌های تسکینی در مراکزی مانند بیمارستان، هاسپیس (مکان‌هایی شبه منزل جهت ارائه خدمات درمانی به بیمارانی که در مراحل پایانی زندگی خود هستند)، مراقبت‌های سطح جامعه، مراقبت در منزل و درمانگاه به بیماران ارائه می‌شود. [۳] این خدمات می‌توانند به طور قابل توجهی هزینه بستری، هزینه مراقبت‌های بهداشتی بیماران در حال مرگ، مدت اقامت در بیمارستان، بستری مجدد، بستری در بخش ICU، تشخیص و مداخلات نامناسب را کاهش دهد. [۴] مراقبت تسکینی از یک رویکرد گروهی برای حمایت از بیماران و مراقبان آن‌ها استفاده می‌کند. [۵] اعضای گروه مراقبت تسکینی عبارتند از پزشک، پرستار، داروساز، متخصص فیزیوتراپی، روانشناس و مددکار اجتماعی و سایر تخصص‌ها از قبیل متخصصان درمان‌های سنتی و مکمل، مشاور تغذیه و مراقب معنوی. [۶, ۷] هدف اصلی مراقبت تسکینی ارائه خدمات بهینه، ارتقای کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آن‌هاست. [۸] در دهه‌های اخیر به موازات افزایش شیوع بیماری‌های مزمن و افزایش میانگین سنی در جمعیت جهان، نیاز به دریافت خدمات مراقبت‌های تسکینی نیز افزایش یافته است. [۹] این امر بار مالی زیادی به نظام سلامت جوامع وارد کرده است. [۱۰] طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن ریوی، ایدز و دیابت به ترتیب بیشترین نیاز را به دریافت این خدمات دارند. [۵] سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ میلادی نیز توصیه کرد که همه

مقالات کنفرانس، نامه به سردبیر، نقطه نظر و تفسیری (Commentary) و نقد و بررسی بود. دو نفر به طور مستقل کیفیت مقالات انتخاب شده را بر اساس چک لیست ارزیابی موسسه جونا بریگز (Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist) ارزیابی کردند. برای هر سؤال این چک لیست نمره ای در نظر گرفته شد و در نهایت مطالعات با نمره ارزیابی کیفیت بیش از ۵۰ درصد مورد بررسی نهایی قرار گرفتند. [۱۵] بررسی و ارزیابی مطالعات توسط دو پژوهشگر به صورت مستقل انجام شد و در نهایت متن کامل ۴۸ مقاله بررسی شد که فرایند انتخاب مطالعات در شکل یک نشان داده شده است.

تحلیل داده‌ها: بعد از استخراج مفاهیم کلیدی از متن کامل مقالات برای شناسایی و طبقه‌بندی ابعاد ارزیابی عملکرد، روش تحلیل محتوای داده استفاده شد. بدین منظور از چارچوب WHO 2018 استفاده شد. تحلیل موضوعی، یک روش استقرایی (inductive) برای تحلیل داده‌های کیفی است که با استفاده از کدگذاری باز برای ایجاد تم‌ها و ساب تم‌ها به تحلیل و درک یک پدیده‌ی خاص می‌پردازد. بدین ترتیب ابتدا هر یک از موارد استخراج شده به عنوان یک کد در نظر گرفته شد و دو نفر از محققان به طور مستقل آن‌ها را بر اساس شباهت مفهومی دسته‌بندی کردند. سپس، موارد گروه‌بندی نشده یا اختلاف نظر در موارد طبقه‌بندی شده در اختیار فرد سوم قرار گرفت. بنابراین، یافته‌های گروه‌بندی نشده با استفاده از تم‌ها و طبقات تعریف شده به صورت قیاسی (deductive) دسته‌بندی شد. پایان نتایج تحلیل، جهت ارزیابی قابلیت درک و هماهنگی تم‌ها و ساب تم‌ها توسط دو محقق دیگر بررسی و تأیید شد.

یافته‌ها

همان‌طور که در شکل یک نشان داده شده است در جستجوی اولیه، تعداد ۳۴۹۷ مقاله در پایگاه‌های اطلاعاتی یافت شد و در نهایت پس از حذف مقالات تکراری و غیر مرتبط در عنوان و چکیده، متن کامل ۴۸ مقاله بررسی شد. داده‌ها بر مبنای چارچوب WHO 2018 که دارای چهار کارکرد ارائه

"care", "Terminal care", "health care" در پایگاه‌های اطلاعاتی Web, PubMed, Embase, Cochrane, Scopus, of science و کلیدواژه‌های فارسی "طب تسکینی"، "مراقبت تسکینی"، "مراقبت‌های پایان زندگی"، "هاسپیس"، در پایگاه‌های اطلاعاتی Magiran و SID جستجو شد. لازم به ذکر است برای تطبیق با منابع ارزیابی شده جستجوی دستی در موتور جستجوی google scholar نیز صورت گرفت. استراتژی جستجو به تفکیک پایگاه داده و موتور جستجو در جدول یک نشان داده شده است.

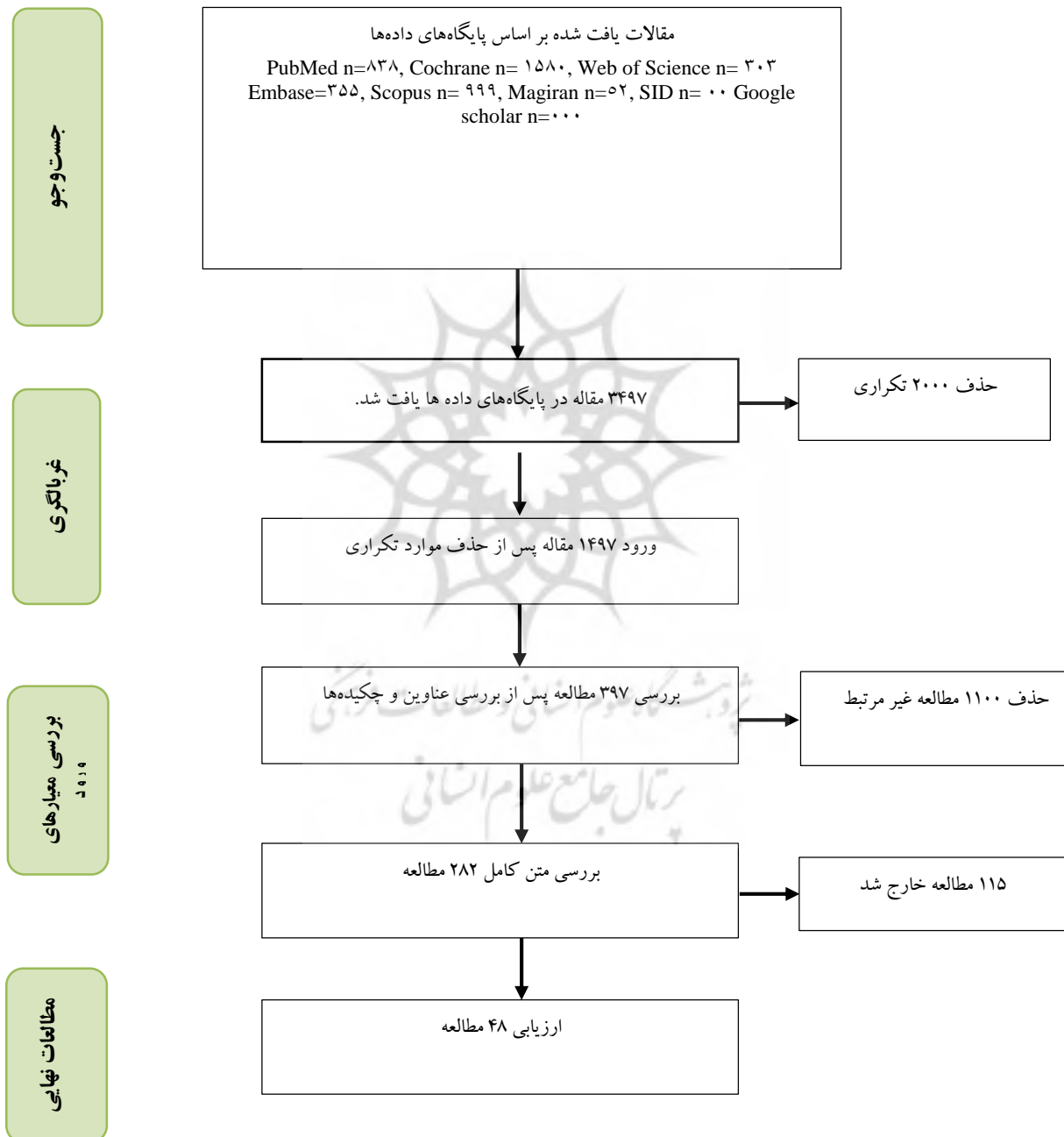
جدول ۱: استراتژی جستجو

پایگاه داده / موتور جستجو	استراتژی جستجو
Pubmed	(((((("palliative care"[Title]) OR "Hospice care"[Title]) OR "Palliative medicine"[Title]) OR "End of life care"[Title]) OR "Terminal care"[Title])) AND health care[Title])
Scopus	(((TITLE (palliative care)) OR (TITLE (Hospice care))) OR (TITLE (Palliative medicine)) OR (TITLE (End of life care))) OR (TITLE (Terminal care))) AND (TITLE (health care)))
Embase	((("palliative trapy":ti OR "palliative care":ti OR "hospice care":ti OR "palliative nursing":ti OR "end of life care":ti OR "terminal care":ti) AND "health care")[title]
Web of science	TI=(("palliative care" OR "hospice care" OR "End of life care" OR "Terminal care" OR "palliative medicine") AND ("Health care"))
Cochrane Library	ti: (("palliative care" OR "hospice care" OR "End of life care" OR "Terminal care" OR "palliative medicine") AND ("Health care"))
Google scholar	allintitle: (("palliative care" OR "hospice care" OR "End of life care" OR "Terminal care" OR "palliative medicine") AND ("Health care"))
SID, Magiran	مراقبت تسکینی، طب تسکینی، هاسپیس، مراقبت‌های پایان زندگی

معیارهای ورود پژوهش شامل مقالاتی که با روش مقطعی، مورد شاهدهی، مروری و کیفی بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ میلادی (شروع و خاتمه ماه May) به زبان فارسی و انگلیسی منتشر شده بودند و مطالعات مرتبط با موضوع طب تسکینی انتخاب شد. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل

طبقه‌بندی شده است. اطلاعات بیشتر در جدول دو ارائه شده است. در جدول سه نتایج بررسی مطالعات بر اساس کارکرد تأمین مالی در یک گروه اصلی و سه زیرگروه گزارش شده است. نتایج بررسی مطالعات کارکرد تولید نیز در دو گروه اصلی و پنج زیرگروه دسته‌بندی گردیده است و اطلاعات تکمیلی در جدول چهار نشان داده شده است.

خدمت، تولید، تولید منابع و مالی است استخراج و نتایج کامل آن‌ها به ترتیب در جداول یک تا سه نمایش داده شده است. در جدول یک، نتایج بررسی مطالعات بر اساس کارکرد ارائه خدمت سلامت در چهار گروه اصلی و نه زیرگروه نشان داده شده است. نتایج بررسی مطالعات بر اساس کارکرد تولید منابع در سه گروه اصلی و نه زیرگروه



شکل ۱: فلوچارت فرایند انتخاب مطالعات

جدول ۲: نتایج مطالعات بر اساس کارکرد ارائه خدمت

کد	زیر گروه	گروه
ضعف در زیرساخت مراکز: [۸, ۱۶, ۱۷]	جایگاه سیستم ارائه خدمات تسکینی	ساختار ارائه خدمت
کمبود ارائه خدمات تسکینی: [۸, ۱۶, ۱۸]		
ضعف در یکپارچگی سیستم ارائه خدمات: [۱۸, ۱۹]	نظام ارجاع در خدمات تسکینی	محیط ارائه خدمات تسکینی
ضعف در ارجاع بیماران: [۱۸, ۲۰]		
ضعف در پایداری خدمات: [۸, ۲۱]		
کمبود و ضعف خدمات تسکینی در منزل: [۱۶, ۲۲-۲۵]	محل ارائه خدمت (خانه/ بیمارستان)	ارزیابی اولیه و برنامه مداخلات
کمبود و ضعف خدمات تسکینی در بیمارستان: [۲۳, ۲۶]		
ضعف در تشخیص و ارزیابی بیمار: [۱۸, ۲۷, ۲۸]	ارزیابی و برنامه مداخلات	ارزیابی و بسته خدمات یا مداخلات تسکینی
مدیریت ضعیف درد: [۱۶, ۱۸, ۲۰, ۲۸-۳۱]		
ضعف در استفاده از خدمات و مداخلات جانی: [۳۲, ۳۳]		
ضعف در ارائه خدمات مشاوره‌ای: [۲۳, ۳۴-۳۶]		
ضعف در فرایندهای مراقبتی: [۱۶, ۱۸, ۳۸]	لزوم ارتقای کیفیت مراقبت‌های تسکینی و رفع نگرانی‌های خانواده‌ها	دسترسی به تسهیلات و خدمات و لزوم توزیع عادلانه
نگرانی در خصوص مصرف اپیوئیدها: [۲۹, ۳۸]		
نارضایتی از خدمات مراقبتی: [۱۸, ۱۰, ۳۸]	سواد سلامت	بهبود کیفیت زندگی
ضعف دسترسی فیزیکی به خدمات و تسهیلات: [۱۶, ۱۹, ۳۹]		
ضعف دسترسی به خدمات طولانی مدت [۱۶, ۱۷]		
ضعف در آگاهی و دانش بیماران: [۳۸, ۴۰]	سواد سلامت	ارتقای سلامت معنوی
ضعف در آموزش و ارتقا دانش بیماران و همراهان: [۱۶, ۱۷, ۲۷, ۴۱]		
ضعف در آموزش و اطلاع‌رسانی به عموم مردم: [۸, ۱۹, ۴۱, ۴۲]	بهبود کیفیت زندگی	ارتقای سلامت معنوی
بهبود کیفیت زندگی: [۱۹, ۴۳]		
ارتقای سلامت: [۲۶, ۳۱, ۳۸, ۴۴]		

جدول ۳: نتایج مطالعات بر اساس کارکرد تولید منابع

کد	زیر گروه	گروه
کمبود منابع انسانی: [۷, ۱۹, ۲۰, ۳۵, ۳۶, ۴۱, ۴۵, ۴۶]	کمبود نیروی انسانی	نیروی انسانی
ضعف مهارت ارائه‌دهندگان خدمت: [۱۶, ۲۲, ۳۱, ۳۸, ۳۹]	مهارت نیروی انسانی	
ضعف روحی و روانی مراقبین: [۴۷]	لزوم گروه کاری چند تخصصی	
ضعف کار تیمی و مشارکت ارائه‌دهندگان: [۲۰, ۲۹]		
ضعف ساختار گروه: [۷, ۸, ۱۸, ۲۱, ۴۸]	لزوم تعریف نقش افراد	آموزش و پژوهش
دانش کم در زمینه مراقبت تسکینی: [۸, ۴۹-۵۲]	لزوم ارائه برنامه آموزشی	
ضعف و کمبود در برنامه‌های آموزشی: [۱۶, ۱۷, ۲۲, ۲۹, ۳۵, ۳۷, ۳۹, ۴۱, ۴۸, ۵۳]	فرآیند آموزشی	تجهیزات و دارو
برداشت‌های ناصحیح: [۵۴, ۵۵]		
ضعف در به کارگیری رویکردهای نوین: [۳۷, ۴۱, ۵۶, ۵۷]	ظرفیت‌سازی پژوهش	تجهیزات و دارو
دسترسی ضعیف آموزشی: [۱۶, ۲۵]		
ضعف پژوهشی: [۱۶, ۴۰]	تجهیزات	تجهیزات و دارو
ضعف در تأمین تجهیزات: [۴۵, ۵۸]	دارو	
ضعف در دسترسی به دارو: [۸, ۱۶, ۴۶, ۵۹, ۶۰]		

جدول ۴: نتایج مطالعات بر اساس کارکرد تأمین مالی

گروه	زیرگروه	کد
تأمین مالی	بهره‌وری و کاهش هزینه‌ها	ضعف بهره‌وری و کاهش هزینه‌های سلامت با به‌کارگیری مراقبت تسکینی: [۱۸, ۳۳, ۳۴]
	جمع‌آوری و انباشت منابع	ضعف در جمع‌آوری منابع: [۸, ۱۶, ۳۵, ۴۵]
		ضعف در پوشش بیمه‌ای و انباشت منابع: [۲۰, ۲۶, ۶۱]
	تخصیص منابع و نظام پرداخت	ضعف در تخصیص منابع: [۴۲]
ضعف در نظام پرداخت: [۱۶, ۴۵]		

جدول ۵: نتایج مطالعات بر اساس کارکرد تولید

گروه	زیرگروه	کد
برنامه‌ریزی و نظارت	سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی	ضعف در سیاست‌گذاری و اتخاذ رویکرد مناسب [۸, ۱۶, ۱۷, ۱۹]
		ضعف حمایت ساختاری: [۸, ۱۶, ۲۸]
		ضعف در برنامه‌ریزی: [۱۸, ۲۸]
	استانداردسازی و ارزیابی	ضعف در استانداردسازی و تدوین دستورالعمل و پروتکل‌ها: [۱۶, ۱۷, ۲۰, ۶۲]
		ضعف در ارزیابی: [۸]
مشارکت و همکاری	همکاری بین نهادها و مراکز خدمت	ضعف همکاری بین سازمان‌ها در سطوح مختلف: [۸, ۴۲]
	مشارکت و همکاری بین گروه‌های ارائه خدمت	ضعف همکاری بین گروه‌های ارائه خدمت: [۲۱, ۲۹, ۶۳]
	مشارکت خانواده و بستگان بیماران	مشارکت ضعیف با خانواده بیماران: [۲۷, ۶۴]

سطوح تخصصی‌تر این حوزه ارجاع داده نمی‌شدند. [۱۸] به‌علاوه در انگلستان نیز هیچ معیار استاندارد برای تعیین زمان ارجاع بیماران به سطوح تخصصی‌تر وجود نداشت. [۶۷] بررسی‌ها نشان داد در ایران هنوز نظام ارجاع برای طب تسکینی تعریف نشده است و این امر می‌تواند منجر به خستگی بیماران از ادامه روند درمان خود گردد. [۲۰] در واقع سطح‌بندی خدمات درمانی از طریق نظام ارجاع موجب جلوگیری از مراجعه غیر ضروری بیماران به مراکز تخصصی و پیشگیری از اتلاف منابع مادی و انسانی خواهد شد. [۶۸] بنابراین، می‌توان با تبیین معیارهای ارجاع استاندارد و آموزش متخصصین، این روند را سازمان‌دهی کرد. ناکافی بودن ارائه خدمات مراقبت تسکینی در منزل از قبیل ارائه مراقبت‌های اولیه، پرستاری، اجتماعی، تحویل دارو و ارائه مشاوره تخصصی می‌تواند از دیگر چالش‌های مهم در کارکرد ارائه خدمت محسوب شود. درحالی‌که ارائه خدمات مراقبت تسکینی در منزل اثرات مفیدی در ابعاد جسمی، روحی و

هدف اصلی ارائه خدمات تسکینی، ارتقای کیفیت زندگی و کاهش هزینه مراقبت‌های بهداشتی آن‌هاست. از این‌رو، شناسایی چالش‌ها و ارائه راهکارهای مناسب مهم‌ترین راه برای ارتقاء این خدمات می‌باشد. مطالعه حاضر با همین هدف انجام شد که مهم‌ترین یافته‌های آن در حیطه‌های ارائه خدمت، تولید، تولید منابع و مالی بود. ارائه خدمات سلامت یکی از اصلی‌ترین کارکردهای نظام سلامت هر کشوری می‌باشد. [۶۵] که از چندین رکن تشکیل شده و یکی از ارکان مهم آن، نظام ارجاع است. اما مطالعات زیادی نشان داده است نظام ارجاع توسط سیستم ارائه خدمات سلامت رعایت نمی‌گردد. [۶۶] در مطالعه حاضر نیز فقدان نظام ارجاع یکی از چالش‌های موجود در طب تسکینی بود که با نتیجه سایر مطالعات در کشورهایی مانند آلمان و انگلیس تطابق داشت. [۶۷, ۱۸] در یکی از مطالعات انجام شده در کشور آلمان، بیماران نیازمند به خدمات تسکینی اغلب به

مورد مراقبت‌های تسکینی اشاره کرد. بررسی‌ها نشان داد که میزان آگاهی همه این گروه‌ها نقش مهمی در اثربخشی مراقبت تسکینی دارد. [۷۳، ۴۱] به طوری که نتایج مطالعه‌ای در هند نشان داد که دانش پایه دانشجویان از مراقبت تسکینی ناکافی بوده است. [۴۹] در مطالعه دیگری نیز پزشکان عمومی بلژیک به دلیل آموزش ناکافی در زمینه طب تسکینی پس از فارغ‌التحصیلی از آمادگی لازم برای ارائه مراقبت‌های تسکینی برخوردار نبودند. [۷۴] از این رو، با اجرا و تقویت برنامه‌های آموزشی با موضوع مراقبت تسکینی [۵۰] جهت معرفی مراقبت‌های تسکینی و هاسپیس، با در نظر گرفتن قابلیت‌ها، توانایی و دسترسی افراد و همچنین اطلاع‌رسانی در مورد منابع مراقبت‌های تسکینی از طریق رسانه‌ها، می‌توان تا حدودی جامعه را نسبت به مراقبت‌های طب تسکینی آگاه کرد. [۱۷، ۴۲] علاوه بر این، برای ارتقای دانش دانشجویان علوم پزشکی نیز می‌توان از دوره‌های آموزشی و وسایل کمک آموزشی از قبیل ویدیوها یا پوسترهای آموزشی استفاده کرد. [۳۷، ۴۱] یکی از مهم‌ترین چالش‌های کارکرد تولید منابع، استفاده نامناسب از داروها می‌باشد. [۴۵، ۴۶] طبق بررسی‌های انجام‌شده علت آن محتاط بودن متخصصان در تجویز دوزهای بالای اپیوئید و نگرانی بیماران در استفاده از آن‌هاست. [۲۹، ۳۸] این مشکل هم در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه مانند ایران به چشم می‌خورد که به نظر می‌رسد یکی از علل مهم آن فقدان آگاهی در رابطه با استفاده از اپیوئیدها باشد. [۱۶، ۲۹] از این رو، علاوه بر اهمیت آموزش، وجود یک داروساز در گروه مراقبت بهداشتی ضروری به نظر می‌رسد. [۱۶، ۴۶] کمبود نیروی انسانی مجرب و کارآموده و گروه‌های چند تخصصی برای پاسخگویی به نیازهای خاص بیماران متقاضی خدمات طب تسکینی، یکی دیگر از چالش‌های موجود بوده است. [۴۵، ۲۱-۱۹] در صورتی که تشکیل گروه‌های چند رشته‌ای شامل پزشک، پرستار و مددکار اجتماعی می‌تواند علاوه بر ارائه خدمات بهتر برای هر بیمار تا بیش از ۴۰۰۰ دلار صرفه‌جویی شود و میزان پذیرش و بستری بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه را کاهش دهد. [۶۱] همچنین، آموزش و

روانی، اجتماعی و اقتصادی بیماران دارد و می‌تواند باعث کاهش هزینه‌های نظام سلامت، کوتاه شدن طول مدت بستری، کاهش عوارض بستری و پیشگیری از بستری مجدد بیماران شود. [۶۹] به علاوه ارائه این خدمات می‌تواند باعث کاهش بار علائم بیماری و همچنین کاستن از رنج خانواده آن‌ها پس از فوت بیماران شود [۲۴]؛ اما نتایج برخی مطالعات نشان داد که ارائه خدمات مراقبت تسکینی در منزل برای برخی از بیماری‌ها مانند مالتیپل اسکلروزیس به نحو درست اجرا نمی‌شود. [۲۲] برای مثال مشاوره مراقبت تسکینی در بیماران بستری در منزل می‌تواند باعث کاهش تعداد روزهای بستری در بیمارستان و افزایش کیفیت زندگی بیماران شود. [۳۵، ۷۰] همچنین، بیمارانی که مراقبت در منزل را ترجیح می‌دهند نیاز بیشتری به مشاوره پرستاران و نیاز کمتری به مراقبت‌های روزانه دارند [۲۳]؛ اما بررسی‌های انجام‌شده در کالیفرنیا و استرالیا حاکی از آن است که سطح دسترسی به مشاوره مراقبت تسکینی در بیماران بسیار پایین بوده است. [۳۹، ۳۴] لذا، توجه به این چالش‌ها در ارائه بهتر خدمات اهمیت دارد خصوصاً برای بیمارانی که در منزل هستند به دریافت خدمات مراقبت تسکینی نیازمند می‌باشند. [۲۵] از دیگر چالش‌های مهم این کارکرد، بی‌توجهی به حوزه سلامت معنوی و مقوله‌های مرتبط با آن مانند امید به زندگی، مسائل دینی و ارتباط با خدا می‌باشد. مطالعه حیدری و همکاران [۴۴] نیز نشان داد جنبه معنوی در بیماران مبتلابه سرطان نادیده گرفته می‌شود. در صورتی که مداخله معنویت در روند درمان افراد، احساس معنا و هدفمندی در زندگی، بهبود وضعیت روانی افراد، کاهش خستگی ناشی از درمان طولانی بیماری‌های صعب‌العلاج، کاهش افسردگی، اضطراب و بد خوابی بیماران تأثیر دارد. [۷۱، ۷۲] لذا، تقویت باورهای معنوی بیماران می‌تواند باعث بهبود وضعیت آن‌ها شود. [۴۱] از این رو، به نظر می‌رسد حضور یک مشاور مذهبی در گروه درمانی طب تسکینی ضروری باشد. از دیگر نتایج به دست آمده در این مطالعه می‌توان به نبود آموزش و آگاهی کافی بیماران، خانواده‌ها، [۲۷] ارائه‌دهندگان خدمات سلامت [۵۵، ۵۰] و دانشجویان علوم پزشکی [۴۹، ۵۲] در

مختلف برای بهبود پیامدهای طب تسکینی یاری نماید. رفع این چالش‌ها مستلزم تقویت نظام سلامت کشورها باهدف طراحی و به‌کارگیری سیاست‌های مناسب مانند انجام اقداماتی نظیر بازنگری کوریکولوم آموزشی در رشته‌های علوم پزشکی، انجام پژوهش‌های جامع در این بخش، استفاده از روش‌های نوین مانند موسیقی‌درمانی و همچنین آموزش و اطلاع‌رسانی مناسب به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، بیماران، خانواده آن‌ها و عموم مردم در این زمینه می‌باشد. با توجه به روش اجرای این مطالعه، محققان تنها به بررسی مطالعات منتشرشده در این زمینه پرداخته‌اند و عدم مداخله نویسندگان یکی از محدودیت‌های عمده مطالعه می‌باشد. همچنین، پژوهش حاضر ممکن است تمام چالش‌های موجود در طب تسکینی را شناسایی نکرده باشند؛ زیرا که محدود به برخی از پایگاه‌های داده در روش اجرا بوده است.

سلامت‌های اخلاقی

رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی: این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان آینده‌پژوهی طب تسکینی در ایران با استفاده از روش سناریو نویسی، مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمان، در سال ۱۳۹۷ با کد اخلاق به شماره IR.KMU.REC.1397.570 اخذشده از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان است.

حمایت مالی: این پژوهش با حمایت مالی پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفت.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همکاران و عزیزانی که ما را در این مطالعه یاری کردند و همچنین از حمایت همه‌جانبه پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان تشکر و قدردانی می‌شود.

جذب افراد متخصص از رشته‌های مختلف و مشخص کردن نقش هر یک از متخصصان و همکاری بین حرفه‌ای نیز می‌تواند سبب ارتقا و مدیریت بهتر ارائه خدمات طب تسکینی شود تا از انجام کارهای موازی و غیرضروری جلوگیری شود و خدمات جامعی به بیماران ارائه شود. [۲۱،۳۵،۴۴] یکی از دلایل کمبود نیروی انسانی، مشکلات تأمین مالی است. به‌طوری‌که ضعف در پرداخت‌ها و محدود بودن منابع منجر به دلسرد شدن ارائه‌دهندگان خدمت می‌شود. [۴۱] به نظر می‌رسد مشکلات تأمین مالی در کشورهای در حال توسعه نظیر ایران بیشتر است که با تخصیص بیشتر منابع مالی تا حدی زیادی این مشکل تعدیل خواهد شد. [۵،۱۶،۱۷] از طرف دیگر حمایت مالی بیمار نیز در نحوه ارائه خدمات اثرگذار است. به‌طوری‌که عدم ارائه خدمات مناسب بیمه‌ای به دلیل محدودیت‌های منابع مالی، [۱۶] و اجبار بیمار به پرداخت از جیب خود، [۲۰] می‌تواند استفاده از خدمات طب تسکینی را تحت‌الشعاع خویش قرار دهد. [۱۶] در نتیجه ارائه بیمه‌های درمانی و تسهیلات بهداشتی برای بیماران نیز امری ضروری است. [۲۶] از چالش‌های مهم کارکرد تولید می‌توان به همکاری ضعیف بین گروه‌های چند تخصصی [۲۷،۷۵] و عدم توجه کافی به تدوین دستورالعمل‌های مراقبت تسکینی اشاره کرد. [۱۶] رفع این چالش‌ها و بهبود وضعیت اجرای طب تسکینی بدون شک نیازمند سیاستگذاری مناسب در جهت تنظیم برنامه‌های راهبردی در حوزه سلامت، برنامه‌ریزی درسی مناسب برای دانشجویان و تأمین بودجه موردنیاز در این زمینه می‌باشد. با توجه به چالش‌های موجود در حوزه طب تسکینی و لزوم برطرف کردن موانع ارائه خدمت در این حوزه، توجه تمامی گروه‌های مرتبط از جمله ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، بیماران و خانواده آن‌ها و سیاستگذاران حوزه سلامت ضروری می‌باشد. در نتیجه یافته‌های این مطالعه می‌تواند به سیاستگذاران و تصمیم‌گیرندگان حوزه مراقبت‌های تسکینی در خصوص توجه به تقویت زیرساخت‌ها، منابع و فرآیندهای

References

1. Schneider N, Walter U. Where do prevention and palliative care meet? A systematic literature study on the interfaces of two different health care sectors. *Am J Hosp Palliat Care*. 2007;24(2):114-8.
2. Mardanihamooleh M, Borimnejad L, Seyedfatemi N, Tahmasbi M. Interpretation of palliative care concept, its barriers and facilitators using meta-synthesis. *Modern Care Journal*. 2015;11(4):316-29. [In Persian]
3. Ruhollahi M, Vandrajabpour M, Balibigloo M, Esfandiari A, Salari H, Hamouzadeh P, et al. Comprehensive National Cancer Support and Palliative Care Development Plan [Internet]. Iran: Assistance Health- Assistance treatment Cancer Office. 2013 [cited 2020 Feb 8]. Available from: https://cri.tums.ac.ir/wp-content/uploads/2017/09/cancer_palliative_care.pdf.
4. Hodgson C. Cost-effectiveness of palliative care: A review of the literature. Ottawa: Canadian Hospice Palliative Care Association; 2012.
5. World Health Organization. Palliative Care [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
6. Iranmanesh S, Razban F, Tirgari B, Ghazanfari Z. Nurses' knowledge about palliative care in southeast Iran. *Palliat Support Care*. 2013 Jun;12(3):203-10.
7. Llobera J, Sansó N, Ruiz A, Llagostera M, Serratusell E, Serrano C, et al. Strengthening primary health care teams with palliative care leaders: Protocol for a cluster randomized clinical trial. *BMC Palliat Care*. 2017 Jul;17(1):1-8.
8. Fjose M, Eilertsen G, Kirkevold M, Grov EK. "Non-palliative care" - a qualitative study of older cancer patients' and their family members' experiences with the health care system. *BMC Health Serv Res*. 2018 Sep;18(1):1-12.
9. World Health Organization. definition of palliative care [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 8] Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
10. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: A systematic review. *Ann Intern Med*. 2008 Jan;148(2):147-59.
11. Ansari M, Rassouli M, Akbari ME, Abbaszadeh A, Akbarisari A. Palliative care policy analysis in Iran: A conceptual model. *Indian J Palliat Care*. 2018;24(1):51-7.
12. Al-Mahrezi A, Al-Mandhari Z. Palliative care: Time for action. *Oman Med J*. 2016;31(3):161-3.
13. Heydari H, Hojjat-Assari S, Almasian M, Pirjani P. Exploring health care providers' perceptions about home-based palliative care in terminally ill cancer patients. *BMC Palliat Care*. 2019 Aug;18:1-9.
14. Hassankhani H, Rahmani A, Dehghannezhad J. Development of palliative care in cancer patients: A neglected necessity. *Iran Journal of Nursing*. 2018;31(115):1-5. [In Persian]
15. Yazdi-Feyzabadi V, Mehrolhassani MH, Zolala F, Haghdoost A, Oroomiei N. Determinants of risky sexual practice, drug abuse and alcohol consumption in adolescents in Iran: a systematic literature review. *Reproductive health*. 2019 Dec;16(1):1-0.
16. Rassouli M, Sajjadi M. Palliative care in Iran: Moving toward the development of palliative care for cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2016 Apr;33(3):240-4.
17. Jennings B, Morrissey MB. Health care costs in end-of-life and palliative care: The quest for ethical reform. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2011;7(4):300-17.
18. Hall S, Kolliakou A, Petkova H, Froggatt K, Higginson IJ. Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; (3):1-30.
19. Meier DE. Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. *Milbank Q*. 2011;89(3):343-80.
20. Khoubbin Khoshnazar TA, Rassouli M, Akbari ME, Lotfi-Kashani F, Momenzadeh S, Haghghat Sh, et al. Structural challenges of providing palliative care for patients with breast cancer. *Indian J Palliat Care*. 2016;22(4):459-66.
21. Oishi A, Murtagh FE. The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: A systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliat Med*. 2014 Oct;28(9):1081-98.

22. Strupp J, Romotzky V, Galushko M, Golla H, Voltz R. Palliative care for severely affected patients with multiple sclerosis: When and why? Results of a Delphi survey of health care professionals. *J Palliat Med.* 2014 Oct;17(10):1128-36.
23. Fukui S, Yoshiuchi K. Associations with the Japanese population's preferences for the place of end-of-life care and their need for receiving health care services. *J Palliat Med.* 2012 Oct;15(10):1106-12.
24. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun; (6):1-279.
25. Shirinabadi Farahani A, Rassouli M, Khanali Mojen L, 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 Aug;11(8):1-8.
26. Bahador RS, Nouhi E, Jahani Y. The study of palliative care and its relationship with quality of life in patients with chronic heart failure in 2014-2015. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery.* 2017;5(4):35-46. [In Persian]
27. Ziehm J, Farin E, Schäfer J, Woitha K, Becker G, Köberich S. Palliative care for patients with heart failure: facilitators and barriers - a cross sectional survey of German health care professionals. *BMC Health Serv Res.* 2016 Aug;16(a):1-10.
28. Hatamipour K, Rassouli M, Yaghmaie F, Zendedel K, Alavi Majd H. Spiritual needs of cancer patients: A qualitative study. *Indian J Palliat Care.* 2015;21(1):61-7.
29. Gardiner C, Gott M, Ingleton C, Hughes P, Winslow M, Bennett MI. Attitudes of health care professionals to opioid prescribing in end-of-life care: A qualitative focus group study. *J Pain Symptom Manage.* 2012 Aug;44(2):206-14.
30. Hökkä M, Melender H-L, Lehto J, Kaakinen P. Palliative nursing competencies required for different levels of palliative care provision: A qualitative analysis of health care professionals' perspectives. *J Palliat Med.* Forthcoming 2021.
31. Shi H, Shan B, Zheng J, Peng W, Zhang Y, Zhou X, et al. Knowledge and attitudes toward end-of-life care among community health care providers and its influencing factors in China: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* 2019 Nov;98(45):1-8.
32. Schmid W, Rosland JH, Von Hofacker S, Hunskår I, Bruvik F. Patient's and health care provider's perspectives on music therapy in palliative care - an integrative review. *BMC Palliat Care.* 2018 Feb;17(1):1-9.
33. Ridley J, Dance D, Pare D. The acceptability of humor between palliative care patients and health care providers. *J Palliat Med.* 2014 Apr;17(4):472-4.
34. Patel AA, Walling AM, Ricks-Oddie J, May FP, Saab S, Wenger N. Palliative care and health care utilization for patients with end-stage liver disease at the end of life. *J Clin Gastroenterol Hepatol.* 2017 Oct;15(10):1612-9.
35. Bui T. Effectively training the hospice and palliative medicine physician workforce for improved end-of-life health care in the United States. *Am J Hosp Palliat Care.* 2012 Sep;29(6):417-20.
36. Ghazi-Mirsaeed SJ, Moghimkhan F. Information behavior of patients with cancer in palliative care in Tehran city, Iran. *Health Information Management.* 2018 Aug;15(3):120-5. [In Persian]
37. Cruz-Oliver DM, Malmstrom TK, Roegner M, Yeo G. Evaluation of a video-based seminar to raise health care professionals' awareness of culturally sensitive end-of-life care. *J Pain Symptom Manage.* 2017 Oct;54(4):546-54.
38. Brown CE, Jecker NS, Curtis JR. Inadequate palliative care in chronic lung disease. An issue of health care inequality. *Ann Am Thorac Soc.* 2016 Mar;13(3):311-6.
39. Chang E, Hancock K, Harrison K, Daly J, Johnson A, Easterbrook S, et al. Palliative care for end-stage dementia: A discussion of the implications for education of health care professionals. *Nurse Educ Today.* 2005 May;25(4):326-32.
40. Bogetz JF, Root MC, Purser L, Torkildson C. Comparing Health Care Provider-Perceived Barriers to Pediatric Palliative Care Fifteen Years Ago and Today. *J Palliat Med.* 2019 Feb;22(2):145-51.

41. Patel K, Masi D. Palliative care in the era of health care reform. *Clin Geriatr Med.* 2015 May;31(2):265-70.
42. Yoshida S, Miyashita M, Morita T, Akizuki N, Akiyama M, Shirahige Y, et al. Strategies for development of palliative care from the perspectives of general population and health care professionals: A Japanese outreach palliative care trial of integrated regional model study. *Am J Hosp Palliat Care.* 2015 Sep;32(6):604-10.
43. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich H-C, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jun;6(6): 1-94
44. Heydari H, Hojjat-ssaii ,, Almasian M, ii jjani P. xxploing health care poovi. ess' perceptions about home-based palliative care in terminally ill cancer patients. *BMC Palliat Care.* 2019 Aug;18(1):1-9.
45. Heydari H. Home-based palliative care: A missing link to patients' care in Iran. *yyy a..* 2018;2422:97-101. [In Persian]
46. Kuruvilla L, Weeks G, Eastman P, George J. Medication management for community palliative care patients and the role of a specialist palliative care pharmacist: A qualitative exploration of consumer and health care professional perspectives. *Palliat Med.* 2018 Sep;32(8):1369-77.
47. Mok E, Lau KP, Lam WM, Chan LN, Ng J, Chan KS. Health-care professionals' perspective on hope in the palliative care setting. *J Palliat Med.* 2010 Jul;13(7):877-83.
48. Csikai EL, Bass K. Health care social workers' views of ethical issues, practice, and policy in end-of-life care. *Soc Work Health Care.* 2000;32(2):1-22.
49. Sadhu S, Salins NS, Kamath A. Palliative care awareness among Indian undergraduate health care students: A needs-assessment study to determine incorporation of palliative care education in undergraduate medical, nursing and allied health education. *Indian J Palliat Care.* 2010 Sep;16(3):154-9. DOI: 10.4103/0973-1075.73645
50. Aghaei MH, Mohajjel Aghdam A, Bodaghi S, Azami Agdash S. Knowledge and attitude of nurses toward caring for end of life patients. *Iran Journal of Nursing.* 2017;30(107):74-82. [In Persian]
51. Pugh A, Castleden H, Giesbrecht M, Davison C, Crooks V. Awareness as a dimension of health care access: exploring the case of rural palliative care provision in Canada. *J Health Serv Res Policy* 2019 Apr;24(2):108-15.
52. Zhou Y, Li Q, Zhang W. Undergraduate nursing students' knowledge, attitudes and self-efficacy regarding palliative care in China: A descriptive correlational study. *Nurs Open.* 2021 Jan;8(1):343-53.
53. Borimnezhad L, Seyedfatemi N, Mardani Hamooleh M. Concept analysis of palliative care using Rodgers' evolutionary method. *Iran Journal of Nursing.* 2014;26(86):1-15. [In Persian]
54. Singh GK, Davidson PM, Macdonald PS, Newton PJ. The perspectives of health care professionals on providing end of life care and palliative care for patients with chronic heart failure: An integrative review. *Heart Lung Circ.* 2019 Apr;28(4):539-52.
55. Kogan AC, Sadamitsu K, Gaddini M, Kersten M, Ellinwood J, Fields T. Engaging primary care physicians to refer patients to home-based palliative is challenging and complicated. *Palliat Med Rep.* 2020 Nov;1(1):259-63.
56. Pakseresht M, Baraz S, Rasouli M, Reje N, Rostami Sh. A comparative study of the situation of bereavement care for children with cancer in Iran with selected countries. *International Journal of Pediatrics.* 2018;6(2):7253-63.
57. Monterosso L, Ross-Adjie GM, Rogers IR, Shearer FM, Rogers JR. How well do we understand health care professionals' perceptions and needs in the provision of palliative care? A mixed methods study. *J Palliat Med.* 2016 Jul;19(7):720-7.
58. Saunders S, Weiss ME, Meaney C, Killackey T, Varenbut J, Lovrics E, et al. Examining the course of transitions from hospital to home-based palliative care: A mixed methods study. *Palliat Med.* 2021 Sep; 35(8): 1590-601.
59. Fearon D, Kane H, Aliou ND, Sall A. Perceptions of palliative care in a lower middle-income muslim country: A qualitative study of health care professionals, bereaved families and communities. *Palliat Med.* 2019 Feb;33(2):241-9.
60. Lijimol AS, Krishnan A, Rajagopal MR, Gopal BK, Booth CM. Improving access and quality of palliative care in Kerala: A cross-sectional study of providers in routine practice. *Indian J Palliat Care.* 2020;26(4):500-5.

61. Amroud MS, Raeissi P, Hashemi SM, Reisi N, Ahmadi SA. Investigating the challenges and barriers of palliative care delivery in Iran and the world: A systematic review study. *J Educ Health Promot*. 2021 Jul;10:1-7.
62. Stiel S, Heckel M, Wendt KN, Weber M, Ostgathe C. Palliative care patients' quality of dying and circumstances of death-comparison of informal caregivers' and health-care professionals' estimates. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018 Jul;35(7):1023-9.
63. Ehikpehae H, Kiernan J. The impact of the interprofessional health care team in palliative care. *J Interprof Educ Pract*. 2018 Jun;11:12-4.
64. Hosseini A, Aramesh k. Ethical challenges of caring for children at the end of life. *J Med Ethics*. 2013;7(25):55-81. [In Persian]
65. Yazdi Feyzabadi V, Khajeh Z, Radmerikhi S, Mehrolhasani MH. The profile of health services delivery in the recent decade of iran's health system: An essential element in achieving universal health coverage. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2018;13(5):166-9. [In Persian]
66. Mehrolhasani MH, Jafari Sirizi M, Poorhoseini SS, Yazdi Feyzabadi V. The challenges of implementing family physician and rural insurance policies in Kerman province, Iran: A qualitative study. *Health and Development Journal*. 2012;1(3):193-206. [In Persian]
67. May P, Hynes G, McCallion P, Payne S, Larkin P, McCarron M. Policy analysis: Palliative care in Ireland. *Health Policy*. 2014 Mar;115(1):68-74.
68. Chaman R, Amiri M, Raei Dehaghi M. The national family physician and the quality of referral system. *Payesh*. 2012;11(6):785-90. [In Persian]
69. Kerr CW, Donohue KA, Tangeman JC, Serehali AM, Knodel SM, Grant PC, et al. Cost savings and enhanced hospice enrollment with a home-based palliative care program implemented as a hospice-private payer partnership. *J Palliat Med*. 2014 Dec;17(12):1328-35.
70. Dunn EJ, Markert R, Hayes K, McCollom J, Bains L, Kahlon D, et al. The influence of palliative care consultation on health-care resource utilization during the last 2 months of life: Report from an integrated palliative care program and review of the literature. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018 Jan;35(1):117-22.
71. Bolhari J, Naziri Gh, Zamanian S. Effectiveness of spiritual group therapy in reducing depression, anxiety, and stress of women with breast cancer. *Journal of Woman & Society*. 2012;3(9):87-117. [In Persian]
72. Stiel S, Matthies DMK, Seuß D, Walsh D, Lindena G, Ostgathe C. Symptoms and problem clusters in cancer and non-cancer patients in specialized palliative care—is there a difference? *J Pain Symptom Manage*. 2014 Jul;48(1):26-35.
73. 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 Apr;6(2):111-24.
74. Pype P, Symons L, Wens J, Van den Eynden B, Stes A, Deveugele M. Health care professionals' perceptions towards lifelong learning in palliative care for general practitioners: A focus group study. *BMC Fam Pract*. 2014 Feb 19;15(36):1-11.
75. Yazdi Feyzabadi V, Ansari M, Amini Rarani M, Naghibzadeh Tahami A, Heydari A. Health team in primary health care: Facilitators and inhibitors of the effective function. *Journal of Management and Medical Informatics School*. 2014;2(1):66-74. [In Persian]