

نوفمبر 2024

الرعاية التلطيفية

كيف تتعامل مع عشر سنوات من
التقدم المحدود؟

ريتشارد هاردينغ
أسموس هاميريتش
آنا بيلر
أولادايو أفولابي
كاثرين سليمان
ديدي طومسون
مها العاكوم
نهلي غافر

المحتويات

تمهيد	1
الملخص التنفيذي	3
الرعاية التلطيفية: استجابة للمعاناة	5
أوجه التفاوت في الرعاية التلطيفية العالمية والعوائق التي تحول دون توسيع فرص الحصول عليها	13
إدراج أفضل الممارسات القائمة على الأدلة	19
الخاتمة والتوصيات لتنفيذ الرعاية التلطيفية الأساسية	28
شكر وتقدير	35
الملحق: قرار جمعية الصحة العالمية رقم 67-19 بشأن الرعاية التلطيفية	37
المراجع	41

يحاول الأطباء السريريون والباحثون وصانعو السياسات الاستجابة لتسارع شيخوخة سكان العالم وتزايد انتشار الأمراض المزمنة. ويسلط هذا التقرير الضوء على ما يعنيه ذلك للأنظمة الصحية والمرضى وأسره؛ إذ يُتوقع أن يتضاعف تقريبًا عدد الأشخاص الذين يموتون بسبب المعاناة المرتبطة بالصحة من 26 مليون شخص سنويًا إلى 48 مليون شخص بحلول سنة 2060. حيث ستكون هذه الزيادة أكبر في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، وبين الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 70 عامًا، والمرضى المصابين بالخرف والسرطان وأمراض الأوعية الدموية الدماغية. تؤدي هذه المعاناة التي يمكن تجنبها إلى عبء لا داعي له على المرضى وأسره، وتؤدي أيضًا إلى حالات استشفاء لا داعي لها ورعاية مكثفة على نحو مفرط في النظم الصحية، المنهكة أصلًا.

في سنة 2014، وجهت جمعية الصحة العالمية في قرارها رقم 67-19 دعوة للدول الأعضاء إلى تطوير الرعاية التلطيفية وتعزيزها وتقديمها لجميع الأعمار باعتبارها عنصرًا أساسيًا من عناصر التغطية الصحية الشاملة. ومع ذلك، لم تلبّ سوى نحو 14% من جميع احتياجات الرعاية التلطيفية في العالم. هذا إلى جانب أن النظم الصحية في جميع أنحاء العالم غير مستعدة لتلبية الحاجة المتزايدة لهذا النوع الرعاية.

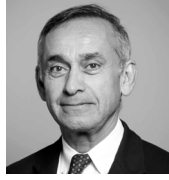
إن الرعاية التلطيفية هي شكل من أشكال الرعاية الشاملة التي تتمحور حول الأشخاص، وتركز على تحسين جودة حياة الأشخاص من جميع الأعمار ممن يعانون من أمراض تهدد الحياة. كما تقدم الرعاية التلطيفية أيضًا الدعم لمقدمي الرعاية أنفسهم من خلال الوقاية من المعاناة الصحية والتخفيف منها عن طريق التحديد المبكر للألم وغيره من المشكلات الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية (الاضطراب الوجودي، والافتقار إلى وجود معنى أو هدف في الحياة)، وتقييمها وعلاجها. ومن أبرز المفاهيم الخاطئة الشائعة عن الرعاية التلطيفية هي أنها مخصصة للأشخاص الذين يحتضرون أو لأولئك المصابين بالسرطان، إلا أن هذا النوع من الرعاية مخصص لأي شخص يعاني معاناة مرتبطة بالصحة، ويمكن تقديمه بالتوازي مع العلاج الشفائي والرعاية المكثفة.

وفي هذا الصدد، ينبغي الاسترشاد بالأدلة التي تدعم مختلف نماذج الرعاية التلطيفية وعناصرها في جميع القرارات والجهود المحلية والوطنية والدولية لإجراء التحسينات المستهدفة. وقد ثبت أن نماذج الرعاية التلطيفية المتخصصة والعامة والمتعلقة بطب الأطفال والصحة العامة والرعاية التلطيفية التي يقودها الممرضون والممرضات والرعاية التأهيلية والرعاية التلطيفية المخصصة لحالات الفجوة/فقد الأمانة تحسّن النتائج المرتبطة بالمرضى ومقدمي الرعاية والأنظمة الصحية للعديد من السكان والسياقات المختلفة.

يصف هذا التقرير التقدّم المحدود الذي أُحرز منذ صدور قرار جمعية الصحة العالمية رقم 67-19، ويحدّد الإجراءات ذات الأولوية لتوسيع نطاق الحصول على الرعاية التلطيفية وجودتها على الصعيد العالمي. وبالإستعانة بالنموذج المفاهيمي الذي وضعته منظمة الصحة العالمية لتطوير الرعاية التلطيفية، تقدّم توصيات في كل من العناصر الستة الأساسية لتطوير الرعاية التلطيفية، وهي: توفير الرعاية التلطيفية من خلال الخدمات الصحية المتكاملة؛ واستخدام الأدوية الأساسية؛ والتعليم والتدريب؛ والبحوث؛ والسياسات الصحية؛ وتمكين الناس والمجتمعات المحلية حتى يتمكنوا من العمل معًا لضمان الحصول على الرعاية التلطيفية الفعالة في الوقت المناسب لجميع الأطفال والبالغين الذين يعانون معاناة مرتبطة بالصحة.

إن الرعاية التلطيفية، باعتبارها جزءًا من التغطية الشاملة للأطفال والبالغين، تعزز الأنظمة الصحية، وتعتبر عنصرًا أساسيًا لتحقيق تغطية صحية شاملة تتميز بالفعالية والكفاءة من حيث التكلفة. إذ لن تكون البلدان والأنظمة الصحية والمجتمعات المحلية مستعدة لتلبية الطلب المتزايد على الرعاية التلطيفية ما لم تُتخذ تدابير عاجلة ومنسقة وقائمة على الأدلة والبراهين، وإلا فسيعاني ملايين الأشخاص حول العالم معاناة يمكن تلافيها، وسيتعرض النظام الصحي الأوسع نطاقًا للخطر.

إننا نثني على هذا التقرير. ومع أن ثقة أدلة على وجود ابتكارات جديدة وملائمة محليًا للنهوض بتقديم رعاية تلطيفية عالية الجودة، إلا أنها لا تكفي بعدُ لتحقيق التغطية الشاملة. تقدم التوصيات الواردة في هذا التقرير مسارا لتوفير رعاية تلطيفية فعالة ومستدامة من الناحية الاقتصادية لكل من يحتاجون إليها، ولتحقيق الهدف المنشود من التغطية الصحية الشاملة التي تكون فيها الرعاية التلطيفية القائمة على النتائج جزءًا أساسيًا من الخدمات الصحية.



A. V.

البروفيسور اللورد آرا دارزي
مدير معهد الابتكار الصحي العالمي
وأستاذ كرسي بول هاملين
للجراحة في إمبريال كوليدج لندن،
الرئيس التنفيذي لمؤتمر ويش



A. Hammerich

الدكتور أسموس هاميريتش
مدير قسم الأمراض غير المعدية
والصحة النفسية، المكتب الإقليمي
لمنظمة الصحة العالمية
لشرق المتوسط



Richard Nohring

ريتشارد هاردينغ
عميد بالإنبابة لكلية التمريض
والقبالة والرعاية التلطيفية،
جامعة كينغز كوليدج، لندن

المُلخَص التَّنفيذِي

إن الرعاية التلطيفية هي رعايةٌ شاملةٌ محورُها الشخص نفسه، وتقدّم للأطفال والبالغين الذين يعانون من مرضٍ عضالٍ يهدّد حياتهم أو يقصّرُها، وكذلك للأشخاص الذين يقدمون العناية لهم، ويمكن أن تقدّمها فرقٌ متعدّدة التخصصات من المختصين أو غير المختصين بحسب تعقيد الحالة والموارد المتاحة.

يواجه العديد من الأشخاص المصابين بأمراضٍ مقصّرة للحياة أعباءً صحيةً متعدّدة الأبعاد، مثل الألم، والإرهاق، وضيق التنفس، والاكتئاب، والاضطراب النفسي والاجتماعي، والهذيان. كما يمكن أن يعاني الأشخاص الذين يعتنون بهم من مشكلاتٍ جسدية ونفسية واجتماعية وروحية مرهقة، مثل فقدان الوزن، والأرق، والقلق، والحزن المعقد، وتدهور العلاقات الاجتماعية، واضطراب «معنى الحياة». وغالبًا ما تتطلب هذه المشكلات استخدامًا مكثفًا للرعاية الصحية، بما في ذلك حالات الاستشفاء غير المخطط لها، والعلاج المكثف على نحوٍ مفرط، مما يثقل كاهل الأشخاص والأنظمة الصحية بتكاليف باهظة. إذ من المتوقع أن يزداد عدد الأشخاص الذين يموتون بسبب المعاناة الصحية الخطيرة بحلول سنة 2060 في جميع الفئات العمرية بنسبة 87%.

من المتوقع أن يزداد عدد الأشخاص الذين يموتون بسبب المعاناة الصحية الخطيرة بحلول سنة 2060 في جميع الفئات العمرية بنسبة 87%.



قبل عشر سنوات، دعت جمعية الصحة العالمية في قرارها رقم 67-19 بشأن الرعاية التلطيفية إلى تعزيز جودة خدمات الرعاية التلطيفية وتوافرها على الصعيد العالمي للأشخاص من جميع الأعمار باعتبارها عنصرًا أساسيًا من عناصر التغطية الصحية الشاملة. ورغم تزايد الحاجة إلى الرعاية التلطيفية، وصدور قرار جمعية الصحة العالمية رقم 67-19، وإدراج الرعاية التلطيفية كخدمة صحية أساسية في إطار التغطية الصحية الشاملة، وإعلان «أستانا» في المؤتمر العالمي للرعاية الصحية الأولية، تشير الأدلة إلى أن التقدم في توسيع نطاق الحصول على خدمات الرعاية التلطيفية وتحسين جودتها على الصعيد العالمي كان بطيئًا للغاية، لا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

ولسدّ الطلب المتزايد وتصحيح العجز عن إحراز تقدّم في تنفيذ توصيات قرار جمعية الصحة العالمية رقم 67-19، لا بد من الاستناد إلى الأدلة في تدخلات الرعاية التلطيفية ونماذجها وأساليب تقديمها. يتضمن هذا التقرير دراسات حالات متعدّدة تلقي الضوء على نماذج مبتكرة وتحويلية للرعاية التلطيفية لتكون بمثابة نماذج لما يمكن أن يحققه التدخل الهادف في تقديم الرعاية التلطيفية، والتعليم والتدريب، وقياس النتائج، والتكيّف الثقافي، وتقييم الاحتياجات، ووضع السياسات.

حيث يبيّن التقرير بشكل تفصيلي أوجه عدم المساواة المستمرة والمتفاقمة في الحصول على خدمات الرعاية التلطيفية وجودتها على مستوى العالم، بما في ذلك استمرار الفوارق الجغرافية والاجتماعية والثقافية، وتلك المتعلقة بالأمية الصحية في الحصول على خدمات الرعاية التلطيفية وجودتها. وتشمل الأسباب الرئيسية لذلك إمكانية الحصول على الأدوية الأساسية، مثل المسكنات الأفيونية، وتردّد الأطباء السريريين وعموم الناس في التعامل مع المشكلات المتعلقة بتطوّر المرض، والافتراضات الخاطئة بأنّ الرعاية التلطيفية مخصصة فقط للأشخاص المصابين بالسرطان أو من هم على وشك الموت.

ويختتم التقرير بتنبية واضحة مؤداه أنه ما لم تتخذ تدابير عاجلة ومنسقة ومدعومة بالأدلة، فلن تتحقق فوائد الرعاية التلطيفية في ظل التغطية الصحية الشاملة لتلبية الطلب المتزايد على الرعاية. ويوصي التقرير بتوجيه العمل نحو المجالات ذات الأولوية لتوسيع نطاق الحصول على الرعاية التلطيفية الفعالة في الوقت المناسب للأطفال والبالغين على مستوى العالم. واستنادًا إلى

العناصر الستة التي وضعتها منظمة الصحة العالمية لتطوير الرعاية التلطيفية، تشمل هذه المجالات ذات الأولوية: وضع سياسات وطنية للرعاية التلطيفية تعتمد على المبادئ التوجيهية القائمة على الأدلة والتمويل المستدام؛ وتمكين وتيسير العمل المجتمعي في تطوير الخدمات والبحوث ودعم الأقران، وتحسين فرص الحصول على خدمات الرعاية التلطيفية على قدم المساواة مع الآخرين من جميع الأعمار دون التضييق بمستوى الجودة، مع إيلاء اهتمام خاص للبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط والفئات السكانية الضعيفة؛ وتوسيع نطاق التعليم والتدريب للمتخصصين وغير المتخصصين على جميع المستويات؛ وضمان الحصول على الأدوية الأساسية؛ وبناء القدرات البحثية.

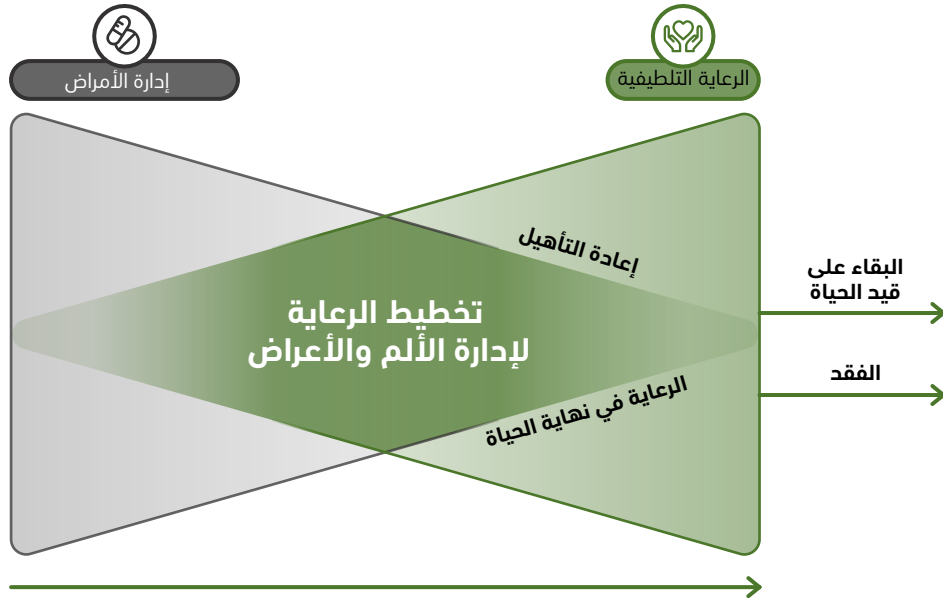
الرعاية التلطيفية: استجابةٌ للمعاناة

ما هي الرعاية التلطيفية؟

الرعاية التلطيفية هي رعايةٌ شاملة¹ محورها الأشخاص² وتُقدّم للأطفال والبالغين الذين يعانون من مرض عضال، ولمن يقدمون العناية لهم، وهي رعاية تمنع المعاناة المرتبطة بالصحة وتخفّف من حدّتها عن طريق التحديد المبكر للألم وغيره من المشكلات البدنية والنفسية والروحية، وتقييمها وعلاجها.³ وتشمل -على سبيل المثال وليس الحصر- تقديم الرعاية في مرحلة الاحتضار.⁴⁻⁵⁻⁶ ومن الملاحظ أن المزيد من التوافق في الآراء حول التعريف قد أدى إلى توسيع نطاق المشكلات التي تنصّد لها الرعاية التلطيفية لتشمل «المعاناة الصحية الخطيرة المرتبطة بأيّ مرض خطير».⁷ تهتمّ الرعاية التلطيفية للأطفال على نحو شامل بجسد الطفل وعقله وروحه منذ تشخيص المرض الذي يحدّ من الحياة، بغض النظر عن مسار العلاج، كما تدعم أفراد أسرهم.⁸

تتضمن الرعاية التلطيفية تحديد الأهداف والتفضيلات التي تتمحور حول الأشخاص، والتقييم والإدارة الشاملين للمعاناة الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية المرافقة لتقدّم المرض إلى مرحلة الرعاية في نهاية الحياة وحتى مرحلة الوفاة.⁹

هناك اعتقاد خاطئ شائع مفاده أنّ الرعاية التلطيفية إنما هي للأشخاص الذين هم على وشك الموت.¹⁰ إلا أن الرعاية التلطيفية هي رعاية تعالج المخاوف الشاملة في أيّ مرحلة من مراحل المرض ويمكن أن تتكامل مع العلاج المكثف أو الشفائي عبر سلسلة الرعاية المستمرة.¹¹ ولا يعني تلقي الرعاية التلطيفية أن الشخص «يتخلّى» عن العلاج.¹² ويبيّن الشكل التالي كيف تتداخل الرعاية التلطيفية والرعاية الموجهة للمرض، وكيف يمكن تقديمهما معاً.^{13,14}



المصدر: الشبكة العالمية للرعاية التلطيفية للأطفال (2024)¹⁵

تُستخدم طائفة متنوعة من المصطلحات لوصف تقديم الرعاية التلطيفية في سياقات مختلفة، من قبل تخصصات الرعاية الصحية المختلفة، وفي مراحل مختلفة من مسار المرض. ويُشار لها ببعض المسميات مثل «دار المسنين» أو «نهاية الحياة» أو الرعاية «النهائية» لتمييزها على أنها الرعاية التي تقدّم عندما يكون الشخص على وشك الموت.¹⁶ ونستخدم مصطلح «الرعاية التلطيفية» في هذا التقرير ليشمل جميع أنواع الرعاية الشاملة التي تركز على الأشخاص الذين يعانون من معاناة صحية بسبب مرض مُميت.

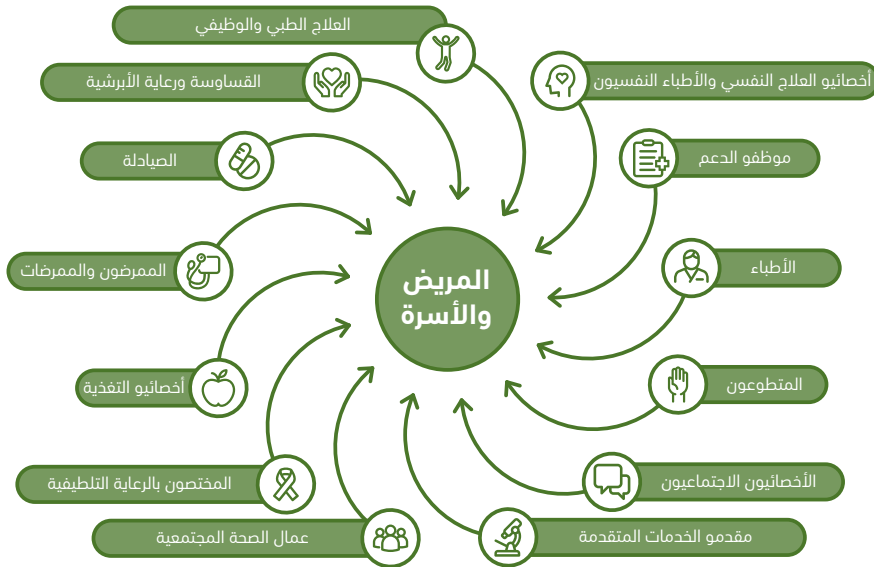
من يقدم الرعاية التلطيفية؟

يمكن أن يقدم الرعاية التلطيفية مختصون أو غير مختصين في أيّ تخصص، وفقاً لمدى تعقيد الحالة والموارد المتاحة. ويمكن للمختصين، مثل الأطباء أو الممرضين والممرضات أو المهنيين الصحيين المساعدين المختصين في الرعاية التلطيفية الذين تلقوا تدريباً متخصصاً في التقييم الشامل، وتدير الأعراض، والتواصل، أن يكونوا خبراء بالرعاية التلطيفية في فريق الرعاية الصحية الخاص بالمريض. وهم يعملون جنباً إلى جنب مع مقدّمي الخدمات الآخرين لإعطاء الأولوية لجودة الحياة وقيم المريض. ويمكن لغير المتخصصين في الرعاية التلطيفية والأطباء العاميين أو الأطباء السريريين الذين يعملون في فرق لا تركز فقط على الرعاية التلطيفية (مثل أولئك الذين يعملون في الرعاية الأولية أو طب الأطفال أو طب الأورام أو طب القلب) تقديم بعض خدمات الرعاية التلطيفية الأساسية إلى جانب الرعاية المعتادة لمرضاهم. ويوفر مقدّمو الرعاية وأفراد المجتمع المحلي كذلك دعماً هائلاً، ويعرّزون الرعاية التلطيفية التي تقدّمها الخدمات الصحية.¹⁷

ولمّا كانت الرعاية التلطيفية تنطوي على علاج «الشخص بالكامل» والأشخاص الذين يعتنون به، ينبغي أن تكون فرق الرعاية التلطيفية متعددة التخصصات.

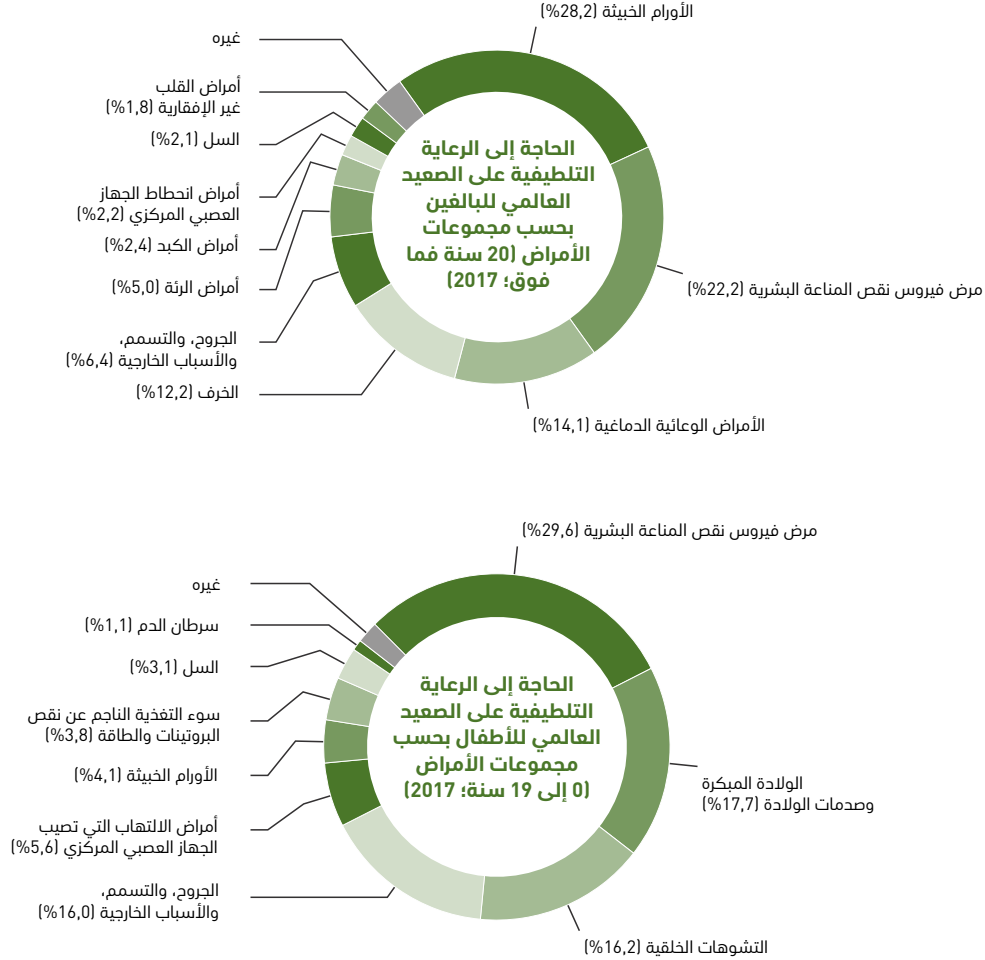


ولمّا كانت الرعاية التلطيفية تنطوي على علاج «الشخص بالكامل» والأشخاص الذين يعتنون به (أي تقييم وإدارة الأعراض والمخاوف الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية)، ينبغي أن تكون فرق الرعاية التلطيفية متعددة التخصصات.¹⁸ وغالباً ما تتكون الفرق من متخصصين في الرعاية الصحية ومتطوعين من العديد من التخصصات، كما هو مبين في الشكل التالي. وبغض النظر عن التخصص، يحتاج جميع أخصائيي الرعاية الصحية الذين يُحتمل أن يتعاملوا مع الأشخاص المصابين بأمراض مهدّدة للحياة إلى بعض التدريب الأساسي في مجال الرعاية التلطيفية ومسارات الإحالة لرفع الحالات المعقدة إلى المختصين بالرعاية التلطيفية.¹⁹⁻²⁰



من هم المستفيدون من الرعاية التلطيفية؟

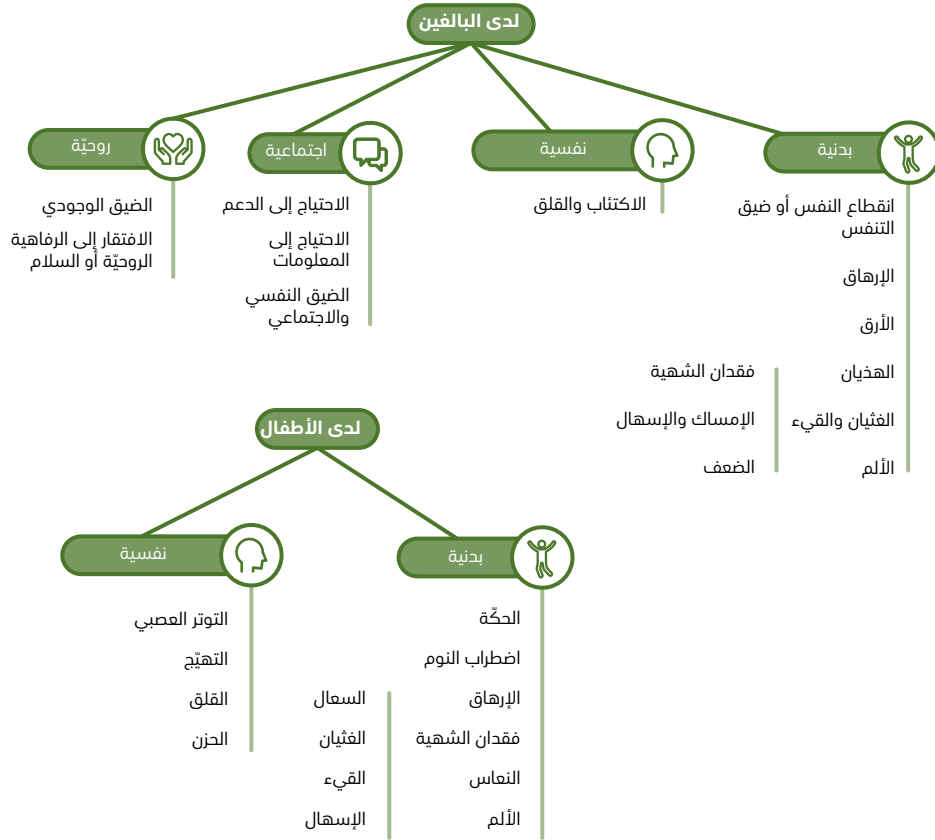
يعاني أكثر من 60 مليون شخص من حول العالم سنويًا من آلام صحية خطيرة من الممكن تجنبها من خلال تدخلات الرعاية التلطيفية.²¹ حيث تشمل الحالات الصحية التي تتطلب الرعاية التلطيفية بشكل شائع لدى البالغين والأطفال ما هو موضح في الأشكال التالية.²²



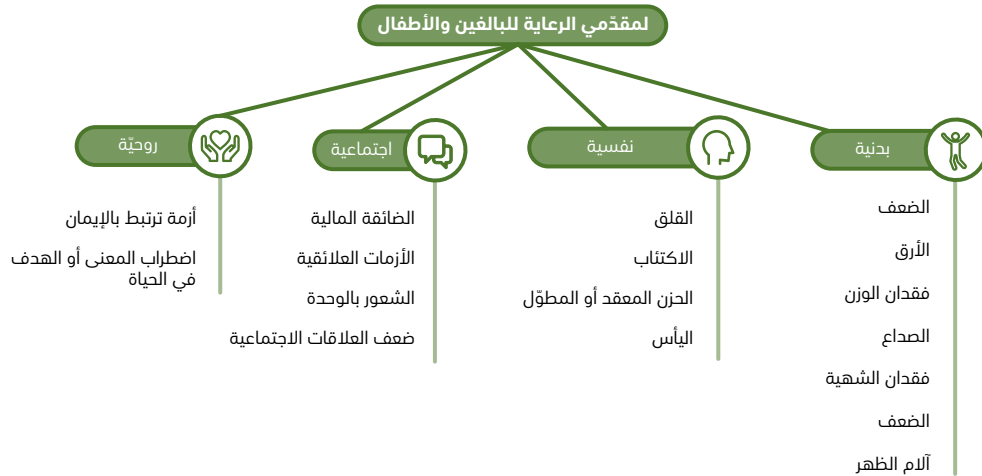
المصدر: الأطلس العالمي للرعاية التلطيفية، الطبعة الثانية (2020)

ملاحظة: تم تصنيف الأمراض التي تقل نسبة حدوثها عن 1% ضمن فئة «أخرى». وتشمل هذه الأمراض: بالنسبة للبالغين: الفشل الكلوي، أمراض القلب الإقفارية المزمنة، اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي، سرطان الدم (اللوكيميا)، تصلب الشرايين، سوء التغذية الناتج عن نقص البروتين والطاقة، الأمراض الالتهابية للجهاز العصبي المركزي، التشوهات الخلقية، الحمى النزفية، والولادات المبكرة أو الصدمات الناتجة عن الولادة. بالنسبة للأطفال: أمراض التنكس العصبي المركزي، أمراض الكبد، أمراض الأوعية الدموية الدماغية، الفشل الكلوي، أمراض القلب غير الإقفارية، اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي، أمراض الرئة، تصلب الشرايين، الحمى النزفية، والخرف.

تُوظف الأعراض والاهتمامات المتعددة الأبعاد التي يختبرها الأشخاص المصابون بهذه الحالات وغيرها غالبًا بأنها «مشاكل مرتبطة بالرعاية التلطيفية» لأنها تؤثر بشكل كبير على جودة الحياة وتُعد هدفًا للتدخلات التلطيفية.²³ وتظهر هذه المشاكل بدرجات متفاوتة عبر المجموعات التشخيصية والأعمار والفئات السكانية.^{25,24}



المصادر: Moens K et al. (2014)²⁶ and Wolfe J et al. (2015)²⁷



المصادر: Moens K et al. (2014)²⁸, Choi S and Seo J (2019)²⁹, Miquel P et al. (2024)³⁰, Abdulla S et al. (2024)³¹, Postavaru GI et al. (2021)³², Nikfarid L et al. (2020)³³

يمكن أن يكون عبء رعاية شخص عزيز يعاني من مرض مُميت أمرًا صعبًا للغاية. فعلى غرار الأشخاص الذين يعتنون بهم، يمكن أن يعاني مقدمو الرعاية من مشكلات جسدية ونفسية واجتماعية وروحية مرهقة (انظر الشكل السابق) مرتبطة بدورهم، لكنهم غالبًا ما يتلقون دعمًا أقل من خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية.³⁴ إلى جانب الإجهاد الحاد الناجم عن المرض، يواجه مقدمو الرعاية مصاعب كالحرز، وعدم اليقين، والضييق وصولاً إلى مرحلة الفقد.³⁵

بالنسبة للعديد من الأشخاص، يمكن الوقاية من هذه المشكلات من خلال تدخلات الرعاية التلطيفية.^{36,37,38} وتختلف احتياجات الرعاية التلطيفية وأولويات الأشخاص وفقًا للعوامل التالية: التشخيص، وتوقعات سير المرض، والخلفية الثقافية، والموقع الجغرافي، والدعم الأسري، وتوافر الموارد. لذا، ينبغي أن يكون تقييم الاحتياجات والاستجابة لها محددًا بالسبب وأن يُسترشد فيه بالسبب الثقافي.³⁹

عنصر أساسي من عناصر الرعاية في إطار التغطية الصحية الشاملة

غالبًا ما يتم تجاهل خدمات الرعاية التلطيفية وتخفيف المعاناة في الاستجابات الصحية العامة والعالمية،^{40,41} وقد سعت جمعية الصحة العالمية، في سنة 2014، إلى اتخاذ خطوات لتصحيح هذا التجاهل التاريخي من خلال دعوة الدول الأعضاء رسميًا إلى تطوير الرعاية التلطيفية وتعزيزها وتقديمها لجميع الأعمار باعتبارها عنصرا أساسيًا من عناصر التغطية الصحية الشاملة (انظر قرار جمعية الصحة العالمية رقم 67-19 بشأن الرعاية التلطيفية في الملحق).⁴²

«التغطية الصحية الشاملة تعني أن يتمكن جميع الأفراد من الحصول على مجموعة متكاملة من الخدمات الصحية التي يحتاجونها وأنت تكون ذات جودة، وفي الوقت والمكان المناسبين، دون أن يواجهوا أي أعباء مالية. وأن تغطي تلك الخدمات كافة جوانب الرعاية الصحية الأساسية، بدءًا من تعزيز الصحة والوقاية، مرورًا بالعلاج وإعادة التأهيل، ووصولًا إلى الرعاية التلطيفية، طوال مراحل الحياة»



في سنة 2017، تم تحديث سلسلة الخدمات الصحية الأساسية التي يجب تقديمها في إطار التغطية الصحية الشاملة لتشمل تعزيز الصحة، والوقاية، والعلاج، وإعادة التأهيل، والرعاية التلطيفية. وفي سنة 2018، صيغ إعلان «أستانا» في المؤتمر العالمي للرعاية الصحية الأولية، والذي رسّخ الرعاية التلطيفية باعتبارها عنصرًا أساسيًا من عناصر الرعاية الصحية الأولية.⁴³ واليوم، تمثل هذه الوثائق أساس التفويض الصحي العالمي الذي ينص على أنّ الرعاية التلطيفية هي خدمة أساسية يجب تقديمها لجميع من يحتاجون إليها. يمكن الاطلاع على جدول زمني لأهم محطات الرعاية التلطيفية في الصفحة التالية.

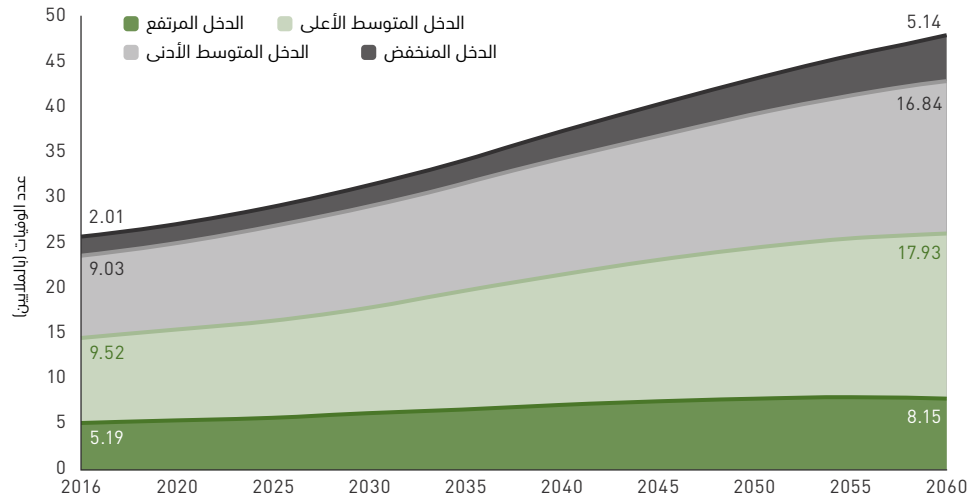
- 1967: السيدة سيسلي سوندرز تفتتح دار سانت كريستوفر لرعاية المسنين في المملكة المتحدة
- 1970
- 1974: الدكتور بلفور ماونت، جرّاح الأورام في جامعة ماكجيل، يصوغ مصطلح "الرعاية التلطيفية" لتمييزها عن رعاية المحتضرين
- 1978: افتتاح مركز EDMRC في الولايات المتحدة باعتباره أول دار رعاية للأطفال خصيصًا الثمانينات
- 1980: تأسيس المعهد الدولي لرعاية المحتضرين، الذي أصبح فيما بعد الرابطة الدولية لرعاية المحتضرين والرعاية التلطيفية
- 1980
- 1987: المملكة المتحدة تصبح أول دولة تعترف رسميًا بالرعاية التلطيفية تخصصًا طبيًا
- 1988: اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل تؤكد حق الأطفال في الحصول على علاج عالي الجودة للمرض
- 1989: منظمة الصحة العالمية تنشر أول إرشادات بشأن تخفيف آلام السرطان والرعاية التلطيفية
- 1990: منظمة الصحة العالمية تعترف بالرعاية التلطيفية تخصصًا متميزًا مكرسًا لتخفيف المعاناة وتحسين نوعية الحياة للمرضى الذين يعانون من أمراض مُميتة
- 1990
- 1998: منظمة الصحة العالمية تُعرّف الرعاية التلطيفية للأطفال وتضع مبادئ توجيهية للسرطان والرعاية التلطيفية للأطفال
- 2000
- 2005: تأسيس الشبكة الدولية للرعاية التلطيفية للأطفال
- 2008: تأسيس التحالف العالمي للرعاية التلطيفية لرعاية المُحتضرين في جميع أنحاء العالم
- 2010
- 2013: منظمة الصحة العالمية تصدر قائمتها الأولى للأدوية الأساسية للألم والرعاية التلطيفية
- 2014: اعتماد قرار جمعية الصحة العالمية رقم 67-19؛ ونشر أول أطلس عالمي للرعاية التلطيفية
- 2015: اتفاقية البلدان الأمريكية لحقوق كبار السن تعلن أن الرعاية التلطيفية حق من حقوق الإنسان
- 2017: إنشاء لجنة لانسييت للرعاية التلطيفية وتخفيف الآلام؛ وتحديث تعريف الرعاية الصحية الشاملة ليشمل الرعاية التلطيفية باعتبارها مكونًا أساسيًا مدى الحياة
- 2018: إعلان أستانا يجعل الرعاية التلطيفية الركيزة الأساسية الخامسة للرعاية الأولية

حاجة متزايدة ودعوة عاجلة للعمل

من المتوقع أن تزداد المعاناة الشديدة المرتبطة بالصحة بسرعة في السنوات المقبلة، مع تقدّم سكان العالم في العمر وتحوّل عبء المرض نحو الأمراض المزمنة.^{44,45} فيطول سنة 2060، من المتوقع أن يزداد عدد الأشخاص الذين يموتون بسبب المعاناة الصحية الشديدة المرتبطة بالصحة في جميع الفئات العمرية بنسبة 87%. كما من المتوقع أن تكون الزيادة الأشد وضوحًا بين أوساط الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 70 عامًا، وأولئك الذين يعانون من الخرف، والسرطان، وأمراض الأوعية الدموية الدماغية، إلا أن الزيادة الأشد حدة فمن المتوقع أن تكون بين الأشخاص في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

ويبيّن الشكلان التاليان الزيادة المتوقعة في عدد الأشخاص الذين يموتون بسبب معاناة صحية شديدة مرتبطة بالصحة بحسب: أولاً، فئة الدخل القطري؛ وثانياً، التشخيص على مدى العقود الأربعة المقبلة. أما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، سيزيد عدد الأشخاص الذين سيموتون وهم يعانون معاناة صحية شديدة مرتبطة بالصحة بنحو 20 مليون شخص في سنة 2060 عمّا كان عليه في سنة 2016، أي بزيادة نسبتها 155%. وبطول سنة 2060، سيكون أكثر من 80% من الذين سيموتون بسبب المعاناة الصحية الشديدة المرتبطة بالصحة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، مع نمو أسرع في منطقتي شرق المتوسط وأفريقيا،⁴⁶ مما يسلط الضوء على ضرورة توسيع نطاق الحصول على الرعاية التلطيفية العالية الجودة لتلبية الاحتياجات العالمية بصورة متساوية.

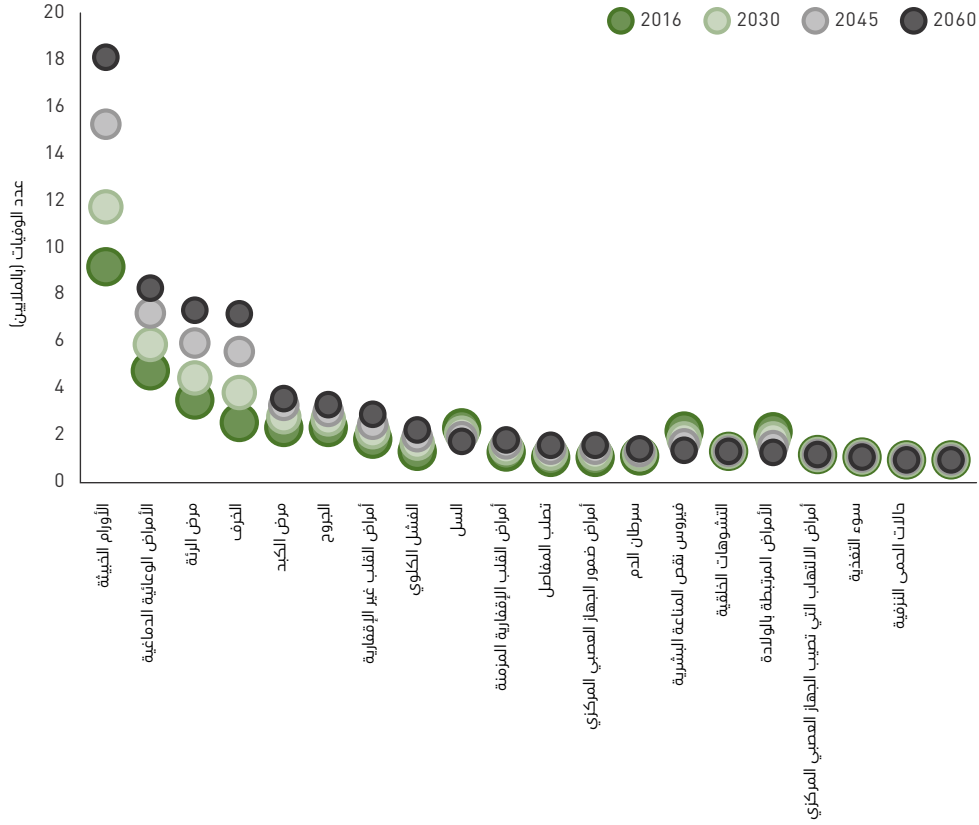
الزيادات المتوقعة في الوفيات الناجمة عن المعاناة الصحية الشديدة المرتبطة بالصحة بحسب فئات الدخل القطري



المصدر: Sleeman et al. (2019)

رغم تزايد الحاجة إلى الرعاية التلطيفية، وصدور قرار جمعية الصحة العالمية رقم 67-19، وإدراج الرعاية التلطيفية باعتبارها خدمة صحية أساسية في إطار التغطية الصحية الشاملة، تشير الأدلة إلى أنّ التقدّم كان بطيئاً للغاية في توسيع نطاق الحصول على خدمات الرعاية التلطيفية وتحسين جودتها على مستوى العالم، لا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.⁴⁷ فعلى الصعيد العالمي، لا يحصل على الرعاية التلطيفية سوى 14% من الأشخاص الذين قد يستفيدون من الرعاية التلطيفية. 49 48، ويزداد هذا التفاوت سوءاً لدى الأطفال، إذ يتلقاها أقل من 3% من المحتاجين للرعاية التلطيفية. وفي بعض الحالات، لا تزال الرؤية العالمية للرعاية التلطيفية ضعيفة. كما من الجدير بالذكر أن الإبلاغ عن الرعاية التلطيفية كان غائباً في تقرير رصد التغطية الصحية الشاملة: الرصد العالمي لسنة 2023.⁵⁰

الزيادات المتوقعة في الوفيات الناجمة عن المعاناة الصحية الشديدة المرتبطة بالصحة



المصدر: Sleeman et al. (2019)

تعج أقسام الطوارئ وأسرة رعاية الحالات الحرجة في المستشفيات عبر أنحاء العالم بالعديد من المرضى الذين أدخلوا إلى المستشفيات في آخر سنة من حياتهم وكان من الممكن تلافي دخولهم إليها. وهذا يحدث على الرغم من وجود أدلة واضحة على رغبة معظم الناس أن يكونوا على فراش الموت في منازلهم، وأن تقديم الرعاية التي تلبي احتياجاتهم خارج أماكن رعاية الحالات الحرجة هو أكثر فعالية من حيث التكلفة.^{55,54,53,52,51}

وعلى الرغم مما بُذل على مدار العقد الماضي من جهود على الصعيد العالمي، لا تزال الفوارق في الحصول على خدمات الرعاية التلطيفية قائمة وستستمر في التفاقم دون بذل جهود مركزة ومنسقة.⁵⁶ إذ ينبغي أن يحصل جميع الأشخاص على الخدمات الصحية، ومنها الرعاية التلطيفية^{57,58}، بغض النظر عن العمر أو الحالة المرضية أو المكان أو القدرة على الدفع. فالرعاية التلطيفية مسؤولية أخلاقية تقع على عاتق الأنظمة الصحية مثلما أن القضاء على المعاناة التي يمكن الوقاية منها الناتجة عن المرض الشديد بإنصاف هو واجب أخلاقي^{59,60}.

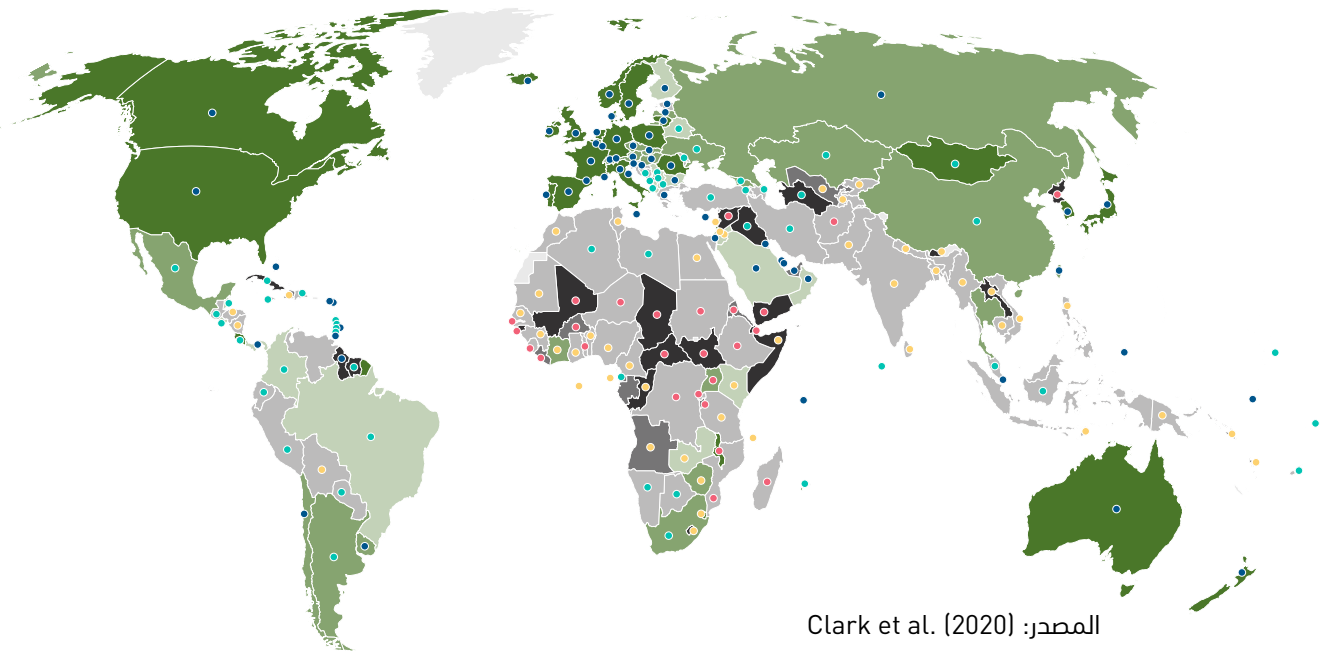
أوجه التفاوت في الرعاية التلطيفية العالمية والعوائق التي تحول دون توسيع فرص الحصول عليها

منذ صدور قرار جمعية الصحة العالمية رقم 67-19 بشأن الرعاية التلطيفية، كان التقدم المحرز في توسيع نطاق الحصول على خدمات الرعاية التلطيفية وجودتها بطيئاً وغير منصف على نحو مثير للقلق. فالعوائق التي تحول دون الاستفادة من الخدمات، ومحدودية الموارد، وضعف الرؤية، والمحددات الجغرافية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية والبيئية العميقة الجذور للصحة، تنشئ أوجه تفاوت وتفاقمها^{61,62}.

التفاوت الجغرافي

أظهر الأطلس العالمي للرعاية التلطيفية، وهو تقرير دوري عن حالة الرعاية التلطيفية في جميع أنحاء العالم ينشره تحالف الرعاية التلطيفية في جميع أنحاء العالم ومنظمة الصحة العالمية، وجود أوجه تفاوت عالمية في الحصول على الرعاية التلطيفية وتكاملها⁶³. وبحلول نهاية سنة 2017، حقق 30 بلداً (15% من 198 بلداً شملها الاستطلاع) إدماجاً متقدماً لخدمات الرعاية التلطيفية. كما لم يكن لدى 47 بلداً (24%) أي نشاط معروف في مجال الرعاية التلطيفية، ولم يكن لدى 65 بلداً (33%) سوى رعاية تلطيفية معزولة، وهو ما يعني أن أكثر من نصف سكان العالم كان لديهم

تطوير الرعاية التلطيفية بحسب البلدان ومستوى الدخل حسب تصنيف البنك الدولي في سنة 2017



المصدر: Clark et al. (2020)

إمكانية وصول محدودة للغاية أو محدودة تمامًا إلى الرعاية التلطيفية (انظر الخريطة أدناه)⁶⁴. وفي سنة 2021، خلص تقرير الرصد العالمي لمنظمة الصحة العالمية بشأن القدرة الوطنية على الوقاية والتصدي للأمراض غير المعدية إلى أن الرعاية التلطيفية كانت متاحة عمومًا (تصل إلى 50% على الأقل من المرضى المحتاجين) في 43% من البلدان، ومعظمها من البلدان ذات الدخل المرتفع.⁶⁵ أما بالنسبة للتفاوت بين الحاجة إلى الخدمات ومدى توافرها فقد كان كبيرًا جدًا في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، إذ يعيش 80% من الأشخاص الذين يحتاجون إلى الرعاية التلطيفية في ظل نقص شديد في الحصول على الخدمات⁶⁶. ويُظهر الاستطلاع الذي أجرته الشبكة الدولية للرعاية التلطيفية للأطفال وجودَ أوجه تفاوت شديدة في حصول الأطفال على خدمات الرعاية التلطيفية، لا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط⁶⁷.

ويبيّن الشكل التالي أن البلدان تنقلت بين فئات تطور الرعاية التلطيفية في قراءات استطلاعات الأطلس العالمي في السنوات 2006 و2011 و2017. وفي الوقت الذي كان هناك تحسن صافٍ على الصعيد العالمي خلال تلك المدة، إلا أن المنحى السعودي كان طفيفاً. بل علاوة على ذلك، لوحظ هبوط 23 بلدًا إلى أسفل فئة بين سنتي 2011 و2017، وهو ما يدل على انتكاسة في تطور الرعاية التلطيفية، كانت أكثر انتشارًا في البلدان الأفريقية.^{69,68}

التغيرات الطولية في فئات تطور الرعاية التلطيفية 2017-2006



المصدر: Clark et al. (2020)

وعلى نحو مماثل، يتّسم نمو فرص التعليم والتدريب للمهنيين العاملين في الرعاية الصحية التلطيفية بالبطء وعدم الاتساق وعدم التنسيق. حيث قد أظهر الاستطلاع السابق التباين في إدراج الكفاءات الأساسية في مجال الرعاية التلطيفية في المناهج الدراسية للمهنيين العاملين في الرعاية الصحية.^{70,71,72} وفي حين أن هناك دورات دراسية استثنائية في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط،⁷³ فإن التدريب المتخصص في الرعاية التلطيفية يُقدم في الغالب في مؤسسات في

البلدان ذات الدخل المرتفع. 74 وقد جرت محاولات لتصحيح أوجه التفاوت في الرعاية التلطيفية للبالغين والأطفال من خلال وضع معايير تعليمية وأدوات تدقيق ودورات دراسية ضخمة ومفتوحة على الإنترنت (دورات مجانية على الإنترنت متاحة للجميع)، إلا أن الإقبال كان بطيئاً.^{76,75}



دراسة الحالة 1. الابتكارات في تعليم الرعاية التلطيفية للمهنيين الصحيين

يعتمد تطوير الرعاية التلطيفية على المستويين القُطري والمحلي اعتمادًا كبيرًا على توافر الموارد البشرية. وفي العقد الماضي، أدى ظهور الدورات التعليمية الضخمة المفتوحة على الإنترنت إلى توسيع نطاق الحصول على تعليم الرعاية التلطيفية للمهنيين الصحيين الذين لم تكن لتتاح لهم الفرصة لولا ذلك.⁷⁷

- قام اتحاد تعليم التمريض في مرحلة الاحتضار في الولايات المتحدة بتعليم أكثر من 1,5 مليون من الممرضين والممرضات ومهنيي الصحة المساندة في 114 بلدًا في مجال تقييم الأعراض وإدارتها والتواصل بشأنها. وهذا يحسّن بقدر كبير معرفة الرعاية التلطيفية والثقة في تقديم الرعاية للمشاركين.^{79,78}
- تقدم الجمعية العُمانية للسرطان برنامج الرعاية التلطيفية المؤلف من أربعة أجزاء في منطقة يعدُّ مؤشرُ جودة الوفيات فيها الأسوأ في العالم. إذ قد قام هذا البرنامج بتعليم المبادئ الأساسية والمتقدمة لتقديم الرعاية التلطيفية والقيادة والأبحاث لأكثر من 400 متخصص في الرعاية الصحية من 12 بلدًا في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.⁸⁰
- يقدم برنامج التعليم الإلكتروني التابع للشبكة الدولية للرعاية التلطيفية للأطفال تدريبًا مجانيًا في مجال الرعاية التلطيفية للأطفال، حيث استفاد منه أكثر من 15,000 مهني صحي من 191 بلدًا.⁸¹

وفي الوقت الذي تعمل فيه هذه المبادرات على تحسين معارف المهنيين الصحيين ومهاراتهم ومواقفهم تجاه الرعاية التلطيفية، إلا أنه لا يزال هناك حاجة إلى إجراء المزيد من الأبحاث لقياس أثر تعليم الرعاية التلطيفية على نتائج المرضى، وتحديد النماذج الأكثر فعالية.^{85,84,83,82}

الفوارق الاجتماعية

تساهم عواملٌ متعددة في ظهور الفوارق في توفير الرعاية التلطيفية والحصول عليها داخل البلدان - حتى في البلدان ذات الدخل المرتفع⁸⁶؛ إذ تؤثر عوامل التركيبة السكانية، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، والطابع الريفي، ومحو الأمية الصحية والتحصيل العلمي، وحالة المرض وشدته، وحالة التأمين، على إمكانية حصول السكان على خدمات الرعاية التلطيفية العالية الجودة.⁸⁷ وتُظهر الأدلة من المملكة المتحدة والولايات المتحدة وكندا أن الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الأكثر حرمانًا أو في المناطق الريفية يعانون من صعوبات أكبر في الحصول على الرعاية التلطيفية، وأن جودة الخدمات التي حصلوا عليها كانت أقل.^{90,89,88} كما أنهم كانوا أكثر عرضة لتلقي رعاية شديدة في مرحلة الاحتضار والوفاة في وحدات الرعاية المركزة في المستشفيات من أولئك الذين يعيشون في المناطق الأقل حرمانًا.⁹¹⁻⁹² وبالمثل، يقل احتمال مشاركة الأشخاص من الأقليات العرقية والإثنية في مناقشات التخطيط المسبق للرعاية (بشأن تفضيلات الرعاية المستقبلية) وتلقي الرعاية التلطيفية ورعاية المحتضرين؛ وهم أيضًا أكثر عرضة لتلقي العلاج الشديد في نهاية الحياة.⁹³ ثم إنَّ الحصول على الرعاية التلطيفية ونتائجها أسوأ فيما يخص الأشخاص الذين يعانون من التشرد⁹⁴ ونزلاء السجون.⁹⁵

دراسة الحالة 2. التقييم الإقليمي لاحتياجات الرعاية التلطيفية في كولومبيا

قام أطباء الرعاية التلطيفية والباحثون فيها ومناصروها في كولومبيا بتكييف مجموعة المؤشرات القابلة للتنفيذ التي وضعتها منظمة الصحة العالمية للبلدان، بهدف تقييم مستوى تطور الرعاية التلطيفية في كل منطقة من مناطقها الـ33. وقد وجدوا مستويات متباينة من تطور الرعاية التلطيفية (من مستوى 'صفر' إلى مستوى 'متطورة جدًا') حسب المناطق، وخلصوا إلى أنّ الخدمات تتركز إلى حد بعيد في المناطق الحضرية ذات الكثافة السكانية العالية.⁹⁶ وبعد تقييم التطور وتحديد الاحتياجات، وُضعت خطة عمل للرعاية التلطيفية على مدى الحياة باستخدام منهجية البحث العملي التشاركي لإشراك طائفة واسعة من الجهات المعنية (ممثلو المرضى، والصحفيون، والمهنيون الصحيون، والهيئات الحكومية، وشركات التأمين، والجامعات، والسلطات التنظيمية للأدوية) من جميع أنحاء البلد في كل مرحلة من مراحلها. ومن خلال هذه العملية، حدّدوا سلسلة من الإجراءات الاستراتيجية المصمّمة خصيصًا لكل منطقة، ولبلد ككل، والتي تركز على دمج وتنويع خدمات الرعاية التلطيفية، وتحسين فرص الحصول على المواد الأفيونية، وتوفير التمويل، وتنفيذ إطار تنظيمي قائم على الأدلة.⁹⁷

المفاهيم الخاطئة حول الرعاية التلطيفية

لا تزال المفاهيم الخاطئة المتعلقة بالرعاية التلطيفية بين الجمهور والمتخصصين في الرعاية الصحية على حد سواء تحدّ من إمكانية حصول المصابين بأمراض مهدّدة للحياة وأسرههم على الرعاية التلطيفية سواء كانوا من الأطفال أو البالغين.⁹⁸ إذ غالبًا ما يُشار إلى ارتباط كلمة «تلطيفية» بالموت والاحتضار وفقدان السيطرة وفقدان الأمل.⁹⁹ ويمكن أن تكون الوصمة المتعلقة بالقضايا المحيطة بالموت أشدّ وضوحًا وأبلغ ضررًا لبعض المجموعات العرقية والثقافات. 100 كما يمكن أن يكون سوء الفهم هذا، بالنسبة للأطفال وآبائهم، أشدّ حدة بسبب انعدام اليقين المتأصل في تشخيصات الأطفال، وتجنّب المناقشات المتعلقة بالاحتضار، وعدم فهم ما تنطوي عليه الرعاية التلطيفية للأطفال.^{101,102} وقد خلصت إحدى الدراسات الاستقصائية لآباء الأطفال الذين تمت معالجتهم في عيادة للأورام في لبنان إلى أن 17% منهم فقط قد سمعوا من قبل عن مفهوم الرعاية التلطيفية وأن 2% منهم كان لديهم معلومات دقيقة عنها، ومع ذلك أيدها 90% منهم عندما وُصفت لهم وصفًا وافيًا. 103 ويمكن أن يكون هذا الخوف من الرعاية التلطيفية أو الجهل بها عائقًا يحول دون قبول خدمات الرعاية التلطيفية والإحالة إليها.¹⁰⁴

لا تزال المفاهيم الخاطئة المتعلقة بالرعاية التلطيفية بين الجمهور والمتخصصين في الرعاية الصحية على حد سواء تحدّ من إمكانية حصول المصابين بأمراض مهدّدة للحياة وأسرههم على الرعاية التلطيفية سواء كانوا من الأطفال أو البالغين.



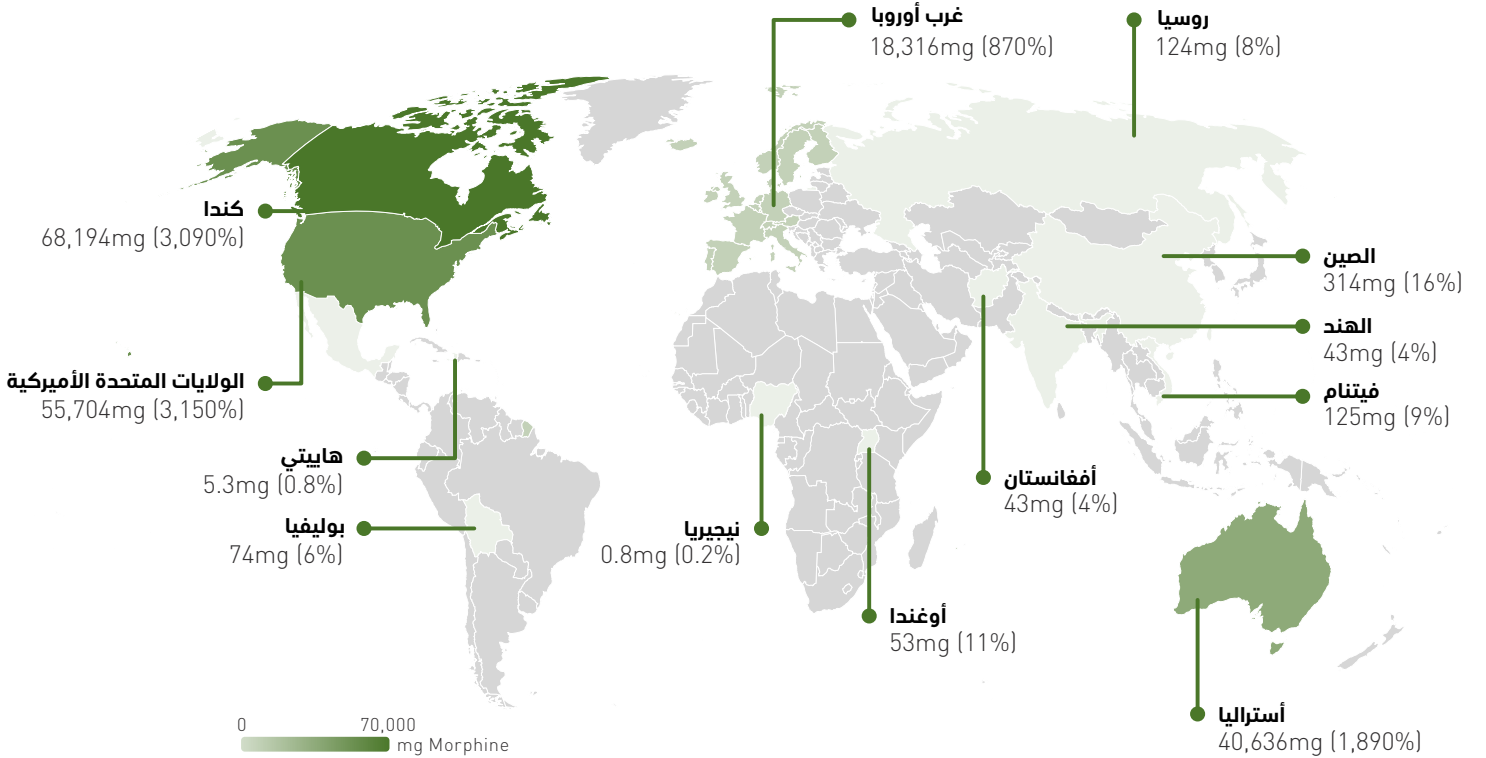
كما أن الإقبال على الرعاية التلطيفية يتأثر سلبيًا بالمفاهيم الخاطئة التي مفادها إن الرعاية التلطيفية مرتبطة ارتباطًا أساسيًا بالسرطان.¹⁰⁵ إذ تشير الأدلة إلى أنّ البالغين والأطفال المصابين بالسرطان هم أكثر عرضة لتلقي الرعاية التلطيفية ويختبرونها في وقت مبكر من مسار المرض (أكثر من 90 يومًا قبل الوفاة) مقارنةً بالمصابين بحالات أخرى غير السرطان.^{106,107} وفي إحدى الدراسات الأسترالية، حصل 69% من المرضى المصابين بالسرطان على الرعاية التلطيفية المتخصّصة في السنة الأخيرة من حياتهم مقارنة بما نسبته 14% فقط من الأشخاص الذين فارقوا الحياة بسبب أمراض غير السرطان.¹⁰⁸ وعلى الرغم من انخفاض الإقبال على الرعاية التلطيفية، فإن الأشخاص الذين يعانون من أمراض غير السرطان لديهم احتياجات مستمرة إلى الرعاية التلطيفية ويمكن أن يستفيد الكثير

منهم من تدخلات الرعاية التلطيفية.^{110,109} لقد سلّطت جائحة كوفيد-19 الضوء على الحاجة إلى الرعاية التلطيفية في الأمراض المعدية والتأهب للجائحة.¹¹¹ كما يُظهر هذا التفاوت الحاجة إلى تطبيع وتعميم استخدام الرعاية التلطيفية عندما يكون ذلك ملائماً للأشخاص الذين يعانون من حالات مرضية غير السرطان.

توافر المسكّنات الأفيونية والأدوية الأساسية

تعدّ المسكّنات الأفيونية من الأدوية الأساسية الفعالة وغير المكلفة في كثير من الأحيان، وهي ضرورية للسيطرة على الألم والأعراض لدى البالغين والأطفال.¹¹² ومع ذلك، فإن عدم التكافؤ في توزيع المواد الأفيونية قد أدى إلى معاناة لا تُحصى، حيث تُترك الكثيرون كي يعانون من الألم بلا مبرر.¹¹³ وقد أشار تقرير للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لسنة 2023 إلى أن 19,8% من سكان العالم يستهلكون 86,1% من المورفين المُنتج عالمياً.¹¹⁴ وكما هو مبين في الخارطة أدناه، لا يزال استهلاك المواد الأفيونية يتركز على نحو غير متكافئ في البلدان ذات الدخل المرتفع في أستراليا وأمريكا الشمالية وأوروبا الغربية. وبخلاف ذلك، فإن هنالك مناطق لا يوجد فيها ما يكفي لتلبية الاحتياجات الطبية لسكانها. حيث قد أدى ذلك (إضافة إلى عوامل سياسية وقانونية وثقافية معقدة) إلى فائض في المعروض من المسكّنات الأفيونية (سواء المُنتجة والموزعة بطريقة قانونية أو غير قانونية) في بعض البلدان ذات الدخل المرتفع، وإلى انتشار إساءة الاستخدام والإدمان والجرعات الزائدة. وفي الوقت نفسه، يواجه معظم سكان العالم في البلدان ذات الدخل المنخفض معاناة لا داعي لها بسبب عدم كفاية المعروض من المسكّنات الأفيونية للاستخدام العلاجي في السيطرة على الألم والأعراض.¹¹⁵

مكافئ المورفين الأفيوني الموزّع عالمياً والنسبة المئوية لما لُبي من الاحتياجات المقدّرة



المصدر: Knaul et al. (2018)¹¹⁶

إن الأسباب التي تقف وراء التوزيع غير المتكافئ للمسكنات الأفيونية على الصعيد العالمي هي معقدة ومتعددة الأوجه. فقبل سنة 2018، خلص تحليلٌ نقدي إلى أن أنشطة الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات ركّزت على المخدرات غير المشروعة وإساءة الاستخدام والإدمان، مع اهتمام أقل باستخدام العلاج.¹¹⁷ وفي حين أن هناك حاجة إلى الحد من التوزيع غير المشروع للمسكنات الأفيونية وإساءة استخدامها، فإن تصحيح الوضع وضمان التوازن بين الحصول الطبي المناسب على الأدوية الخاضعة للمراقبة ومنع إساءة استخدامها أمرٌ ضروري لحماية السكان والحد من المعاناة. ثم إنَّ أوجه عدم المساواة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط يمكن أن تتفاقم بسبب قدرتها الشرائية المحدودة، مما قد يجعل المسكنات الأفيونية باهظة الثمن بلا داعٍ، إلى جانب الخوف من الاتجار غير المشروع الذي يتسبب في الإفراط في التعويض عن الحظر التام للمواد.¹¹⁸ وتشمل العوائق الإضافية افتقار العاملين في مجال الرعاية الصحية إلى التدريب،¹¹⁹ وخوف المرضى وأسره من الإدمان، وخوف العاملين في مجال الرعاية الصحية من الملاحقة القضائية،¹²⁰ والمواقف الثقافية والدينية من تدبير الألم والمسكنات الأفيونية،¹²¹ ومحدودية الموارد المالية، والمشكلات في الحصول على المواد.^{122،123،124}

الرعاية الروحية والدين

إن الدعم الروحي، الذي يركز على التقييم والرعاية الشاملة، هو بلا شك جزءٌ لا يتجزأ من الرعاية التلطيفية، ولكن غالبًا ما يجري إهماله. يسعى هذا النوع من الرعاية إلى تلبية احتياجات البالغين والأطفال من جميع الانتماءات الدينية والثقافية بحسب تفضيلاتهم^{125،126} وغالبًا ما يصاحب الموت والاحتضار طقوسٌ دينية وثقافية تجلب المعنى والراحة للمرضى والعائلات، إذ غالبًا ما يؤثر الدين في أهداف الناس وتفضيلاتهم وقيمهم في الرعاية.^{127،128} وقد أدت الهجرة بشكليها الطوعي والقسري إلى جعل السكان أكثر تنوعًا، وهي تتطلب نهجًا متعدد الثقافات تجاه المكوّن الروحي للرعاية التلطيفية. قد يفتقر مقدمو الرعاية الصحية إلى التدريب والمهارات والثقة لتوفير الرعاية الروحية المناسبة ثقافيًا لمرضاهم.¹²⁹ وفي بعض الحالات، يؤدي ذلك إلى اجتناب التخطيط المسبق للرعاية لأشخاص من مجموعات دينية بعينها.^{130،131} ويرتبط الافتقار إلى الدعم الروحي عمومًا بتدهور جودة الحياة والرضا عن الرعاية، والعلاج الأكثر شدة، وزيادة التكاليف، وتعقيدات الحزن، لا سيما بين مجموعات الأقليات العرقية.^{132،133}



دراسة الحالة 3. الأخلاقيات والدين في الرعاية التلطيفية

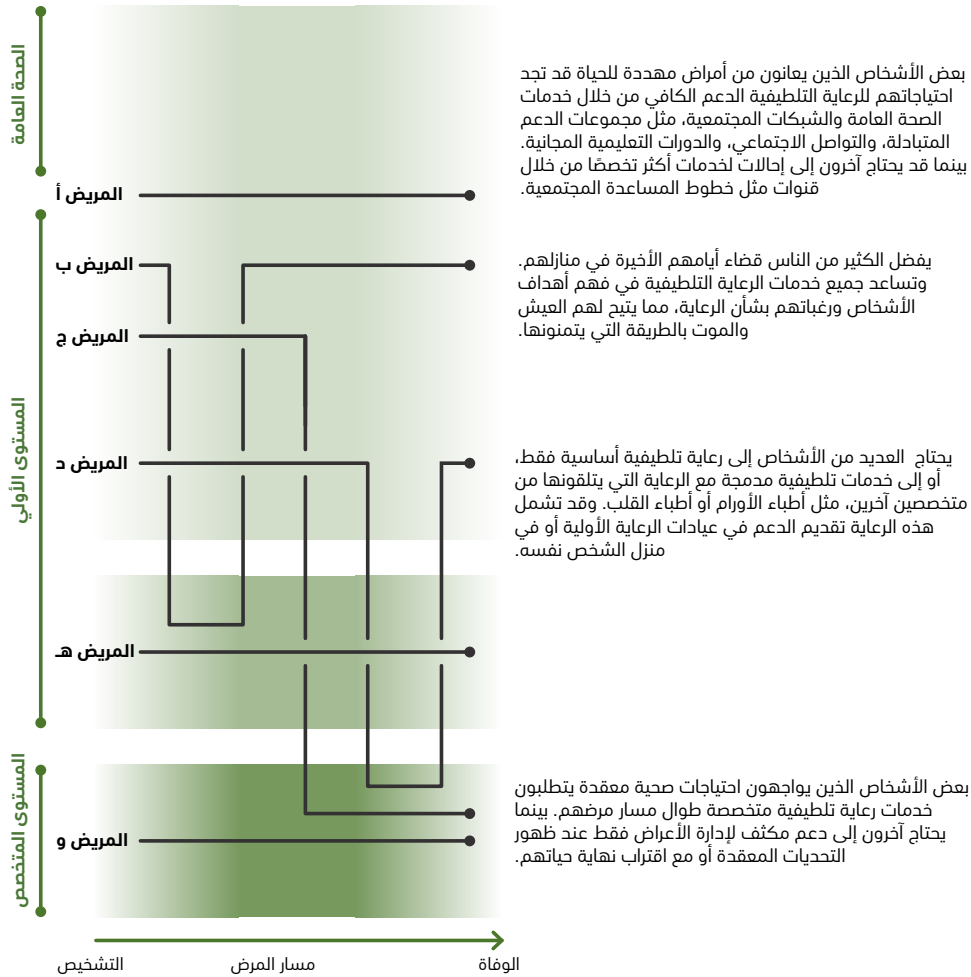
في سنة 2018، أجرى مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش» استطلاعًا من خلال مؤسسة «يوغوف» لقياس آراء الجمهور في دمج المعتقدات الدينية في الرعاية التلطيفية. واتفق معظم المشاركين في الاستطلاع من إندونيسيا وماليزيا وعمان وقطر على أن مراعاة المعتقدات الدينية تعزز جودة الرعاية. وقد أبرز التقرير اللاحق بعنوان «**الرعاية التلطيفية والأخلاقيات الإسلامية**» الثغرات الحرجة في الأطر الأخلاقية الإسلامية في سياسات الرعاية التلطيفية في البلدان ذات الأغلبية المسلمة. كما تم تناول الشواغل الأخلاقية الرئيسية، مثل القرارات المتعلقة بالعلاجات التي تحافظ على الحياة والقتل الرحيم، مع توصيات مصممة خصيصًا لكي توافق المبادئ الإسلامية.¹³⁴ واستنادًا إلى هذه النتائج، قاد مؤتمر «ويش» إعلان الدوحة للرعاية التلطيفية لسنة 2021، وهو جهد تعاوني شاركت فيه وزارة الصحة العامة في قطر، ومؤسسة حمد الطبية، ومنظمات صحية عالمية أخرى، منها التحالف العالمي للرعاية التلطيفية لرعاية المحتضرين في جميع أنحاء العالم، والمنظمة الدولية لمرض ألزهايمر. فمن خلال التشديد على استشارات الرعاية التلطيفية المسترشدة بأحكام الدين والمبادئ التوجيهية الأخلاقية، يعد الإعلان حافزًا لإصلاح السياسات والتعاون الدولي في إيجاد حلول الرعاية التلطيفية التي تراعي الحساسية الثقافية في مرحلة الاحتضار.¹³⁵

إدراج أفضل الممارسات القائمة على الأدلة

إن استخدام الأدلة لتدخلات الرعاية التلطيفية ونماذجها وأساليب تقديمها هو أمر ضروري من أجل سدّ الطلب المتزايد وتصحيح عدم إقرار تقدم بشأن توصيات قرار جمعية الصحة العالمية رقم 67-19، حيث إن أدلة النماذج والجودة والتكاليف القابلة للنقل والتطبيق هي الأساس لتوسيع نطاق الحصول المتكافئ على الخدمات الفعالة.

الأدلة على نماذج الرعاية

تشير الأدلة القاطعة إلى أن دمج الرعاية التلطيفية في البيئة التي يختارها المريض يُسهم بشكل كبير في تحسين النتائج الصحية.¹³⁶ ومع ذلك، فإن هذه الأدلة نشأت في الغالب ضمن بيئات غنية ذات دخل مرتفع.¹³⁷ يمكن استعراض مختلف الأماكن التي يتلقى فيها المرضى الرعاية كما هو موضح في الشكل أدناه.¹³⁸ وقد يتأثر الوصول إلى هذه الخدمات بعدة عوامل مثل الموقع الجغرافي، نوع التشخيص، شدة المرض والأعراض، ومستوى توفر الخدمات، ومدى الدعم الأسري، إضافةً إلى الوضع الاجتماعي والاقتصادي.



في معظم الحالات، يتم تقديم الرعاية التلطيفية عبر نطاق واسع يتفاوت حسب تعقيد حالة المريض والموارد المتاحة. وغالبًا ما لا تعمل النماذج المختلفة بمعزل عن بعضها البعض (انظر الصفحة 21) ، بل كخدمات مترابطة ومتكاملة مع مسارات إحالة ينتقل المرضى وفقًا لتغير احتياجاتهم.¹³⁹ حيث يقدم كل نموذج يقدم فوائد محددة لبعض الفئات من الأشخاص الذين يحتاجون إلى الرعاية التلطيفية، ولكنه يأتي أيضًا مع تحدياته الخاصة. فعلى سبيل المثال، تقدم الرعاية التلطيفية المتخصصة النموذج الأكثر شمولية وكثافة ، إلا أنها تتطلب موارد بشرية وموارد مادية كبيرة، وغالبًا ما تكون غير متاحة في البيئات ذات الموارد المحدودة.¹⁴⁰ لذلك، يجب تخصيصها للحالات الأكثر تعقيدًا، مثل الأعراض الشديدة أو صعوبة الإدارة، أو الاحتياجات الاجتماعية المعقدة، أو الديناميكيات الأسرية المتشابكة.¹⁴¹ من ناحية أخرى، تُعد الرعاية التلطيفية المدمجة في الرعاية الأولية والمجتمعية الخيار الأمثل لتحقيق أهداف التغطية الصحية الشاملة بطريقة مستدامة وعادلة، لكنها قد تواجه تفاوتًا في الجودة وسهولة الوصول نتيجة لتباين الموارد، ومستوى تدريب مقدمي الرعاية الصحية العامين، وهياكل الرعاية الأولية، وآليات التمويل.^{142,143} رغم توفرها بشكل أوسع في معظم المناطق، إلا أنها قد لا تقدم الدعم الكافي للأشخاص الذين لديهم احتياجات معقدة.

تُعد الرعاية التلطيفية المدمجة في الرعاية الأولية والمجتمعية الخيار الأمثل لتحقيق أهداف التغطية الصحية الشاملة بطريقة مستدامة وعادلة، لكنها قد تواجه تفاوتًا في الجودة وسهولة الوصول



نشرت لجنة لانسيبت للرعاية التلطيفية وتخفيف الآلام في سنة 2018 حزمة الرعاية التلطيفية الأساسية المنخفضة التكلفة التي يمكن أن تخفّف من معظم المعاناة الصحية الخطيرة المرتبطة بالصحة في جميع أنحاء العالم.¹⁴⁴ وتتضمن هذه الحزمة التي تبلغ تكلفتها 2,16 دولار أمريكي فقط للفرد الواحد سنويًا في البلدان ذات الدخل المنخفض، قائمة بالأدوية الأساسية (منها المورفين) والمعدات الطبية الأساسية والخدمات الأساسية التي يمكن أن يقدمها الأطباء الاختصاصيون أو الأطباء العامون أو العاملون في مجال الصحة المجتمعية الذين تلقوا التدريب المناسب، علمًا أنّ حزمة مماثلة للرعاية التلطيفية للأطفال قد تم تحديدها بناءً على تقرير لجنة لانسيبت¹⁴⁵.

الأدلة التي تدعم نماذج الرعاية التطبيقية

نموذج الرعاية	الوصف	الدليل على الفعالية	مواطن القوة	أوجه القصور	التغرات في الأدلة
دمج الرعاية التطبيقية في الرعاية الأولية	خدمات رعاية تطبيقية متكاملة ومستمرة وشاملة في بيئة الرعاية الأولية المقدمة للأشخاص طوال حياتهم. ¹⁴⁹	أظهرت التجارب المشهورة المنضبطة التي أجريت على أشخاص يعانون من العبد من التشخيصات أن الرعاية التطبيقية الأولية تحسن جودة الحياة وخص الأعراض واحتمالية الوفاة في المنزل. ^{149, 148, 147}	<ul style="list-style-type: none"> توسيع نطاق الوصول من خلال الرعاية الأولية هو الوسيلة الأكثر اقتصاداً وإتقاناً لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.^{151, 150} مفاحة على نطاق أوسع ويمكن الوصول إليها بسهولة أكبر من الخدمات المتخصصة.¹⁵² 	<ul style="list-style-type: none"> تقتصر إلى حد كبير على خدمات الرعاية التطبيقية الأولية أو الأساسية. 	تأتي معظم الأدلة من البلدان ذات الدخل المرتفع وتركز على الاختصاصيين العموميين المتعددي التخصصات في عيادات الرعاية الأولية وفي المنازل. ¹⁵³ وقد تبدو النماذج في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط مختلفة، ولم يتم تقييم العديد منها. ¹⁵⁴
الرعاية التطبيقية المدمجة في تخصص آخر	تمنح بين الرعاية الموجهة للمرض أو الحالة المرضية التي يقدمها مختصون مثلًا في طب الأورام أو طب القلب أو طب الشيخوخة أو طب الأطفال مع تقديم الرعاية التطبيقية طوال مدة المرض.	يمكن للرعاية المتكاملة أن تحسن النتائج في طائفة متنوعة من التشخيصات في مختلف الفئات العمرية، وتدعم معظم المبادئ التوجيهية الوطنية والدولية الآن إلى الدمج المبكر للرعاية التطبيقية للأشخاص المصابين بالسرطان. ¹⁵⁵ وفشل القلب، ^{157, 156} وفيروس نقص المناعة البشرية، ^{159, 158} ومرض الانسداد الرئوي المزمن، ¹⁶⁰ والحرف، ^{162, 161} والأطفال المصابين بأمراض خطيرة. ^{165, 164, 163}	<ul style="list-style-type: none"> تحافظ على استمرارية الرعاية تعزز التقييم والتعبير الشاملين للاحتياجات الخاصة بتشخيص المريض 	<ul style="list-style-type: none"> تقتصر إلى حد كبير على خدمات الرعاية التطبيقية الأولية أو الأساسية. 	تأتي معظم الأدلة من طب الأورام وأمراض الكلى. ¹⁶⁶
الرعاية التطبيقية المتخصصة	نموذج الرعاية التطبيقية الأكثر كثافة وشمولية للأشخاص والأسر ذوي الاحتياجات المعقدة. ¹⁶⁷	ثبت أن الرعاية التطبيقية المتخصصة داخل المستشفى والعيادات الخارجية تحسن من جودة الحياة المرتبطة بالصحة، وععب الأعراض الجسدية وأعراض الاكتئاب، والرضا عن الرعاية وفرض الوفاة في المنزل. ^{171, 170, 169, 168} وفي المجتمع المحلي، تحسن الرعاية التطبيقية المتخصصة من عبء الأعراض وجودة الحياة وتقلل من استخدام الرعاية الصحية. ^{174, 173, 172} وقد ثبت أن الرعاية التطبيقية المتخصصة للمضطربين تقلل من زيارات قسم الطوارئ وحالات دخول المستشفى ومدة الإقامة وتكاليف الرعاية الصحية، وتقلل من التدخلات الجراحية، وتحسن من إدارة الألم والأعراض، والرضا عن الرعاية، واحتمالية الوفاة في المنزل. ¹⁷⁵	<ul style="list-style-type: none"> توفر فرق الرعاية التطبيقية المتخصصة الخدمات السريرية وقيادة النظام الصحي، وتدعم الاختصاصيين العموميين في الإحالات والبحوث وبناء القدرات، لا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.^{178, 177, 176} إن التدريب والإرشاد من الاختصاصيين ذوي الخبرة يحسن معارف الأطباء العاميين ومهاراتهم وثقتهم في تقديم الخدمات الأساسية في مجال الرعاية التطبيقية.^{180, 179} 	<ul style="list-style-type: none"> نقص القوى العاملة من المتخصصين الرعاية التطبيقية المتخصصة مكلفة أكثر من النماذج الأخرى مثل الرعاية التطبيقية الأساسية 	تأتي معظم الأدلة من البلدان ذات الدخل المرتفع، وحتى من بين تلك البلدان، يركز القليل منها على احتياجات الأطفال أو الأقليات العرقية. ¹⁸¹ ولم يوثق تأثير الرعاية التطبيقية في الأشخاص الذين يعانون من حالات غير سرطانية توثيقًا جيدًا، لكنها تعمل نحو تحسين جودة الحياة والرضا عن الرعاية وإعادة الاستشفاء. ^{182, 183}

نموذج الرعاية	الوصف	الدليل على الفعالية	مواطن القوة	أوجه القصور	التحديات في الأدلة
الرعاية التطبيقية في الصحة العامة	تهج للرعاية التطبيقية يكون التركيز الرئيسي فيه على تعزيز الصحة ودعم المجتمع والعمل المجتمعي. ¹⁸⁶	خلصت عمليات الفحص الأخيرة إلى أن الأدبيات المتعلقة بتدخلات الرعاية التطبيقية الموجهة نحو الصحة العامة آخذة في النمو وتوفر حلاً مستداماً لتوسيع نطاق الرعاية التطبيقية ومرضى الوصول إليها، ولا سيما بالنسبة للأشخاص الذين تم تهميشهم تاريخياً. ^{186, 185}	<ul style="list-style-type: none"> تسخر الرعاية التطبيقية في الصحة العامة قوة المجتمع المحلي لتحسين تجربة التعايش مع الأمراض التي تقصر الحياة والموت والقيقة،^{187, 188, 190, 189} اندمج هذا النموذج عضوياً بدافع الضرورة والشبكات المجتمعية القوية في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.¹⁹¹ 	<ul style="list-style-type: none"> موصوفة حديثاً في الأدبيات العلمية 	رغم أن هذا الموضوع بدأ ويتركز إلى حد كبير في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، إلا أن معظم الأدلة المنشورة حولته تأتي من البيئات ذات الدخل المرتفع. ¹⁹²
الرعاية التطبيقية للأطفال	مجموعة فرعية متخصصة من الرعاية التطبيقية تهدف إلى تقديم رعاية شاملة للأطفال والشباب جسدياً وعقلياً وروحياً بناءً على تشخيص حالة مرضية تقصر الحياة، بغض النظر عن حالة العلاج ودعم أفراد أسرهم. ¹⁹³	بالنسبة للمصابين بالسرطان، ترتبط الرعاية التطبيقية للأطفال بزيادة التخطيط المسبق للرعاية، والتدخلات الأقل اقتناعاً في نهاية الحياة، وانخفاض احتمالية الوفاة في المستشفى. ^{194, 195} وبالنسبة للمصابين بأي تشخيص، ترتبط الرعاية التطبيقية للأطفال بتحسين جودة الحياة، وتحسين نتائج مقدمي الرعاية، ¹⁹⁶ وتقليل عبء الأعراض، وزيادة احتمال الوفاة في المنزل. ¹⁹⁷ وتزايدت الأبحاث في السنين الأخيرة، لا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ¹⁹⁸	<ul style="list-style-type: none"> يتزايد بسرعة عدد الأطفال والشباب الناجون الذين يعيشون لفترة أطول مع إصابتهم بمرض يحد من الحياة ويتناحون إلى الرعاية التطبيقية للأطفال.¹⁹⁹ تؤمّر الرعاية التطبيقية للأطفال الذين يعانون من أمراض تحد من الحياة والناجين من الأمراض التي تحد من الحياة تحبير الأعراض والدعم الشامل الذي يختلف عن الرعاية المقدمة للبالغين.²⁰⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> هناك تحديات تتعلق بوقت وكيفية الانتقال إلى رعاية البالغين.²⁰¹ 	كما هو الحال بالنسبة للرعاية التطبيقية للبالغين، تتركز أبحاث وخدمات الرعاية التطبيقية للأطفال في البلدان ذات الدخل المرتفع. ²⁰²
الرعاية التطبيقية التي يقومها الممرضون والممرضات	نموذج الرعاية التطبيقية الذي يقود فيه الممرضون الممارسون العاملون أو المتقدمون) الخدمات أو ينسقونها.	ثبت أن نماذج الرعاية التطبيقية التي يقودها الممرضون والممرضات تحسن من جودة الحياة وتجربة الأعراض والرفاهية النفسية والاجتماعية واستخدام التوجهات المسبقة للأشخاص المصابين بالسرطان، ²⁰³ وفيرس نقص المناعة البشرية، ²⁰⁴ ومرض الانسداد الرئوي المزمن، ²⁰⁵ وفشل القلب، ²⁰⁶ ونقل خدمات الرعاية التطبيقية التي يقودها ممرضون متخصصون من تكاليف. ²⁰⁷ وفي البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، ثبت أن نماذج الرعاية التطبيقية التي يقودها الممرضون، ومنهم ممرضو الرباط، ²⁰⁸ تحسّن من جودة الحياة وأنشطة الحياة اليومية. ²⁰⁹	<ul style="list-style-type: none"> مع وجود ما يقرب من 30 مليون ممارس نشط و59% من القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية العالمية، يشارك الممرضون والممرضات في 90% من تفاعلات المرضى مع نظم الرعاية الصحية.²¹⁰ في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط على وجه الخصوص، غالباً ما يعمل الممرضون والممرضات كخطوط أمامية حاسمة، وغالباً ما يكونون مقدمي الرعاية التطبيقية الوحيدين.²¹¹ 	<ul style="list-style-type: none"> في العديد من البلدان، تحد القيود التنظيمية والنزاعات المتعلقة بنطاق الممارسة من استقلالية الممرضين والممرضات، لا سيما في وصف الوصفات الطبية.^{212, 213, 214, 215} 	إن جودة الرعاية التي يقودها الممرضون والممرضات مقارنةً بالنماذج الأخرى (أي الرعاية التي يقودها الأطباء) أقل وصفاً في الأدبيات العلمية. ²¹⁶

نموذج الرعاية	الوصف	الدليل على الفعالية	مواطن القوة	أوجه القصور	التحديات في الأدلة
إعادة التأهيل التطبيقية	تُمكن إعادة التأهيل التطبيقية الأشخاص المعاقين بأمراض تحد من الحياة من الحفاظ على الأداء الوظيفي الأمثل والاستقلالية والشعور بالسيطرة، مع التركيز على الأهداف التي تركز على الشخص لتحسين جودة الحياة. ²¹⁷	ثبت أن إعادة التأهيل في الرعاية التطبيقية تحسن الأعراض، وأنشطة الحياة اليومية، وجودة الحياة للمصابين بالسرطان. ²¹⁸ ومرض التصادم الرئوي المزمن، ²¹⁹ ومثل القلب. ²²⁰ والأمراض العصبية والعظمية. ²²¹	<ul style="list-style-type: none"> في سنة 2023، أصدرت منظمة الصحة العالمية موجز سياسات يدعو بقوة إلى جمع إعادة التأهيل في خدمات الرعاية التطبيقية لتعزيز المرونة والاستقلالية وتحسين الأداء الوظيفي.²²² 	<ul style="list-style-type: none"> القوى العاملة في مجال إعادة التأهيل التطبيقية محدودة للغاية، لا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.²²³ 	<ul style="list-style-type: none"> هناك حاجة إلى إجراء المزيد من الأبحاث لتحديد النماذج والتوقيت والجرعة التي تحسن النتائج.²²⁴
الدعم عند الفقد	يشمل الرعاية عند الفقد التثقيف قبل الوفاة وتدبير الأعراض، والدعم النفسي والاجتماعي والروحي المتكامل طوال تجربة الاحتضار، وبناء القدرة على التكيف والوضع بعد الوفاة. ²²⁵	إن التدخلات النفسية لعلاج الحزن، ²²⁶ ومجموعات الدعم، ²²⁷ وبرامج الدعم المجتمعية، ²²⁸ والعلاج النفسي على شبكة الإنترنت، والدعم المتكامل مع خدمات الرعاية التطبيقية، ²²⁹ تنجح بالشعور بالفقد لدى البعض، وغالبًا ما يؤدي التعرض لفترة أطول إلى تحسن أفضل وأكثر استدامة.	<ul style="list-style-type: none"> يشمل مجموعة من خدمات الدعم، من التثقيف الأساسي والدعم النفسي الاجتماعي إلى العلاج السلوكي المعرفي المكثف، حسب احتياجات الشخص.²³⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> يتطلب توقيت احتياجات الناس ومداها وطبيعتها اختلافًا كبيرًا، لذا من الصعب تطوير نهج متعدد الأغراض.²³¹ 	<ul style="list-style-type: none"> غالبًا ما تشير عمليات فحص الدعم المقدم عند الفقد إلى أحجام العينات الصغيرة وضعف الدقة المهنية كقيود على إصدار بيانات نهائية عن فعالية التدخلات.
الرعاية التطبيقية في الطوارئ والكوارث الطبيعية، والأزمات الإنسانية	تتناول الرعاية التطبيقية في حالات الطوارئ الشواغل الشاملة من خلال تدبير الأعراض الخاصة بالسياق والتخفيف المستهدف المعاناة حيثما أمكن ذلك. ²³²⁻²³³	يساعد إشراك الرعاية التطبيقية في الاستجابات لحالات الطوارئ على تحديد أولويات الموارد الشحيحة على نحو مناسب، وإجراء اتصالات حساسة، وإشراك المتطوعين في تقديم الرعاية النفسية والاجتماعية والرعاية في حالات الفجوة، ورفع معنويات الموظفين. ²³⁴	<ul style="list-style-type: none"> من المتوقع أن يؤدي تغير المناخ وعدم الاستقرار السياسي إلى زيادة الطلب على الرعاية التطبيقية بسبب زيادة الأمراض النفسية والأمراض المنقولة عن طريق المياه، وزيادة تواتر الأحوال الجوية القاسية والهجرة الجماعية القسرية، لذلك من الضروري تحديث المبادئ التوجيهية للطوارئ لتشمل الرعاية التطبيقية الأساسية.²³⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> في حالات الأزمات، غالبًا ما يجري التفاوض عن الرعاية التطبيقية لفائدة التدابير المنقذة للحياة.²³⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> أجري تقييم لعدد قليل من نماذج الرعاية التطبيقية بكيفية منهجية في حالات الطوارئ.²³⁷



دراسة الحالة 4. توسيع نطاق الحصول على الرعاية التلطيفية الأولية العالية الجودة من خلال مشروع الإرشاد من أجل نتائج الرعاية الصحية المجتمعية

لا يزال تدريب مقدمي الرعاية الأولية وإرشادهم لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية الأساسية يمثل تحديًا أمام توسيع نطاق الحصول على الرعاية التلطيفية.²³⁸ وقد تم تطوير مشروع الإرشاد من أجل نتائج الرعاية الصحية المجتمعية في الأصل بواسطة فريق من جامعة نيو مكسيكو لتحسين الحصول على الرعاية وجودة الرعاية للأشخاص المصابين بالتهاب الكبد الوبائي (ج). إذ يدعم هذا المشروع الأطباء والممرضين والعاملين الصحيين المجتمعيين والأخصائيين الاجتماعيين وأخصائيي العلاج الطبيعي والمتطوعين من خلال التدريس المنتظم (بوتيرة أسبوعية إلى شهرية) عبر الإنترنت وعبر مناقشات الحالات مع المتخصصين في مركز رئيسي.²³⁹ وقد ثبت أنه مقبول ومستدام وفعال في تحسين معارف مقدمي الرعاية الأولية ومهاراتهم وثقتهم في تقديم الرعاية التلطيفية لمرضاهم،²⁴⁰ لا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.^{241, 242, 243, 244, 245} ومنذ عام 2003، عقد المشروع دوراتٍ تدريبية وتثقيفية تعاونية بشأن طائفة متنوعة من مواضيع الرعاية الصحية والاجتماعية لنحو 6 ملايين مشارك في 209 بلدًا حول العالم.²⁴⁶



دراسة الحالة 5. الابتكارات في مجال الرعاية التلطيفية خلال جائحة كوفيد-19

هددت جائحة كوفيد-19 بإرباك خدمات الرعاية التلطيفية في جميع أنحاء العالم وأجبرت الأنظمة الصحية على التكيف مع التحولات السريعة في عبء المرض، والأدلة المستجدة، ونقص القوى العاملة والمعدات.²⁴⁷ كذلك عززت الجائحة التعاون بين المختصين في الرعاية التلطيفية وغير المختصين فيها²⁴⁸، وفرضت التغيير الذي كان يواجهه بالمقاومة في السابق، بما في ذلك:

- التوعية الصحية عن بُعد والعمل الافتراضي:²⁴⁹⁻²⁵⁰
- تبسيط مسارات الإحالة، مع وجود منسق مركزي لفرز وتوزيع المرضى الجدد وذوي الاحتياجات المتغيرة:²⁵¹
- إعادة توزيع العاملين المتقاعدين أو غير النشطين في مجال الرعاية الصحية:²⁵²
- التركيز على رفاهية الموظفين والوقاية من الإرهاق النفسي.²⁵³

على الجانب الآخر، خلصت دراسة استقصائية أجريت في عام 2024 على المختصين في الرعاية التلطيفية أن 97% منهم يواصلون استخدام التكنولوجيا - على سبيل المثال، عقد المؤتمرات الصحية عن بُعد، والاجتماعات العائلية على تطبيق «زوم»، وجلسات التثقيف الافتراضية - أكثر مما كانوا يفعلون قبل الجائحة.²⁵⁴ وقد سلّطت الاستجابة للجائحة الضوء على مواطن الضعف في نظام الرعاية الصحية العالمي،²⁵⁵ لكنها سلّطت الضوء أيضًا على براعة منظومات الرعاية الصحية في الارتجال وتقييم وصقل الحلول للمشكلات التي تبدو مستحيلة. ومن القضايا الأخرى التي أبرزتها هي ضرورة إدراج الرعاية التلطيفية في خطط التأهب لوقوع الجائحة في المستقبل.²⁵⁶

جودة الرعاية ونتائجها

يعدّ قياس النتائج التي تركز على المريض والمهمة من الناحية السريرية جزءًا لا يتجزأ من مسار تطوير وتقييم خدمات الرعاية التلطيفية. وبناءً عليه، لابد من تحديد أدوات تقييم أداء الرعاية التلطيفية في المجالات المناسبة بكل دقة والتحقق من صحتها لضمان قياس المؤشرات المنشودة، وتشمل تلك المجالات (الأعراض الجسدية والنفسية، والاحتياجات العاطفية والروحية، ودعم مقدمي الرعاية).²⁵⁷ ونظرًا لوجود أكثر من 500 مقياس مختلف ومتاح لتقييم نتائج الرعاية التلطيفية من منظور المرضى من مختلف الأعمار ومراحل النمو وأفراد الأسرة وأفراد الطاقم ونظام الرعاية الصحية²⁵⁸، فقد يكون من الصعب تحديد أفضل أداة لغرض معين. وتتضمن المقاييس التي تم تطويرها والتحقق من صحتها خصيصًا للأشخاص الذين يعانون من حالات مرضية مُميّنة والتي يشجع استخدامها في الأبحاث والممارسة السريرية ما يلي:

- مجموعة مقاييس سلّم قياس نتائج الرعاية التلطيفية (POS) (بما في ذلك مقياس نتائج الرعاية التلطيفية المتكاملة (IPOS)،²⁵⁹ ومقياس نتائج الرعاية التلطيفية للجمعية الأمريكية للرعاية التلطيفية،²⁶⁰ ومقياس نتائج الرعاية التلطيفية المتكاملة-الكلّي،²⁶¹ ومقياس نتائج الرعاية التلطيفية المتكاملة-الخرف)²⁶²
- نظام إدمونتون لتقييم الأعراض،²⁶³
- مقياس تقييم الأعراض التذكاري،²⁶⁴
- جدول تقييم فريق الدعم،²⁶⁵
- الاستبيان الأساسي بشأن جودة الحياة.²⁶⁶

تُستخدم هذه الأدوات حاليًا في الممارسة السريرية والبحوث الاعتيادية لإجراء التقييم، وإثراء تخطيط الرعاية، ورصد الاستجابة، وإجراء التدقيق، وإثراء السياسات وإدارة الخدمات.^{268,267}



دراسة الحالة 6. مقياس نتائج الرعاية التلطيفية للأطفال (C-POS)

يمكن أن يمثل قياس النتائج للأطفال والشباب الذين يعانون من أمراض مُميّنة تحديات إضافية. فغالبًا ما يكون لدى الأطفال أولويات رعاية مختلفة عن البالغين، ومراحل نمو مختلفة، وقدرة مختلفة على الإبلاغ الذاتي. كما أنهم يفرضون مزيدًا من الاعتبارات التي يجب على الآباء والأمهات والأشقاء مراعاتها.²⁶⁹ وقد استخلص الباحثون في أوغندا وكينيا وجنوب إفريقيا نتائج ذات مغزى للأطفال والشباب المصابين بأمراض مُميّنة، ولأسرهم، وحددوها لتطوير مقياس أولي لتقييم نتائج الأطفال.²⁷⁰ وقد أدى هذا العمل إلى اعتماد وتحسين مقياس للنتائج محوره حول الشخص نفسه يستوعب الأعراض الأساسية لهذه الفئة من السكان،²⁷¹ كما دفع أيضًا إلى إجراء أبحاث حول نتائج الأطفال في بلدان مثل بلجيكا، والأردن، وتركيا، والمملكة المتحدة. وتتضمن عناصر الأداة أسئلة تتعلق بما يلي:

- الأعراض والمخاوف (يمكن أن يجب عنها الطفل أو من ينوب عنه):
 - الألم
 - أعراض أخرى
 - الحصول على المعلومات المناسبة

- القدرة على القيام بالأنشطة المعتادة
- القلق
- القدرة على التعبير عن المشاعر
- القدرة على القيام بالأشياء التي تستمتع بها
- عيش الحياة على أكمل وجه
- عناصر تخص الوالدين أو مقدمي الرعاية:
- الحصول على قسط كافٍ من النوم
- الوصول إلى المعلومات عن حالة الطفل
- الدعم اللازم لرعاية الطفل
- تأثير حالة الطفل في الأسرة
- الدعم المقدم لتخطيط الرعاية المستقبلية.

شارك أكثر من 230 من الأطفال والشباب والآباء والأمهات في كل مرحلة من مراحل تطوير مقياس النتائج واعتماده ونشره، بدءًا من تحديد أولويات البحث إلى كتابة الأسئلة وتنقيحها.^{275,274,273,272} ويبرز تطوير مقياس نتائج الرعاية التلطيفية للأطفال كيف قامت الأبحاث في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى بقيادة التطورات حول العالم.

اقتصاديات الرعاية التلطيفية

يمكن أن يؤدي التعامل مع الأمراض التي تهدد الحياة إلى آثار مالية كارثية على المرضى والأسر والأنظمة الصحية.^{277,276} وهنا يبرز دور التقييم الاقتصادي لخدمات الرعاية التلطيفية الذي يمكن أن يساعد صانعي القرار على تمويل التدخلات التي تحقق أكبر فائدة من الموارد المتاحة.

سياق القرارات بالنسبة لواجبي السياسات وممولي الأنظمة الصحية

يستحوذ 1% من الأشخاص الذين يموتون سنويًا على نحو 10% من إجمالي نفقات الرعاية الصحية في البلدان ذات الدخل المرتفع، حيث يتركز الإنفاق في العلاج المكثف في الأيام الأخيرة من الحياة.^{278, 279-}^{280, 281} وغالبًا ما يعاني الأشخاص المصابون بأمراض مُميتة من مشكلات قابلة للتخفيف والتغيير، منها الألم الشديد أو الاكتئاب. وهم معرّضون لخطر دخول المستشفيات على نحو يمكن تلافيه، كما أنهم يتلقون رعاية لا توافق تفضيلاتهم (منها الوفاة في غير المكان الذي يفضلونه).^{284,283,282} وكثيرًا ما تكون تكلفة الرعاية الأسرية غير المدفوعة الأجر مماثلة للرعاية الرسمية في البلدان ذات الدخل المرتفع.^{287,286,285} كذلك يتحمل الناس في العديد من البلدان نفقات شخصية إضافية للإقامة في المستشفيات والحصول على الأدوية، مما يزيد من خطر الإنفاق الصحي الكارثي.²⁸⁸ ومع ذلك، هناك أدلة دامغة على أن هذا الإنفاق لا يجلب عائدًا يتناسب مع قيمته.²⁸⁹

أما بالنسبة للبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، فلا يزال معدل انتشار الرعاية الصحية ذات القيمة الرديئة مرتفعًا، لكن العوامل المسببة لهذه النتائج مختلفة تمامًا. ففي حين يعاني الناس في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط غالبًا ما يفتقرون إلى إمكانية الحصول على الرعاية التي ثبتت فعاليتها من حيث التكلفة، ومنها المواد الأفيونية.²⁹⁰ ففي ظل غياب التغطية الصحية الشاملة، يدفع الناس نسبة كبيرة من تكاليف الرعاية بأنفسهم،²⁹¹ لكن العديد من المرضى يفتقرون إلى المعرفة والمعلومات الكافية لاتخاذ خيارات جيدة بصفتهم «مستهلكين» للرعاية الصحية التلطيفية.^{293,292} إن الاعتماد على الإنفاق الشخصي من الجيب يعني أن الأشخاص الذين يعانون من مرض عضال وعائلاتهم غالبًا ما يُضطرون إلى الاختيار بين تمويل العلاج (غير المفيد في كثير من

عمليات التقييم الاقتصادي المُستخدم لتعزيز تطوير وتحسين خدمات الرعاية التلطيفية

خلصت مراجعة منهجية أجريت في سنة 2019 لعمليات التقييم الاقتصادي في مجال الرعاية التلطيفية إلى أن الرعاية التلطيفية فعالة من حيث التكلفة مقارنة بالممارسة المعتادة.²⁹⁶ وكشفت مراجعة أخرى لخدمات الرعاية التلطيفية في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط 10 دراسات، أفادت جميعها بتحقيق انخفاض في التكاليف، مع أن الدراسات لم تمثل جميعها تقييماً اقتصادياً كاملاً.²⁹⁷ ومع وفرة الأدبيات حول التقييمات الاقتصادية في مجتمعات مماثلة،^{299,298} إلا إن الأبحاث الاقتصادية في مجال الرعاية التلطيفية لا تزال نادرة ومحدودة للغاية.

وإلى جانب وجود الأدلة على أن الرعاية التلطيفية تحسّن من النتائج،- فإن ذلك يعني أن الرعاية التلطيفية تمثل رعاية فضلى وتقلل من التكاليف في الظروف المناسبة.



وعلى الرغم من عدم وجود تقييمات لفعالية الرعاية التلطيفية من حيث التكلفة، فإن ثمة أدلة كبيرة تشير إلى الأثر الاقتصادي الإيجابي للرعاية التلطيفية في الرعاية الحادة³⁰⁰ والدرجة^{301,302} للمصابين بالسرطان^{303,304} والمصابين بأمراض مهدّدة للحياة في جميع البيئات.^{305,306} حيث تشير الأدلة إلى أن الرعاية التلطيفية تقلّل من التكاليف بنسبة تتراوح 5% و20%، مع أن الجودة المنهجية للدراسات متفاوتة للغاية. ويبدو أن الوفورات المبلّغ عنها تتحقق من خلال انخفاض كثافة الرعاية (عدد أقل من الفحوصات وعدد أقل من حالات دخول المستشفيات ووحدات العناية المركزة) والرعاية المتكاملة الفضلى (الخروج المبكر من المستشفى، والتواصل مع فرق الرعاية المنزلية). وإلى جانب وجود الأدلة على أن الرعاية التلطيفية تحسّن من النتائج،^{307,308,309,310} فإن ذلك يعني أن الرعاية التلطيفية تمثل رعاية فضلى وتقلّل من التكاليف في الظروف المناسبة. ومع ذلك، يظل من غير الواضح مدى انعكاس الوفورات الملاحظة على تحول للتكاليف من أنظمة الرعاية الصحية إلى كاهل الأسر.^{311,312}

الخاتمة والتوصيات لتنفيذ الرعاية التلطيفية الأساسية

الخاتمة

ما لم تُتخذ تدابير عاجلة ومنسّقة ومستندة إلى الأدلة، فلن تتحقق الفوائد المرجّوة على صعيد الفرد والنظام الصحي والفوائد الاقتصادية للصحة للرعاية التلطيفية في ظل التغطية الصحية الشاملة؛ إذ بعد مرور عقدٍ كامل على صدور قرار جمعية الصحة العالمية رقم 67-19 بشأن الرعاية التلطيفية لسنة 2014، لا يزال توفير الرعاية التلطيفية غير منتظم وغير متكافئ في جميع أنحاء العالم، ولا يستطيع معظم الناس الحصول على خدمات الرعاية التلطيفية الأساسية. فالرعاية التلطيفية للأطفال والبالغين مثلاً تعدّ خدمةً صحيةً أساسية في إطار التغطية الصحية الشاملة، وبالتالي يجب تصحيح نقص التغطية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة الوطنية وأهداف منظمة الصحة العالمية ذات الأولوية³¹³.

إن خطر الإبقاء على الوضع الراهن وعدم توسيع نطاق الحصول على الرعاية التلطيفية بقدر كبير وهادف على نحو منصف سيمثل فشلاً في الاستجابة للمستوى الهائل - والمتزايد - من المعاناة التي يمكن الوقاية منها على مدى العقود القليلة المقبلة.³¹⁴ إن الأدلة المتوفرة حتى الآن تعتبر مشجّعة على صعيد إظهار تحسّن السياسات وتوفير الخدمات في بعض المجالات لفئات سكانية محدّدة، لكننا لا نملك أدلة كافية على النتائج التي تركز على المرضى لضمان الحفاظ على الجودة وتوسيع نطاق التغطية.

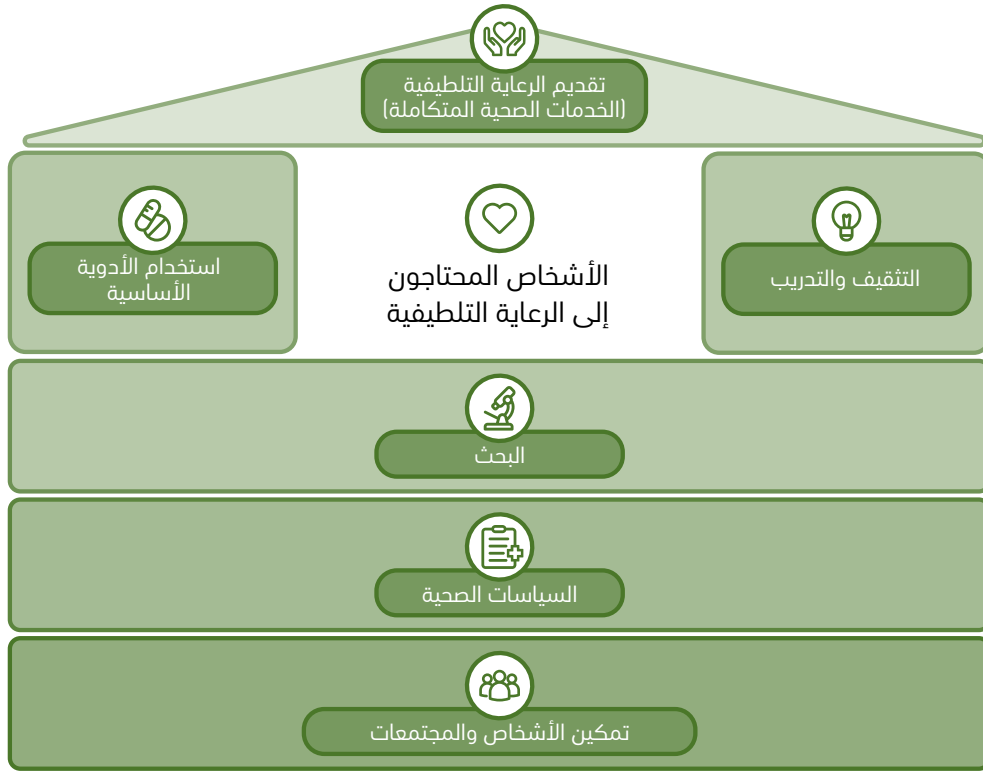
وبناءً عليه، يجب زيادة الجهود الدولية لتوسيع نطاق توفير الرعاية التلطيفية لدى جميع الأعمار وتعزيزها للتغلب على التحديات التي تم تحديدها. كما يجب استدامة تحسين توفير الرعاية التلطيفية حتى يكون لها أثر إيجابي في التعامل مع المعاناة المستقبلية المتعلقة بالصحة. لا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، وللأفراد السكانية الضعيفة؛ فدمج الرعاية التلطيفية في الرعاية الأولية يمنحنا سبيلاً واعدًا لتوسيع نطاق الحصول على الرعاية، مع الحفاظ على جودتها. ومع ذلك، ولكي تكون الجهود المبذولة فعّالة، لا بد لها أن تكون متناسبة مع السياقات المحلية والمعايير الثقافية.³¹⁵

التوصيات

يمكن للجهود التعاونية والتدخلات المحددة الأهداف في مجموعة من مجالات العمل ذات الأولوية المحددة أن تعزز تقديم الرعاية التلطيفية والحصول عليها على المستوى العالمي باعتبارها خدمة أساسية وفعّالة وناجعة من حيث التكلفة لكل من هو في حاجة لها.

تنطوي الرعاية التلطيفية الأساسية على الحد الأدنى من الخدمات الأساسية التي ينبغي أن تكون متاحة للأشخاص على مستوى العالم، بصرف النظر عن مدى محدودية الموارد في بيئاتهم.³¹⁶ واستنادًا إلى الحاجة العالمية المتزايدة وعدم المساواة في الحصول على الخدمات وعمق الأدلة التي تدعم تكامل الرعاية التلطيفية، فإن بناء القدرات المستهدفة وتحويل السياسات هما أمران بالغ الأهمية لمواكبة الزيادة المتسارعة في الطلب على الرعاية التلطيفية.³¹⁷

في سنة 2021، نشرت منظمة الصحة العالمية نموذجًا مفاهيميًا (انظر الشكل أدناه) لتطوير الرعاية التلطيفية جرى فيه تحديد عناصرها الأساسية ومؤشرات التقدم لضمان حصول جميع الأطفال والبالغين على الرعاية التلطيفية الفعّالة في الوقت المناسب.³¹⁸ وكانت تلك العناصر كالآتي: السياسات الصحية؛ وتمكين الناس والمجتمعات المحلية؛ وتوفير الرعاية التلطيفية من خلال الخدمات الصحية المتكاملة؛ والتعليم والتدريب؛ واستخدام الأدوية الأساسية؛ والبحوث.



المصدر: منظمة الصحة العالمية 2021 319

لقد قمنا باستخلاص التوصيات لكل من هذه العناصر الأساسية التي تستدعي تحركًا فوريًا ومنسقًا لإحراز تقدم ملموس نحو قرار الجمعية العالمية للصحة 67,19، بهدف توفير رعاية تلطيفية أكثر عدلاً وإنصافًا.

نُعرض توصياتنا أدناه مع ملاحظات إرشادية، بالإضافة إلى تلخيص لها في الصفحة رقم 34.

السياسات الصحية

تشير السياسات الصحية إلى الالتزام السياسي والقيادة في مجال الرعاية التلطيفية، والتي يتم تنفيذها من خلال السياسات والمعايير والمبادئ التوجيهية الوطنية والإقليمية والمحلية.³²⁰ إن ترجمة الاحتياجات المحددة إلى سياسات تبيّن جزم التغطية الصحية الشاملة القابلة للتنفيذ والمحمية من حيث التكلفة على المستويات الوطنية والإقليمية والمحلية، مع التركيز على الإنصاف ومشاركة الجهات المعنية، هو أمر بالغ الأهمية لتحويل البحوث وتطوير الخدمات إلى تغيير عملي قابل للتنفيذ.³²¹ وهذا يعني أنه ينبغي دمج خدمات الرعاية التلطيفية في أنظمة الرعاية الصحية العامة، مع توفير آليات تمويل للحدّ من النفقات الكارثية والتكاليف الشخصية التي يتحمّلها المريض من ماله الخاص.

ونقترح ما يلي لتعزيز السياسات الصحية المتعلقة بالرعاية التلطيفية:

التوصية الأولى: ينبغي أن يكون لكل بلد سياسة وطنية للرعاية التلطيفية قائمة على

الأدلة تتضمن تمويلًا حكوميًا مستدامًا للخدمات، وسواءً أكانت هذه السياسة جديدة أم مدمجة في السياسات الحالية، فينبغي أن تتضمن إرشادات حول التعليم والتمويل وتقديم الخدمات ودمجها في الرعاية الأولية، بالإضافة إلى التمويل الحكومي لدعم تقديم رعاية تلطيفية عالية الجودة للأشخاص من جميع الأعمار.

أ. أعدت منظمة الصحة العالمية أداة لتقديم وتنفيذ جزم خدمات التغطية الصحية الشاملة لمساعدة الفرق المحلية والإقليمية والوطنية على بناء جزم التغطية الصحية الشاملة وتنفيذها وتحديد تكلفتها.³²² ويمكن أن تكون هذه الحزم القائمة على الأدلة والقابلة للبناء والمؤلفة من مجموعات من عناصر مستمدة من خلاصة التدخلات الصحية للتغطية

الصحة الشاملة، جزءًا مركبةً وشاملة تتضمن كل ما يحتاجه البلد لتنفيذ حزمة وطنية للتغطية الصحية الشاملة، أو جزءًا بسيطة ومحددة المجال لتقديم خدمة فردية.

ب. في حال نقص التمويل الحكومي، يتعين على الحكومات الاستفادة من المصادر البديلة أو توفيرها لسدّ الفجوات (المنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني).

تمكين الناس والمجتمعات

ينبغي تمكين الناس والمجتمعات لكي يكونوا فاعلين في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بهم، وكذلك في أبحاث الرعاية التلطيفية وتطوير خدماتها وتنفيذها. لقد أدى تكييف التدخلات من خلال إشراك المجتمعات المحلية في عملية التطوير، ودمج المعايير والتفضيلات الثقافية إلى تعزيز فرص الحصول على خدمات الرعاية التلطيفية واستخدامها، والحد من الوصم.^{325,324,323} ومع أن تحقيق مستوى عالٍ من المشاركة المجتمعية أمر معقد وصعب،³²⁶ لا بدّ من الاستفادة من نقاط القوة والشبكات المجتمعية لدعم تقديم الرعاية التلطيفية من خلال تشجيع مؤسسات الرعاية الصحية والمنظمات المجتمعية والمجموعات الدينية، والجهات المعنية الأخرى، وتيسير السبل لتحقيق ذلك.

ينبغي تمكين الناس والمجتمعات لكي يكونوا فاعلين في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بهم، وكذلك في أبحاث الرعاية التلطيفية وتطوير خدماتها وتنفيذها.



ونقترح ما يلي لتشجيع تمكين الناس والمجتمعات:

التوصية الثانية: يتعين على الحكومات والعاملين في مجال الرعاية الصحية تحسين فهم الجمهور العام للرعاية التلطيفية و«تقديم التثقيف والوعي اللازم بحقيقة الموت» (معرفة وفهم خيارات الرعاية في مرحلة الاحتضار والموت)، وذلك من خلال عدة أساليب منها حملات التوعية العامة، وشبكات الأقران، والإدماج في البحوث وتطوير الخدمات، والمشاركة المجتمعية.³²⁷

التوصية الثالثة: ينبغي على الباحثين والعاملين في مجال الرعاية الصحية تعزيز قدرة المجتمع على العمل الجماعي من خلال التأكيد على أن مشاركة أصحاب المصلحة، الأمر الذي يمثل ركيزة أساسية لضمان تلبية خدمات الرعاية التلطيفية الملائمة لاحتياجات الفئات المستهدفة

أ. استخدام إطار عمل منظمة الصحة العالمية لمشاركة الأشخاص المصابين بأمراض غير معدية مشاركة هادفة، والذي يحدّد ويطبّق مبادئ وعوامل التمكين للمشاركة المجتمعية الهادفة.³²⁸

ب. تطوير أساليب محلية لتحقيق المشاركة المجتمعية الهادفة، مع التركيز على أن تكون هذه الأساليب مناسبة ثقافيًا.

تقديم الرعاية التلطيفية من خلال الخدمات الصحية المتكاملة

يجب أن تلبّي القدرات الوطنية في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية الاحتياجات المتزايدة للبالغين والأطفال الذين يعانون من أمراض مُهددة للحياة،^{330,329} وذلك بإنصاف ودون المساس بالجودة. فتعزيز الرعاية التلطيفية وتوسيع نطاق الحصول عليها من خلال الرعاية الأولية والمجتمعية يوفران أفضل فرصة لتحقيق أهداف التغطية الصحية الشاملة بكيفية مستدامة ومنصفة.^{332,331}

ونقترح ما يلي لتعزيز الرعاية التلطيفية من خلال الخدمات الصحية المتكاملة:

التوصية الرابعة: ينبغي على الحكومات تحسين فرص الحصول على خدمات الرعاية التلطيفية بإنصاف للأشخاص من جميع الأعمار، مع إيلاء اهتمام خاص للناس في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط والفئات السكانية الضعيفة لتصحيح أوجه عدم المساواة ومنعها. وتتمثل الطريقة الأكثر فعالية واستدامة للقيام بذلك في تعزيز خدمات الرعاية الأولية والمجتمعية ودمجها.^{334,333}

أ. يجب على الحكومات ضمان دمج خدمات الرعاية التلطيفية في حزم التغطية الصحية الشاملة القابلة للتنفيذ التي تستفيد من مواطني القوة في الأنظمة الصحية والحكومات والمجتمعات المحلية، ومنظمات المجتمع المدني، والمنظمات غير الحكومية، والوكالات الدولية،³³⁵ والحرص على أن تكون خدمات الرعاية التلطيفية محدّدة السياق ومناسبة للأعمار والثقافات.³³⁶

التوصية الخامسة: ينبغي على الحكومات والمنظمات الدولية إنشاء آليات للرصد والتقييم المستمرين لتوافر خدمات الرعاية التلطيفية وجودتها على المستويات الإقليمية أو الوطنية أو المحلية، أو كلها مجتمعة، لتحديد الثغرات في تقديم الخدمات والعوائق التي تحول دون الحصول عليها والمجالات التي تحتاج إلى تحسين.

أ. تتضمن الخطوات المطلوبة لتحقيق ذلك: تسخير التكنولوجيا لجمع البيانات في الوقت الحقيقي وتوفير منصة للتعاون الافتراضي بين البلدان والمناطق ومقدمي الخدمات.

ب. تطوير نظام إبلاغ عالمي يُطلب فيه من الدول الأعضاء تقديم بيانات حول المبادرات والبرامج والنتائج المرتبطة بالرعاية التلطيفية .

ج. إجراء بحوث أولية بشأن تطوير وتقديم نماذج الرعاية الملائمة محليًا في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط وقياس نتائجها لتصحيح الخلل في الأدلة التي تميل حاليًا لفائدة البلدان ذات الدخل المرتفع.

التوصية السادسة: ينبغي على منظمة الصحة العالمية الإبلاغ عن التقدم المحرز في كل عنصر من عناصر تطوير الرعاية التلطيفية للبالغين والأطفال كل سنتين وذلك لتتبع التغييرات الزمنية منذ صدور قرار جمعية الصحة العالمية رقم 67-19.

أ. توثيق دراسات الحالات للمبادرات الناجحة بهدف تقديم رؤى حول الاستراتيجيات الفعالة والتحديات التي تواجهها.

ب. وضع نظام لنشر النتائج على المستوى الدولي لتيسير العمل (عبر المنشورات، والمؤتمرات الدولية، وحلقات العمل).

التعليم والتدريب

يعتمد تقديم الرعاية التلطيفية للبالغين والأطفال على وجود مختصين وغير مختصين ومتطوعين ومقدمي رعاية مدربين تدريبًا كافيًا ويتمتعون بالمعرفة والثقة لتقديم الرعاية بفعالية.³³⁷ ولذلك، يجب أن يتوفر التعليم الأساسي والمتقدم والتدريب والإرشاد للمختصين في الرعاية الصحية والمتطوعين ومقدمي الرعاية على جميع المستويات (التعليم الجامعي، والدراسات العليا، والتعليم المهني المستمر).

ونقترح ما يلي لتعزيز التعليم والتدريب في مجال الرعاية التلطيفية:

التوصية السابعة: ينبغي على الجامعات والأنظمة الصحية توفير التعليم القائم على الأدلة والتدريب على الرعاية التلطيفية الأساسية لغير المتخصصين. ويجب توفير ذلك للمختصين في الرعاية الصحية والمتطوعين ومقدمي الرعاية، وأن يكون متعدد التخصصات حيثما أمكن ذلك لتعزيز الرعاية الشاملة.

أ. إعداد قاعدة أدلة لمناهج تعليمية وتدريبية فعالة مدعومة بنتائج إيجابية طويلة الأجل يمكن مشاركتها في مختلف الأماكن.

ب. التأكد من أن يحصل المهنيين الصحيين والعاملين في مجال الصحة المجتمعية والمتطوعين الذين يعملون على تقديم خدمات الرعاية التلطيفية على المبادئ التوجيهية والبروتوكولات وعمليات الإحالة القائمة على الأدلة.

التوصية الثامنة: يجب على الأنظمة الصحية تطوير القوى العاملة المتخصصة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط لتكون رائدة في مجال البحوث والممارسة ودعم غير المتخصصين في تقديم الرعاية التلطيفية.

استخدام الأدوية الأساسية

ينبغي إتاحة إمكانية الحصول على أدوية الرعاية التلطيفية الأساسية لجميع مستويات نظام الرعاية الصحية (الأدوية غير الأفيونية، ومضادات الالتهاب غير الستيرويدية، والمسكنات الأفيونية، وأدوية الأعراض الشائعة الأخرى).³³⁸ إن فائدة القائمة النموذجية للأدوية الأساسية المسكّنة للألم والرعاية التلطيفية، التي وضعتها منظمة الصحة العالمية، وفعاليتها من حيث التكلفة موثقةً توثيقاً جيداً فيما يخص البالغين³³⁹ والأطفال³⁴⁰، إلا أن الحواجز القانونية والتنظيمية والهيكلية والثقافية تمنع ملايين الأشخاص من الحصول على الأدوية المسكّنة للألم والمخففة للأعراض خاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.^{342,341}

ونقترح ما يلي لتسهيل استخدام الأدوية الأساسية على مستوى العالم:

التوصية التاسعة: يجب على الحكومات، والأنظمة الصحية، والعاملين في مجال الرعاية الصحية الاعتراف بالفائدة التحويلية للأدوية الأفيونية المنخفضة التكلفة والفعالة ومنخفضة التكلفة في تخفيف آلام من يعانون معاناة مرتبطة بالصحة.³⁴³

التوصية العاشرة: يجب على الحكومات التأكد من أن جميع أدوية الرعاية التلطيفية متاحة لمن يحتاجون إليها.

أ. تتضمن الخطوات لتحقيق ذلك: التعاون مع الهيئات التنظيمية لتبسيط عمليات الموافقة على الأدوية الأساسية وسلاسل توريدها.

ب. الانخراط في مناصرة السياسات لمعالجة الحواجز القانونية والتنظيمية التي قد تعيق حصول الأشخاص في أي مكان بما في ذلك المنزل، على أدوية الرعاية التلطيفية الأساسية مع ضمان استخدامها استخداماً آمناً.

ج. إدراج بناء القدرات في قطاعات أخرى غير قطاع الصحة، مثل قطاعي الصناعة وإنفاذ القانون، لإجراء حوارات متعددة القطاعات مع الجهات المعنية التي تسلط الضوء على أهمية المواد الأفيونية الفموية في علاج الألم، والاتفاق على خطط استراتيجية قابلة للتنفيذ.³⁴⁴

التوصية الحادية عشر: ينبغي على الحكومات والباحثين رصد استخدام أدوية الرعاية التلطيفية وأنماطها وتغطيتها واحتياجاتها للاسترشاد بها في اتخاذ القرارات المتعلقة بالسياسات وتخطيط الإمدادات.

البحوث

من الأهمية بمكان إجراء بحوث شديدة الدقة في مجال الرعاية التلطيفية بمشاركة الجهات المعنية الرئيسية (الأشخاص الذين يعانون من أمراض مُميتة، ومقدمو الرعاية، والمجتمعات المحلية، والعاملون الصحيون، وواضعو السياسات) لتلبية الحاجة المتزايدة.^{345,346} وقد كان تمويل البحوث الخاصة بالرعاية التلطيفية، من المنظور التاريخي، منخفضاً للغاية،³⁴⁷ وتركز معظمها في البلدان ذات الدخل المرتفع، وأجرى معظمها أطباء، في حالات السرطان، وللبالغين.^{348,349} وعليه، فإن توسيع نطاق القدرات البحثية في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط - بقيادة تخصصات تشمل علماء

الاجتماع، واقتصادي الصحة، والممرضين والممرضات، والمهنيين الصحيين المساعدين، والأطفال، في الحالات غير السرطانية، والفئات الضعيفة الأخرى - أمرٌ بالغ الأهمية لبناء خدمات الرعاية التلطيفية الخاصة بسياق محدّد.^{352,351,350} وفي حين أن بناء القدرات البحثية ليس هو الهدف النهائي، فإنه الخطوة الأولى في تطوير واختبار نماذج الرعاية ونهج التنفيذ الفعالة والمقبولة والمستدامة والقابلة للنقل والتي تستخدم الموارد الشحيحة بكفاءة لتلبية الاحتياجات المتزايدة في مجال الرعاية التلطيفية.³⁵³

ونقترح ما يلي لتعزيز القدرات البحثية في مجال الرعاية التلطيفية:

التوصية الثانية عشر: ينبغي على الباحثين التركيز على تطوير نماذج للرعاية التلطيفية تناسب السياق الثقافي والظرفي والاجتماعي والاقتصادي الفريد للبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط والفئات السكانية التي تعاني من نقص الخدمات تاريخيًا.

أ. يجب تشجيع التعاون الدولي لتعزيز البحث من خلال تجميع الرؤى والموارد المتنوعة، مما يؤدي إلى نماذج رعاية أقوى.

ب. يجب مشاركة النتائج المستخلصة من البحوث بفعالية وحرية من خلال منصات عالمية مختلفة (المؤتمرات، والمجلات الأكاديمية، وملخصات السياسات، والمشاركة المجتمعية) للتأثير في الممارسات وإثراء السياسات.

ج. ينبغي أن تؤسس الجامعات والأنظمة الصحية مجموعات بحثية مخصصة للرعاية التلطيفية وأن تحافظ عليها.

التوصية الثالثة عشر: يتعين على الحكومات والجامعات دعم بناء القدرات في مجال البحوث، وتطبيق المدخلات من المرضى والأسر والمجتمعات المحلية حيثما أمكن حرصًا على ملاءمة تطوير الخدمات لاحتياجات الأشخاص الذين تستهدفهم.

التوصية الرابعة عشر: يجب على الباحثين استخدام مقاييس نتائج معتمدة تتمحور حول الشخص وذات صلة سريريًا بهدف تطوير الخدمات وتقييمها وتدقيقها وتحديد تكلفتها وتحسينها.

أ. ينبغي أن تشمل هذه العملية تقييمات اقتصادية شاملة للخدمات لضمان وضوح التكاليف التي تتحملها الحكومات والمرضى وأسرهم.

التعليم والتدريب:

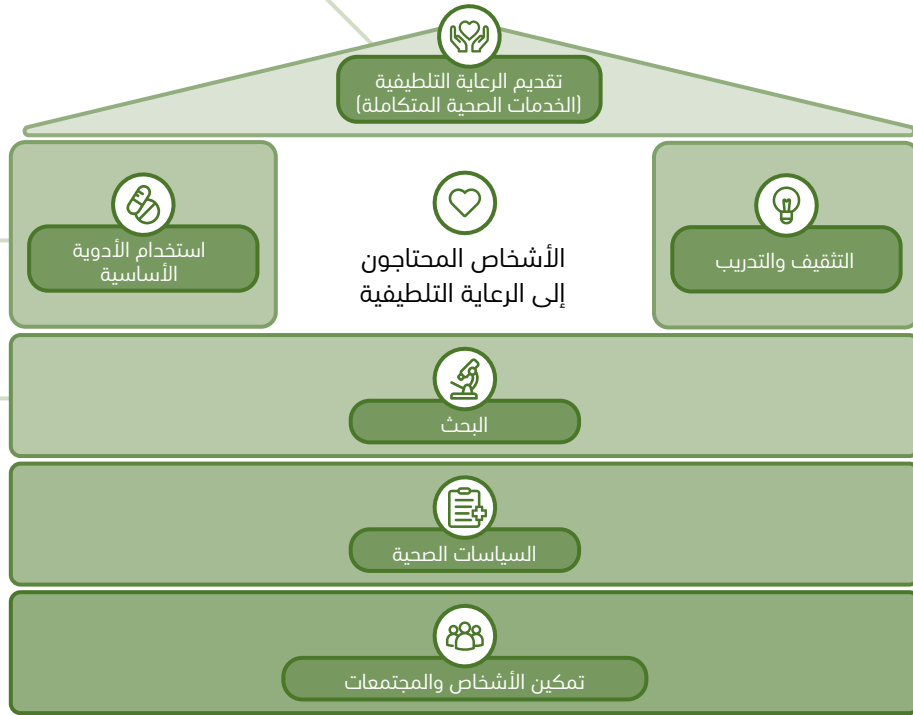
- توفير تعليم وتدريب متعددي التخصصات قائمين على الأدلة على أساسيات الرعاية التلطيفية واستخدام الأدوية الأساسية للمختصين وغير المختصين وللمتطوعين ولمقدمي الرعاية، إلى جانب توفير الإرشاد من المهنيين ذوي الخبرة.
- تطوير القوى العاملة من المختصين في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط ليكونوا قادة في مجال البحوث والممارسة ودعم غير المختصين في تقديم الرعاية التلطيفية.

تقديم الرعاية التلطيفية:

- تحسين فرص الحصول على خدمات الرعاية التلطيفية بإنصاف للأشخاص من جميع الأعمار، مع إيلاء اهتمام خاص للبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط والفئات السكانية الضعيفة لتصبح أوجه عدم المساواة ومنعها.
- إنشاء آليات للرد والتقييم المستمرين لتوافر خدمات الرعاية التلطيفية وجودتها على المستويات الإقليمية والوطنية والمحلية لتحديد الثغرات في توفير الخدمات والعوائق التي تحول دون الحصول عليها والمجالات التي تحتاج إلى تحسين.
- الإبلاغ عن التقدم المحرز في كل عنصر من عناصر تطوير الرعاية التلطيفية كل سنتين لتتبع التغييرات الزمنية منذ صدور قرار جمعية الصحة العالمية رقم 67-19.

استخدام الأدوية الأساسية:

- الإقرار بالفائدة التحولية للأدوية الأفيونية الفعالة المنخفضة التكلفة والفعالة لمن يعانون معاناة خطيرة مرتبطة بالصحة.
- التأكد من قيام البلدان بوضع جميع أدوية الرعاية التلطيفية على قائمة الأدوية الأساسية لكل من البالغين والأطفال.
- إجراء بحوث لجمع البيانات عن استخدام الأدوية وأنماطها واحتياجاتها للاسترشاد بها في اتخاذ القرارات المتعلقة بالسياسات وتخطيط الإمدادات.



السياسات الصحية:

- الحرص على أن يكون لكل بلد سياسات رعاية وطنية قائمة على الأدلة لدعم حقوق الناس في الحصول على رعاية تلطيفية عالية الجودة.
- الدعوة إلى توفير التمويل العام للرعاية التلطيفية حتى لا يتم تمويل التكاليف من جيب المريض وأسرته.
- وضع اتفاقات بشأن تقاسم الموارد لتجميع التمويل والخبرات والموارد الأخرى بقصد تقديم خدمات أكثر فعالية.

تمكين الأشخاص والمجتمعات:

- تحسين معرفة الجمهور العام بالوفاة وفهمه للرعاية التلطيفية.
- تمكين وتسهيل العمل المجتمعي من خلال تعزيز مساهمة الجهات المعنية في ضمان تلبية خدمات الرعاية التلطيفية لاحتياجات السكان المستهدفين.

البحث:

- تركيز البحوث على تكيف النماذج الناجحة للرعاية التلطيفية لكي تناسب السياق الثقافي والظرفي والاجتماعي والاقتصادي الفريد للبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط والفئات السكانية التي تعاني من نقص الخدمات تاريخياً.
- دعم بناء القدرات في مجال البحوث التي تطبق مدخلات من المرضى والأسر والمجتمعات المحلية كلما أمكن حرصاً على ملاءمة تطوير الخدمات لاحتياجات الأشخاص الذين تستهدفهم.
- الاستفادة من مقاييس النتائج المعتمدة التي تركز على الأشخاص والملائمة سريريًا لتطوير الخدمات وتقييمها وتحسينها وتحديد تكلفتها وتحسينها.

المصدر: منظمة الصحة العالمية 2021 354

شكر وتقدير

شارك في رئاسة الفريق الاستشاري للمنتدى لإعداد هذه الورقة كلٌّ من **ريتشارد هاردينغ**، عميد بالإناحة لكلية التمريض والقبالة والرعاية التلطيفية، في جامعة كينغز كوليدج بلندن، والدكتور **أسموس هاميريتش**، مدير قسم الأمراض غير المُعدية والصحة النفسية في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط.

كتب هذه الورقة البحثية ريتشارد هاردينغ وأسموس هاميريتش بالتعاون مع:

- **آنا بيلر**، معهد سيسلي سوندرز للرعاية التلطيفية والسياسات وإعادة التأهيل، جامعة كينغز كوليدج بلندن
- **أولادايو أفولابي**، معهد سيسلي سوندرز للرعاية التلطيفية والسياسة وإعادة التأهيل، جامعة كينغز كوليدج بلندن
- **كاثرين سليمان**، معهد سيسلي سوندرز للرعاية التلطيفية والسياسات وإعادة التأهيل، جامعة كينغز كوليدج بلندن
- **ديدي طومسون**، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية “ويش”
- **مها العاكوم**، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية “ويش”
- **نهلة غافر**، مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق المتوسط

وتتقدم بخالص الشكر لأعضاء الفريق الاستشاري لمنتدى مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش 2024) بشأن الرعاية التلطيفية الذين ساهموا برؤاهم الفريدة في هذه الورقة البحثية، وهم:

- **عزة حسن**، رئيسة قسم الرعاية التلطيفية، مؤسسة حمد الطبية، قطر
- **عدنان حمزة**، الرئيس التنفيذي لمؤسسة هوسبيس ماليزيا
- **إيمانويل لوپريكا**، المدير التنفيذي للجمعية الإفريقية للرعاية التلطيفية
- **إريك كراكاور**، أستاذ مشارك في الطب والصحة العالمية والطب الاجتماعي، كلية الطب بجامعة هارفارد
- **هنادي الحمد**، قائد وطني لأولوية “شيخوخة صحية”، وزارة الصحة العامة في قطر
- **جوليا داوونينغ**، المديرية التنفيذية للشبكة الدولية للرعاية التلطيفية للأطفال
- **جولي لينغ**، الرئيس التنفيذي للرابطة الأوروبية للرعاية التلطيفية
- **لورا ديل هاريس**، المديرية التنفيذية لمؤسسة تريهاوس العالمية
- **لبنى عز الدين**، مؤسّسة ورئيسة منظمة سند، منظمة رعاية المسنين المنزلية في لبنان
- **منال عبد المجيد حسين الزدجالي**، الأمين العام للجمعية العُمانية لمكافحة السرطان
- **مريم رسولي**، المديرية العامة لخدمات التمريض، وزارة الصحة والتعليم الطبي الإيرانية
- **م. ر. راجاجوبال**، مؤسس شركة باليوم، الهند
- **ستيفن كونور**، المدير التنفيذي للتحالف العالمي للرعاية التلطيفية لرعاية المحتضرين في جميع أنحاء العالم

- **تانيا باسترانا**، رئيسة رابطة أمريكا اللاتينية للرعاية التلطيفية
 - **ويليام إ. روزا**، عالم سلوكيات مساعد، مركز ميموريال سلون كيترينغ للسرطان
- كما نود أن نشكر أعضاء الفريق العامل التابع لمنظمة الصحة العالمية، التالية أسماؤهم، للمساهمة بخبراتهم في هذا التقرير:
- **أندريه إلباوي**، مسؤول طبي، مقر منظمة الصحة العالمية
 - **بينتي ميكلسن**، مدير الأمراض غير ، مقر منظمة الصحة العالمية
 - **جيوسيبى ترويسي**، المسؤول الفني، قسم الوقاية من الأمراض غير ، مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمية لشرق المتوسط
 - **جون فوغارتي**، المسؤول الفني، الخدمات الصحية المتكاملة، مقر منظمة الصحة العالمية
 - **لمياء محمود**، المستشار الإقليمية للوقاية من الأمراض غير المُعدية ، مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمية لشرق المتوسط
 - **رودي إيفرز**، مدير الخدمات الصحية المتكاملة، مقر منظمة الصحة العالمية
 - **تيري رينولدز**، وحدة الخدمات السريرية والنظم، الخدمات الصحية المتكاملة، مقر منظمة الصحة العالمية
- كما يود الرئيس والمؤلفون أن يتقدموا بخالص الشكر لمؤسسة سيسيلي سوندرز إنترناشونال، وهي جمعية خيرية تركز على تعزيز البحوث من أجل تحسين رعاية الأشخاص المصابين بأمراض مُهددة للحياة، على دعمهم لهذا العمل.
- وأخيرًا، نرجي الشكر ل**سلطانة أفضل وسليم سلامة** من فريق «ويش» على دعمهما وتوجيهاتهما التحريرية في إعداد هذا التقرير.
- ويتحمل المؤلفون مسؤولية أي أخطاء أو سهو ورد في التقرير.

الملحق: قرار جمعية الصحة العالمية رقم 67-19 بشأن الرعاية التلطيفية

التقدم المحرز منذ سنة 2014	بند قرار جمعية الصحة العالمية الذي يقتضي اتخاذ تدابير بشأنه
<p>في سنة 2019، أبلغ 50% من البلدان عن وجود رعاية تلطيفية ضمن سياسة أو استراتيجية وطنية عاملة للأمراض غير الانتقالية.³⁵⁵ بين سنتي 2005 و2019، زادت 82% من البلدان في أوروبا من عدد خدمات الرعاية التلطيفية المتخصصة. وسجلت البلدان ذات الدخل المرتفع زيادات كبيرة في عدد فرق الرعاية المنزلية وخدمات المرضى الداخليين وفرق الدعم في المستشفيات، في حين سجلت البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط زيادات كبيرة فقط في خدمات المرضى الداخليين.³⁵⁶ في نفس الفترة الزمنية في أمريكا اللاتينية، زاد عدد فرق الرعاية التلطيفية، لكن معظم الخدمات كانت تقدّم للمرضى الخارجيين، وأضيف عدد قليل جدًا من الأسرة للمرضى الداخليين.³⁵⁷ بحلول سنة 2019، وضع 19 بلدًا أوروبيًا من أصل 51 (37.3%) من البلدان الأوروبية التي شملها الاستطلاع معايير للرعاية التلطيفية للأطفال، وكان لدى 22 بلدًا (43.1%) رابطة وطنية، وقدم 14 بلدًا (27.5%) التعليم إما لأطباء الأطفال أو للممرضين والممرضات.³⁵⁸ خلصت مراجعة أجريت سنة 2020 لتطوير سياسة الرعاية التلطيفية إلى أن 55 بلدًا (28%) لديها أي خطة سياسة وطنية للرعاية التلطيفية.³⁵⁹ لم يتضمن تتبع التغطية الصحية الشاملة: تقرير الرصد العالمي لسنة 2023 أي مؤشرات محددة للرعاية التلطيفية.³⁶⁰ تُظهر الأطلال الإقليمية للرعاية التلطيفية أنه لا تزال ثمة حاجة كبيرة لتطوير الرعاية التلطيفية للأطفال على مستوى العالم، وأن تطورها متخلف بدرجة كبيرة عن تطور الرعاية التلطيفية للبالغين.^{364,363,362,361} أعدت منظمة الصحة العالمية حزمة أساسية للرعاية التلطيفية خاصة بالرعاية الصحية الأولية تمثل الحد الأدنى من الخدمات والأدوية والموارد البشرية التي ينبغي أن تتوفر في عيادات الرعاية الأولية في المناطق أو المجتمعات المحلية في جميع أنحاء العالم.³⁶⁵ استحدثت الجمعية الأوروبية للمجموعة المرجعية للرعاية التلطيفية في الرعاية الأولية مجموعة أدوات لمساعدة البلدان على تنفيذ الرعاية التلطيفية في المجتمع. وهي تشمل السياسات والتثقيف وتوافر الأدوية والممارسات الفضلى، بما في ذلك السياسات، والتثقيف، والأدوية الأساسية، والتنفيذ.³⁶⁶</p>	<p>1. وضع سياسات للرعاية التلطيفية وتعزيزها وتنفيذها، عند الاقتضاء، لدعم التعزيز الشامل للأنظمة الصحية ابتغاء إدماج خدمات الرعاية التلطيفية القائمة على الأدلة والفعالة من حيث التكلفة والمنصفة في سلسلة الرعاية المتصلة على جميع المستويات، مع التركيز على الرعاية الأولية والرعاية المجتمعية والمنزلية وخطط التغطية الشاملة.</p>
<p>تشير تقديرات سنة 2017 للاحتياجات من القوى العاملة في مجال الرعاية التلطيفية إلى أن 400,000 فقط من العاملين في مجال الرعاية الصحية يقدمون الرعاية التلطيفية على مستوى العالم، وهو ما يقل عن العدد المطلوب المقدر بمليوني عامل.³⁶⁷ في سنة 2021، أبلغت 69% من البلدان عن تمويل الرعاية التلطيفية، وهو ما يمثل تغييرًا طفيفًا عن التقرير الأخير الذي صدر في سنة 2019.³⁶⁸ خُص الاستطلاع العالمي لمنظمة الصحة العالمية بشأن إدراج رعاية مرضى السرطان في جزم المنافع الصحية 2020-2021 إلى أن 28% فقط من البلدان التي شملها الاستطلاع لديها جزم من القطاع العام تتضمن خدمات الرعاية التلطيفية، وكان ذلك أساسًا في البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى والبلدان ذات الدخل المرتفع.³⁶⁹</p>	<p>2. ضمان توفير التمويل المحلي الكافي وتخصيص موارد بشرية كافية، حسب الاقتضاء، لمبادرات الرعاية التلطيفية، بما في ذلك وضع وتنفيذ سياسات الرعاية التلطيفية والتعليم والتدريب ومبادرات تحسين الجودة، ودعم توافر الأدوية الأساسية واستخدامها الاستخدام المناسب، بما في ذلك الأدوية الخاضعة للرقابة لإدارة الأعراض.</p>
<p>تشير التقديرات العالمية إلى أن أكثر من 1.2 مليون شخص تطوّعوا في مجال الرعاية التلطيفية حول العالم في سنة 2017.³⁷⁰</p>	<p>3. توفير الدعم الأساسي بطرق منها الشراكات المتعددة القطاعات، للأسر والمتطوعين من المجتمع المحلي وغيرهم من الأفراد الذين يعملون كمقدمي رعاية، تحت إشراف مهنيين مدربين، حسب الاقتضاء.</p>

4. السعي إلى إدراج الرعاية التلطيفية باعتبارها جزءًا لا يتجزأ من التثقيف والتدريب المستمرين المقدمين لمقدمي الرعاية، وفقًا لأدوارهم ومسؤولياتهم، ووفقًا للمبادئ التالية:
- أ. ينبغي دمج التدريب الأساسي والتعليم المستمر في مجال الرعاية التلطيفية باعتبارهما عنصرًا روتينيًا في جميع مراحل التعليم المهني الطبي والتمريض في المرحلة الجامعية، وجزءًا من التدريب أثناء الخدمة لمقدمي الرعاية على مستوى الرعاية الأولية، بمن في ذلك العاملون في مجال الرعاية الصحية ومقدمو الرعاية الذين يعالجون الاحتياجات الروحية للمرضى والأخصائيين الاجتماعيين.
- ب. ينبغي تقديم التدريب المتوسط لجميع العاملين في الرعاية الصحية الذين يعملون بكيفية اعتيادية مع المرضى الذين يعانون من أمراض مهددة للحياة، بما في ذلك العاملون في مجال الأورام والأمراض المعدية وطب الأطفال وطب الشيخوخة والطب الباطني.
- ج. يجب توفير التدريب المتخصص في الرعاية التلطيفية لإعداد المختصين في الرعاية الصحية الذين سيديرون الرعاية المتكاملة للمرضى الذين يعانون من احتياجات لا تقتصر فقط على إدارة الأعراض الاعتيادية.
5. تقييم احتياجات الرعاية التلطيفية المحلية، ومنها الاحتياجات إلى الأدوية المسكنة للألم، وتعزيز العمل التعاوني لضمان توفير إمدادات كافية من الأدوية الأساسية في مجال الرعاية التلطيفية، واجتذاب النقص.
6. فحص التشريعات والسياسات الوطنية والمحلية الخاصة بالأدوية الخاضعة للرقابة، ومراجعتها عند الاقتضاء، مع الإشارة إلى توجيهات منظمة الصحة العالمية بشأن السياسات المتعلقة بتحسين إمكانية الحصول على أدوية علاج الألم والاستخدام الرشيد لها، بما يوافق اتفاقيات الأمم المتحدة الدولية المتعلقة بمراقبة المخدرات.
7. تحديث القوائم الوطنية للأدوية الأساسية، حسب الاقتضاء، في ضوء إضافة أقسام عن أدوية الألم وأدوية الرعاية التلطيفية إلى القائمة النموذجية للأدوية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية والقائمة النموذجية للأدوية الأساسية للأطفال.
- خُصت مراجعة أجريت في سنة 2020 لتعليم الرعاية التلطيفية في برامج التمريض الجامعية والدراسات العليا في أوروبا إلى أن 56% من البلدان التي شملها الاستطلاع لم تحدد الرعاية التلطيفية كمادة إلزامية³⁷¹ في سنة 2020، لم تكن الرعاية التلطيفية مادة إلزامية في كليات التمريض أو كليات الطب في أي بلد في أمريكا اللاتينية³⁷² خلص تقرير صدر في سنة 2021 إلى أن ثمانية بلدان فقط في أمريكا اللاتينية اعترفت بالطب التلطيفي كتخصص طبي³⁷³ أظهر تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية في إقليم جنوب شرق آسيا لسنة 2023 أن 40% من البلدان التي قدمت تقاريرها أدرجت الرعاية التلطيفية في مناهج الطب أو التمريض، وأن 30% من البلدان التي قدمت تقاريرها لديها أي برامج شهادات أو دبلومات أو درجات علمية في الرعاية التلطيفية للمهنيين الصحيين³⁷⁴ حددت مراجعة عالمية أجريت في سنة 2023 لبرامج التعليم في مجال الرعاية التلطيفية للأطفال 114 برنامجًا، 75% منها على مستوى الطب العام و25% على مستوى المتخصصين. وبحسب مناطق منظمة الصحة العالمية، جاء 31% منها من أوروبا، و26% من الأمريكتين، و16% من إفريقيا، و16% من غرب المحيط الهادئ، و10% من جنوب شرق آسيا، و1% فقط من شرق البحر الأبيض المتوسط³⁷⁵
- نُشرت منذ سنة 2014 عدة أطالس عالمية وإقليمية للرعاية التلطيفية تصف الحاجة إلى الرعاية التلطيفية وتوفرها ومؤشرات التنمية على المستوى القطري^{380,379,378,377}.
- أعدت لجنة لانسيت للرعاية التلطيفية وتخفيف الآلام وأصدرت منهجية لقياس المعاناة الصحية الخطيرة المرتبطة بالصحة والتنبؤ بها في سنة 2018، 381 وتم تحديثها في سنة 2024³⁸².
- في سنة 2021، أصدرت منظمة الصحة العالمية مجموعة من المؤشرات القابلة للتنفيذ لمساعدة البلدان على تقييم تطور الرعاية التلطيفية والثغرات في تقديم الخدمات³⁸³.
- في سنة 2022، وضع مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق المتوسط وشبكة خبراء الرعاية التلطيفية في الإقليم مؤشرات كلية خاصة بالإقليم لتتبع التقدم المحرز في البرامج الوطنية للرعاية التلطيفية في شرق المتوسط³⁸⁴.
- أظهر تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لسنة 2023 أن 19.8% من سكان العالم يستهلكون 86.1% من المورفين المنتج عالميًا، مما يؤكد التفاوت الشديد والمستمر عالميًا في الحصول على المواد الأفيونية³⁸⁵.
- يسلط تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2023، الذي صدر عن منظمة الصحة العالمية بعنوان "ترك الألم وراءنا" الضوء على استمرار العوائق الإقليمية التي تحول دون الحصول على المورفين للاستخدام الطبي الآمن وفي الوقت المناسب للبالغين والأطفال، بما في ذلك السياسات الوطنية التي تركز كثيرًا مفرطًا على منع الاستخدام غير المشروع، والمتطلبات الإدارية التقييدية لوصف المورفين أو صرفه، والموارد المالية والبشرية غير المتوقعة وغير الكافية³⁸⁶.
- أظهرت مقارنة أجريت في سنة 2022 بين قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية و137 قائمة على المستوى القطري أن ثمة ثغرات كبيرة في اعتماد التوجيهات الرسمية لمنظمة الصحة العالمية³⁸⁷.
- خُصّ تقرير ذو صلة إلى أن القوائم على المستوى القطري تضمنت عددًا أكبر بكثير من المواد الأفيونية مقارنة بقائمة منظمة الصحة العالمية³⁸⁸.
- أظهر منشور صادر عن منظمة الصحة العالمية لإقليم جنوب شرق آسيا لسنة 2023 أن بلدًا واحدًا فقط من أصل 10 بلدان مبلّغة أدرجت المواد الأفيونية الفموية في قائمة الأدوية الأساسية³⁸⁹.

بند قرار جمعية الصحة العالمية الذي يقتضي اتخاذ تدابير بشأنه

التقدم المحرز منذ سنة 2014

- 8. تعزيز الشراكات بين الحكومات والمجتمع المدني، بما في ذلك منظمات المرضى، لدعم توفير الخدمات للمرضى الذين يحتاجون إلى الرعاية التلطيفية حسب الاقتضاء.
- في سنة 2021، شكلت منظمة الصحة العالمية فريق عمل معنيًا بالرعاية التلطيفية مؤلفًا من خبراء في الممارسة السريرية والأوساط الأكاديمية والحكومية والمنظمات غير الحكومية ومناصري المرضى لتعزيز الشراكات بين القطاعات وتشكيل شبكات دولية والتعاون بقصد إقرار التقدم في تنفيذ قرار جمعية الصحة العالمية.
- خُصص فحص أجري في سنة 2021 للشراكات التعاونية بين الحكومات ومنظمات المجتمع المدني أن دور المجتمع المدني في تقديم السياسات على المستويين العالمي والوطني كان كبيرًا، فقد أدت الدعوة إلى التعاون في صنع السياسات وتطوير الخدمات والتعليم.³⁹⁰
- 9. تنفيذ ورصد إجراءات الرعاية التلطيفية المدرجة في خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية للوقاية من الأمراض غير الانتقالية ومكافحتها للفترة 2013-2030.
- نُشرت تقارير منظمة الصحة العالمية عن القدرات المتعددة الجنسيات للوقاية من الأمراض غير الانتقالية ومكافحتها في السنوات 2018،³⁹¹ 2020،³⁹² و2023،³⁹³ وجميعها تتضمن مؤشرات متعلقة بتطوير الرعاية التلطيفية.

للمدير العام لمنظمة الصحة العالمية

- 10. ضمان أن تكون الرعاية التلطيفية جزءًا لا يتجزأ من جميع الخطط العالمية ذات الصلة بمكافحة الأمراض والأنظمة الصحية ذات الصلة، ومنها تلك المتعلقة بالأمراض غير الانتقالية والتغطية الصحية الشاملة، فضلاً على إدراجها في خطط التعاون القطري والإقليمي.
- 11. القيام، حسب الاقتضاء، بتحديث أو تطوير مبادئ توجيهية وأدوات قائمة على الأدلة بشأن تسكين الألم، بما في ذلك خيارات إدارة الألم لدى البالغين والأطفال، ووضع المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية للعلاج الدوائي للألم، والسهر على نشرها على نحو كافٍ.
- 12. وضع مبادئ توجيهية قائمة على الأدلة بشأن دمج الرعاية التلطيفية في الأنظمة الصحية الوطنية وتعزيزها، عند الاقتضاء، عبر مجموعات الأمراض ومستويات الرعاية، والتي تعالج على نحو كافٍ القضايا الأخلاقية المتعلقة بتوفير الرعاية التلطيفية الشاملة، مثل الوصول العادل والرعاية التي تركز على الأشخاص واحترامهم ومشاركة المجتمع المحلي، وإثراء التنقيف في مجال إدارة الألم والأعراض والدعم النفسي والاجتماعي.
- 13. الاستمرار، من خلال برنامج منظمة الصحة العالمية للحصول على الأدوية الخاضعة للرقابة، في دعم الدول الأعضاء في استعراض وتحسين التشريعات والسياسات الوطنية بهدف ضمان التوازن بين منع إساءة استعمال المواد الخاضعة للرقابة وتحويلها والاتجار بها والحصول على الأدوية الخاضعة للرقابة على النحو المناسب، بما يوافق اتفاقيات الأمم المتحدة الدولية المتعلقة بمراقبة المخدرات.
- 14. استكشاف سبل زيادة توافر الأدوية المستخدمة في الرعاية التلطيفية وإمكانية الحصول عليها من خلال التشاور مع الدول الأعضاء والشبكات ذات الصلة والمجتمع المدني، وكذلك الجهات المعنية الدولية الأخرى، حسب الاقتضاء.
- في سنة 2019، تم وقف العمل بالمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن **العالمية بشأن ضمان التوازن في السياسات الوطنية المتعلقة بالمواد الخاضعة للرقابة والمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العلاج الدوائي للألم المستمر لدى الأطفال المصابين بأمراض طبية** بسبب مخاوف من تضارب المصالح.⁴⁰⁴
- نُشرت المبادئ التوجيهية المنقحة المتعلقة بإدارة الألم لدى الأطفال في سنة 2020.⁴⁰⁵
- من المقرر نشر إرشادات جديدة للبالغين في ديسمبر 2024.
- خُصص تقرير صدر في سنة 2021 أن الاستهلاك العالمي للمواد الأفيونية انخفض من 216.3 إلى 151.5 مليار من مكافئ المورفين لكل 1000 نسمة يوميًا بين سنتي 2009 و2019. 406
- خُصص تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لسنة 2022 أن 9.9% من المورفين المتاح عالميًا استهلكت بكيفية مباشرة، بزيادة عن العقد السابق.⁴⁰⁷
- تضاعفت كمية المسكنات الأفيونية المستهلكة في أمريكا الجنوبية ثلاث مرات بين سنتي 2002 و2021.⁴⁰⁸
- اعتبارًا من سنة 2024، لا تتضمن مجموعات منظمة الصحة العالمية الصحية الطارئة الخاصة بالأمراض غير الانتقالية أدوية لعلاج الألم والأعراض بسبب مخاوف تنظيمية.⁴⁰⁹

- 15. العمل مع الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، ووزارات الصحة وغيرها من السلطات المعنية من أجل تعزيز توافر الأدوية الخاضعة للمراقبة من أجل معالجة الآلام والأعراض ومراقبتها بكيفية متوازنة.
 - 16. مواصلة التعاون مع الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لدعم الدول الأعضاء في وضع تقديرات دقيقة بقصد إتاحة الأدوية اللازمة لتخفيف الآلام والرعاية التلطيفية، بطرق منها تحسين تنفيذ التوجيهات المتعلقة بتقدير الاحتياجات من المواد الخاضعة للمراقبة الدولية.
 - 17. التعاون مع اليونسيف والشركاء الآخرين ذوي الصلة على تعزيز الرعاية التلطيفية للأطفال وتنفيذها.
 - 18. رصد الوضع العالمي للرعاية التلطيفية وتقييم التقدم المحرز في مختلف المبادرات والبرامج بالتعاون مع الدول الأعضاء والشركاء الدوليين.
 - 19. العمل مع الدول الأعضاء لتشجيع التمويل الكافي لبرامج الرعاية التلطيفية والمبادرات البحثية في مجال الرعاية التلطيفية وتحسين التعاون على تنفيذها، لا سيما في البلدان الفقيرة من حيث الموارد، وفقاً للميزانية البرنامجية للفترة 2014-2015، التي تتناول الرعاية التلطيفية.
 - 20. تشجيع البحوث المتعلقة بنماذج الرعاية التلطيفية الفعالة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، مع مراعاة الممارسات الحسنة.
 - 21. تقديم تقرير إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين في سنة 2016 عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار.
- وفقاً لبيانات الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، انخفض الاستهلاك العالمي للمورفين من 6.1671 في سنة 2014 إلى 4.4768 ملغم/الفرد في سنة 2021.⁴¹⁰ انخفض الاستهلاك العالمي لجميع المواد الأفيونية (باستثناء الميثادون) من 43.05 ملغم/الفرد في سنة 2014 إلى 28.559 ملغم/الفرد في سنة 2021.⁴¹¹
- تنشر الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات تقارير فنية سنوية عن الاحتياجات العالمية من المخدرات، كان آخرها في مايو 2024 باستخدام بيانات سنة 2022.⁴¹²
- في سنة 2023، تعاونت منظمة الصحة العالمية واليونسيف على وضع **الإطار التشغيلي للرعاية الصحية الأولية: تحويل الرؤية إلى عمل** يسلط الضوء على الحاجة الملحة لدمج الرعاية التلطيفية في الرعاية الأولية، وإنشاء أطر قوية للرصد والتقييم.⁴¹³
- نشرت منظمة الصحة العالمية، بالتعاون مع التحالف العالمي للرعاية التلطيفية للمسنين في جميع أنحاء العالم، أطلسين عالميين للرعاية التلطيفية، أحدهما في سنة 2014، 414، والآخر في سنة 2020.⁴¹⁵ خلص استطلاع عالمي أجرته منظمة الصحة العالمية في سنة 2021 إلى ما يلي:
- أبلغت 43% من البلدان عن توافر الرعاية التلطيفية العامة (تصل إلى 50% على الأقل من المرضى المحتاجين) في بيئة الرعاية المجتمعية أو المنزلية، وأبلغت 42% من البلدان عن توافرها بوجه عام في بيئة الرعاية الأولية.⁴¹⁶
 - كانت الخدمات متوفرة على الأرجح في البلدان ذات الدخل المرتفع مقارنة بالبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.⁴¹⁷
- هناك 14 مجلة مهنية تركز على الرعاية التلطيفية.⁴¹⁸ بحلول سنة 2020، كان 141 بلداً من أصل 195 بلداً قد نشر بحثاً واحداً على الأقل في مجال الرعاية التلطيفية، مما يعني أن 27.7% من البلدان (خاصة البلدان ذات الدخل المنخفض والبلدان ذات الدخل المتوسط) لم تنشر أي بحث يتعلق بالرعاية التلطيفية.⁴¹⁹ خلص تحليل بليومتری لسنة 2022 لما نُشر من أبحاث في مجال الرعاية التلطيفية أن التعاون الدولي بين البلدان كان ضعيفاً جداً.⁴²⁰
- في الولايات المتحدة والمملكة المتحدة، تتلقى دراسات بحوث الرعاية التلطيفية 0.2% و 0.3% فقط من مجموع التمويل البحثي على التوالي.⁴²¹
 - حدثت زيادة كبيرة في الأبحاث والمنشورات المتعلقة بالرعاية التلطيفية للأطفال في السنوات العشر الماضية، بما في ذلك زيادة عدد البلدان التي تنشر أبحاثاً مع مركز نتائج السرطان والرعاية التلطيفية.⁴²²
- في الفترة ما بين سنتي 2000 و2020، كانت الهند والصين البلدين الوحيدين من بين البلدان الـ 15 الأكثر إنتاجية في مجال بحوث الرعاية التلطيفية.⁴²³
- في سنة 2016، نشرت أمانة منظمة الصحة العالمية تقريراً موجزاً يلخص بعض أوجه التقدم المحرز في مجال الرعاية التلطيفية على الصعيد العالمي منذ صدور قرار جمعية الصحة العالمية.⁴²⁴

1. Bryk A et al. The concept of holism applied in recent palliative care practice: A scoping review. *Palliative Medicine*. 2023;37(1):26-39.
2. Giusti A et al. The empirical evidence underpinning the concept and practice of person-centred care for serious illness: A systematic review. *BMJ Global Health*. 2020;5(12).
3. World Health Organization. *National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines*. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. World Health Organization. *Quality Health Services And Palliative Care: Practical approaches and resources to support policy, strategy and practice*. Geneva: World Health Organization; 2021.
5. World Health Organization. *National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines*. Geneva: World Health Organization; 2002.
6. World Health Organization. *Quality Health Services And Palliative Care: Practical approaches and resources to support policy, strategy and practice*. Geneva: World Health Organization; 2021.
7. Radbruch L et al. Redefining palliative care: A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;60(4):754-764. World Health Organization. *Planning and Implementing Palliative Care Services: A guide for programme managers*. Geneva: World Health Organization; 2016.
8. World Health Organization. *Planning and Implementing Palliative Care Services: A guide for programme managers*. Geneva: World Health Organization; 2016.
9. World Health Authority. *WHA Resolution 67.19: Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care Throughout the Life Course*. Paper presented at: Sixty-Seventh World Health Assembly 2014; Geneva; 2014.
10. McIlfatrick S et al. Examining public knowledge, attitudes and perceptions towards palliative care: A mixed method sequential study. *BMC Palliative Care*. 2021;20(1):44.
11. Connor S et al. Introduction. In: Connor SR (ed). *Global Atlas of Palliative Care: 2nd Edition*. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020.
12. Kelley AS and Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. *New England Journal of Medicine*. 2015;373(8):747-755.
13. Hawley PH. The bow tie model of 21st century palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014;47(1):e2-5.
14. Together for Short Lives. *A Guide to Children's Palliative Care: Supporting babies, children and young people with life-limiting and life-threatening conditions and their families. Fourth edition*. Bristol, United Kingdom: Together for Short Lives; 2018.

15. International Children's Palliative Care Network. icpcn.org. [Accessed 16 August 2024].
16. Hui D et al. Concepts and definitions for "supportive care," "best supportive care," "palliative care," and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Supportive Care in Cancer*. 2013;21(3):659-685.
17. Peeler A et al. Public health palliative care interventions that enable communities to support people who are dying and their carers: A scoping review of studies that assess person-centered outcomes. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1180571.
18. Ernecoff NC et al. Comparing specialty and primary palliative care interventions: Analysis of a systematic review. *Journal of Palliative Medicine*. 2020;23(3):389-396.
19. Fernando G and Hughes S. Team approaches in palliative care: A review of literature. *International Journal of Palliative Nursing*. 2019;25(9).
20. Aldridge MD et al. Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*. 2016;30(3):224-239.
21. Kwete XJ et al. Global assessment of palliative care need: Serious health-related suffering measurement methodology. *Journal of Pain and Symptom Management*. 16 April 2024. doi:10.1016/j.jpainsymman.2024.03.027.
22. Knaul F et al. How many adults and children are in need of palliative care worldwide? In: Connor SR (ed). *Global Atlas of Palliative Care 2nd edition*. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2020.
23. Moens K et al. Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014;48(4):660-677. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.11.009.
24. Afolabi OA et al. What constitutes a palliative care need in people with serious illnesses across Africa? A mixed-methods systematic review of the concept and evidence. *Palliative Medicine*. 2021;35(6):1052-1070.
25. Moens K et al. Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014;48(4):660-677. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.11.009.
26. Moens K et al. Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014;48(4):660-677. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.11.009.
27. Wolfe J et al. Symptoms and distress in children with advanced cancer: Prospective patient-reported outcomes from the PediQUEST Study. *Journal of Clinical Oncology*. 2015;33(17):1928-1935.

28. Moens K et al. Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014;48(4):660–677. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.11.009.
29. Choi S and Seo J. Analysis of caregiver burden in palliative care: An integrated review. *Nursing Forum*. April 2019; 54(2):280–290. doi:10.1111/nuf.12328.
30. Miquel P et al. Exploring spirituality, religion and life philosophy among parents of children receiving palliative care: A qualitative study. *BMC Palliative Care*. 15 February 2024; 23(1):43. doi:10.1186/s12904-024-01345-2.
31. Abdulla S et al. Concerns of primary caregivers of children with complex chronic conditions in Kerala: A qualitative analysis. *Indian Journal of Palliative Care*. Jan–Mar 2024; 30(1):47–55. doi:10.25259/IJPC_9_2023.
32. Postavaru GI et al. A meta-ethnographic study of fathers' experiences of caring for a child with a life-limiting illness. *Palliative Medicine*. February 2021; 35(2): 261–279. doi:10.1177/0269216320979153.
33. Nikfarid L et al. Perspectives of Afghan refugee mothers on the experience of caring for a child with cancer: A qualitative analysis. *Eastern Mediterranean Health Journal*. June 24 2020; 26(6):680–686. doi:10.26719/emhj.19.055.
34. Choi S and Seo J. Analysis of caregiver burden in palliative care: An integrated review. *Nursing Forum*. April 2019; 54(2):280–290. doi:10.1111/nuf.12328.
35. Nielsen MK et al. Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clinical Psychology Review*. 2016; 44:75–93.
36. Kwete XJ et al. Global assessment of palliative care need: Serious health-related suffering measurement methodology. *Journal of Pain and Symptom Management*. 16 April 2024. doi:10.1016/j.jpainsymman.2024.03.027.
37. Sleeman KE et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: Projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Global Health*. July 2019;7(7):e883–e892. doi:10.1016/S2214-109X(19)30172-X.
38. Kwete XJ et al. Global assessment of palliative care need: Serious health-related suffering measurement methodology. *Journal of Pain and Symptom Management*. 16 April 2024. doi:10.1016/j.jpainsymman.2024.03.027.
39. Afolabi OA et al. What constitutes a palliative care need in people with serious illnesses across Africa? A mixed-methods systematic review of the concept and evidence. *Palliative Medicine*. 2021;35(6):1052–1070.
40. De Lima L. Palliative care and pain treatment in the global health agenda. *Pain*. 2015;156 Suppl 1:S115–S118.
41. Powell RA et al. Putting palliative care on the global health agenda. *Lancet Oncology*. 2015;16(2):131–133.

42. Omoyeni NE et al. Home-based palliative care for adult cancer patients in Ibadan: A three year review. *ecancermedicalscience*. 2014;8:490.
43. Hone T et al. Revisiting Alma-Ata: What is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet*. 2018;392(10156):1461-1472.
44. Radbruch L et al. Redefining palliative care: A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;60(4):754-764.
45. Knaul FM et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-1454.
46. Sleeman KE et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: Projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Global Health*. 2019;7(7):e883-e892.
47. Clark D et al. Mapping levels of palliative care development in 198 Countries: The situation in 2017. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;59(4):794-807 e794.
48. Etkind SN et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Medicine*. 2017;15(1):102.
49. Connor SR (ed). *Global Atlas of Palliative Care, 2nd Edition*. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020.
50. World Health Organization. *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*. Geneva: World Health Organization; 2023.
51. World Health Organization. *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*. Geneva: World Health Organization; 2023.
52. Majka ES and Trueger NS. Emergency department visits among patients with cancer in the US. *JAMA Network Open*. 2023;6(1):e2253797.
53. Gafer N et al. Prevalence of life-limiting and life-threatening illness and associated palliative care needs among hospital inpatients in Sudan. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2022;63(1):124-130.
54. Bharadwaj P et al. Making the case for palliative care at the system level: Outcomes data. *Journal of Palliative Medicine*. 2016;19(3):255-258.
55. Pring A et al. Emergency hospital admissions near the end of life. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2024;14(1).
56. Knaul FM et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-1454.
57. World Health Organization. *Planning and Implementing Palliative Care Services: A guide for programme managers*. Geneva: World Health Organization; 2016.

58. Omoyeni NE et al. Home-based palliative care for adult cancer patients in Ibadan: A three year review. *ecancermedicalscience*. 2014;8:490.
59. World Health Authority. *WHA Resolution 67.19: Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care Throughout the Life Course*. Paper presented at: Sixty-Seventh World Health Assembly 2014; Geneva; 2014.
60. Omoyeni NE et al. Home-based palliative care for adult cancer patients in Ibadan: A three year review. *ecancermedicalscience*. 2014;8:490.
61. Nelson KE et al. Sociodemographic disparities in access to hospice and palliative care: An integrative review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2021;38(11):1378-1390.
62. Jones T et al. Health Equity in Palliative Care. In: Atillion T et al. (eds). *The Oxford Textbook of Palliative Social Work*. Oxford: Oxford University Press; 2022.
63. Connor SR (ed). *Global Atlas of Palliative Care, 2nd Edition*. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020.
64. Knaul FM et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-1454.
65. Clark D et al. Mapping levels of palliative care development in 198 Countries: The situation in 2017. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;59(4):794-807 e794.
66. World Health Organization. *Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Report of the 2021 Global Survey*. Geneva: World Health Organization; 2023.
67. International Children's Palliative Care Network. *ICPCN Homepage*. <https://icpcn.org>. [Accessed 31 July 2024].
68. Sleeman KE et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: Projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Global Health*. 2019;7(7):e883-e892.
69. Connor SR (ed). *Global Atlas of Palliative Care, 2nd Edition*. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020.
70. Goh CR and Lee SY. Education in pain and palliative care in the low- and middle-income countries of the Asia Pacific region. *Pain*. 2018;159 Suppl 1:S74-S80.
71. Rhee JY et al. *APCA Atlas of Palliative Care in Africa*. Houston, TX: International Association for Hospice and Palliative Care; 2017.
72. Pastrana T and De Lima L. Palliative care in Latin America: Are we making any progress? Assessing development over time using macro indicators. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2022;63(1):33-41.
73. Abu-Odah H et al. Challenges on the provision of palliative care for patients with cancer in low- and middle-income countries: A systematic review of reviews. *BMC Palliative Care*. 2020;19(1):55.

74. Aregay A et al. Strategies used to establish palliative care in rural low- and middle-income countries: An integrative review. *Health Policy and Planning*. 2020;35(8):1110-1129.
75. Neilson S et al. Children's palliative care education and training: Developing an education standard framework and audit. *BMC Medical Education*. 2021;21(1):539.
76. Payne S et al. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliative Medicine*. 2022;36(4):680-697.
77. Klankhajhon S and Thojampa S. Learning achievement on Massive Open Online Course: Palliative care. *Pakistani Journal of Medical Health Science*. 2021;15(3).
78. Tamura Y et al. Development and effectiveness of an end-of-life care program for faculty in the critical care field: A randomized controlled trial. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2023;25(4):178-187.
79. Manning J et al. Effectiveness of an End-of-Life Nursing Education Consortium training on registered nurses' educational needs in providing palliative and end-of-life patient care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2021;23(1):84-88.
80. Brant JM et al. Palliative care nursing development in the Middle East and Northeast Africa: Lessons From Oman. *Journal of Cancer Education*. 2021;36(Suppl 1):69-77.
81. International Children's Palliative Care Network. *ICPCN Homepage*. <https://icpcn.org>. [Accessed 31 July 2024].
82. Artioli G et al. Palliative care training addressed to hospital healthcare professionals by palliative care specialists: A mixed-method evaluation. *BMC Palliative Care*. 2019;18(1):88.
83. Brighton LJ et al. A systematic review of end-of-life care communication skills training for generalist palliative care providers: Research quality and reporting guidance. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017;54(3):417-425.
84. Turrillas P et al. A systematic review of training in symptom management in palliative care within postgraduate medical curriculums. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2019;57(1):156-170 e154.
85. Pesut B et al. Educating nurses for palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2014;16(1):47-54.
86. Peeler A et al. Public health palliative care interventions that enable communities to support people who are dying and their carers: A scoping review of studies that assess person-centered outcomes. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1180571.
87. Nelson KE et al. Sociodemographic disparities in access to hospice and palliative care: An integrative review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2021;38(11):1378-1390.

88. Davies JM et al. The association between socioeconomic position and the symptoms and concerns of hospital inpatients seen by specialist palliative care: Analysis of routinely collected patient data. *Palliative Medicine*. 2023;37(4):575-585.
89. French M et al. Exploring socioeconomic inequities in access to palliative and end-of-life care in the UK: A narrative synthesis. *BMC Palliative Care*. 2021;20:1-20.
90. Davies JM et al. The association between socioeconomic position and the symptoms and concerns of hospital inpatients seen by specialist palliative care: Analysis of routinely collected patient data. *Palliative Medicine*. 2023;37(4):575-585.
91. Conlon MS et al. Access to palliative care for cancer patients living in a northern and rural environment in Ontario, Canada: The effects of geographic region and rurality on end-of-life care in a population-based decedent cancer cohort. *Clinical Medicine Insights Oncology*. 2019;13:1179554919829500.
92. Gibson-Smith D et al. Place of death of children and young adults with a life-limiting condition in England: A retrospective cohort study. *Archives of Disease in Childhood*. 2021;106(8):780-785.
93. Jones T et al. Advance care planning, palliative care, and end-of-life care interventions for racial and ethnic underrepresented groups: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021;62(3):e248-e260.
94. Sumalinog R et al. Advance care planning, palliative care, and end-of-life care interventions for homeless people: A systematic review. *Palliative Medicine*. 2017;31(2):109-119.
95. Schaefer I et al. Palliative care needs and experiences of people in prison: A systematic review and meta-synthesis. *Palliative Medicine*. 2022;36(3):443-461.
96. Sanchez-Cardenas MA et al. The development of palliative care in Colombia: An analysis of geographical inequalities through the application of international indicators. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021;62(2):293-302.
97. Sanchez-Cardenas MA et al. Building an action plan to tackle palliative care inequality through multi-stakeholder platforms. *Palliative Care and Social Practice*. 2023;17:26323524231189520.
98. Grant MS et al. Public perceptions of advance care planning, palliative care, and hospice: A scoping review. *Journal of Palliative Medicine*. 2021;24(1):46-52.
99. Zimmermann C et al. Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ*. 2016;188(10):E217-E227.
100. Fox A. Majority of UK adults worried about access to palliative care, survey suggests. *The Independent*. 29 April 2024.
101. Scott HM et al. Knowledge, attitudes and beliefs about paediatric palliative care. *Annals of Palliative Medicine*. 2023;12(1):10-12.

102. Mitchell S et al. Facilitators and barriers to the delivery of palliative care to children with life-limiting and life-threatening conditions: A qualitative study of the experiences and perceptions of healthcare professionals. *Archives of Disease in Childhood*. 2022;107(1):59-64.
103. Rassam RS et al. Unfolding parental knowledge, attitudes, and beliefs toward palliative care for children with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*. 2023:e30484.
104. Bennardi M et al. Palliative care utilization in oncology and hemato-oncology: A systematic review of cognitive barriers and facilitators from the perspective of healthcare professionals, adult patients, and their families. *BMC Palliative Care*. 2020;19(1):47.
105. Murray SA et al. Palliative care from diagnosis to death. *BMJ*. 2017;356:j878.
106. Quinn KL et al. Comparison of palliative care delivery in the last year of life between adults with terminal noncancer illness or cancer. *JAMA Network Open*. 2021;4(3):e210677-e210677.
107. Sisk BA et al. Response to suffering of the seriously ill child: A history of palliative care for children. *Pediatrics*. 2020;145(1).
108. Rosenwax L et al. A retrospective population based cohort study of access to specialist palliative care in the last year of life: Who is still missing out a decade on? *BMC Palliative Care*. 2016;15:46.
109. Moens K et al. Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014;48(4):660-677.
110. Fraser LK et al. Estimating the current and future prevalence of life-limiting conditions in children in England. *Palliative Medicine*. 2021;35(9):1641-1651.
111. Etkind SN et al. The role and response of palliative care and hospice services in epidemics and pandemics: A rapid review to inform practice during the COVID-19 pandemic. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;60(1):e31-e40.
112. World Health Organization. *WHO Model List of Essential Medicines - 23rd List*. Geneva: World Health Organization; 2023.
113. Ju C et al. Global, regional, and national trends in opioid analgesic consumption from 2015 to 2019: A longitudinal study. *Lancet Public Health*. 2022;7(4):e335-e346.
114. International Narcotics Control Board. *Annual Report 2023*. Vienna: International Narcotics Control Board; 2024.
115. Ju C et al. Global, regional, and national trends in opioid analgesic consumption from 2015 to 2019: A longitudinal study. *Lancet Public Health*. 2022;7(4):e335-e346.
116. Knaul FM et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-1454.

117. Clark JD et al. Does the International Narcotics Control Board (INCB) sufficiently prioritise enablement of access to therapeutic opioids? A systematic critical analysis of six INCB annual reports, 1968-2018. *Journal of Global Health Reports*. 2020;4:e2020042.
118. Tymoshevska V and Mwangi-Powell F. A New Dawn for Pain Relief in Ukraine: Access to Oral Morphine. *Voices*. 8 February 2013. Open Society Foundation. <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/new-dawn-pain-relief-ukraine-access-oral-morphine>. [Accessed 31 July 2024].
119. Frau S et al. Training on adequate use of opioid analgesics in West and Central Africa: A neglected step on the way to access to essential medicines? *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*. 2021;14(1):104.
120. Jayawardana S et al. Global consumption of prescription opioid analgesics between 2009-2019: A country-level observational study. *EClinicalMedicine*. 2021;42:101198.
121. Fleckner J et al. Systematic review on barriers to access opioid analgesics for cancer pain management from the health worker perspective. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2023;37(4):324-335.
122. Jayawardana S et al. Global consumption of prescription opioid analgesics between 2009-2019: A country-level observational study. *EClinicalMedicine*. 2021;42:101198.
123. Berterame S et al. Use of and barriers to access to opioid analgesics: A worldwide, regional, and national study. *The Lancet*. 2016;387(10028):1644-1656.
124. Downing J et al. Treating and Preventing Pain in Children and Young People in Low- and Middle-Income Countries. In: Twycross A et al. (eds). *Managing Pain in Children and Young People*. John Wiley & Sons Ltd; 2024:270-290.
125. Ghaly M et al. *Palliative Care and Islamic Ethics: Exploring key issues and best practice*. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health; 2018.
126. Engel M et al. The spiritual dimension of parenting a child with a life-limiting or life-threatening condition: A mixed-methods systematic review. *Palliative Medicine*. 2023;37(9):1303-1325.
127. Miquel P et al. Exploring spirituality, religion and life philosophy among parents of children receiving palliative care: A qualitative study. *BMC Palliative Care*. 2024;23(1):43.
128. Partain DK et al. Providing appropriate end-of-life care to religious and ethnic minorities. *Mayo Clinic Proceedings*. 2017;92(1):147-152.
129. Bar-Sela G et al. Training for awareness of one's own spirituality: A key factor in overcoming barriers to the provision of spiritual care to advanced cancer patients by doctors and nurses. *Palliative & Supportive Care*. 2019;17(3):345-352.
130. De Clercq E and Gamondi C. Challenges for palliative care professionals in providing spiritual care to patients from religious or cultural minority groups: A scoping review of the literature. *International Journal of Palliative Nursing*. 2023;29(1).

131. Jawed A and Comer AR. Disparities in end-of-life care for racial minorities: A narrative review. *Annals of Palliative Medicine*. 2024;13(2):309-321.
132. Engel M et al. The spiritual dimension of parenting a child with a life-limiting or life-threatening condition: A mixed-methods systematic review. *Palliative Medicine*. 2023;37(9):1303-1325.
133. Gijssberts MHE et al. Spiritual care in palliative care: A systematic review of the recent European literature. *Medical Sciences (Basel)*. 2019;7(2).
134. Ghaly M et al. *Palliative Care and Islamic Ethics: Exploring key issues and best practice*. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health; 2018.
135. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Doha Declaration on Development of Palliative Care in Qatar [press release]. Doha: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2021.
136. O'Leary MJ et al. Place of care: From referral to specialist palliative care until death. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2017;7(1):53-59.
137. Abu-Odah H et al. Global palliative care research (2002-2020): Bibliometric review and mapping analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2022;12(4):376-387.
138. World Health Organization. *Assessing the Development Of Palliative Care Worldwide: A set of actionable indicators*. Geneva: World Health Organization; 2021.
139. Beasley A et al. Models of non-hospice palliative care: A review. *Annals of Palliative Medicine*. February 2019;8(Suppl 1):S15-S21. doi:10.21037/apm.2018.03.11.
140. Oluyase AO et al. Hospital-based specialist palliative care compared with usual care for adults with advanced illness and their caregivers: A systematic review. *Health Services and Delivery Research*. 2021;9(12). doi:10.3310/hsdr09120.
141. Forbat L et al. Defining 'specialist palliative care': Findings from a Delphi study of clinicians. *Australian Health Review*. April 2020;44(2):313-321. doi:10.1071/AH18198.
142. World Health Organization. *Palliative Care Key Facts*. World Health Organization; 2020.
143. World Health Organization. *Reforming Health Service Delivery for Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization; 2017.
144. Knaul FM et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-1454.
145. World Health Organization. *Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Paediatrics: A WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva: World Health Organization; 2018.

146. Munday D et al. Defining primary palliative care for universal health coverage. *The Lancet*. 2019;394(10199):621–622.
147. Peeler A et al. Primary palliative care in low- and middle-income countries: A systematic review and thematic synthesis of the evidence for models and outcomes (pre-print). *Palliative Medicine*. 2024.
148. Rotar Pavlic D et al. Palliative care in primary care: European Forum for Primary Care position paper. *Primary Health Care Research and Development*. 2019;20:e133.
149. Ernecoff NC et al. Comparing specialty and primary palliative care interventions: Analysis of a systematic review. *Journal of Palliative Medicine*. 2020;23(3):389-396.
150. Lupu D et al. The growing demand for hospice and palliative medicine physicians: Will the supply keep up? *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018;55(4):1216-1223.
151. World Health Organization. *Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Primary Health Care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva: World Health Organization; 2018.
152. Carey ML et al. Systematic review of barriers and enablers to the delivery of palliative care by primary care practitioners. *Palliative Medicine*. 2019;33(9):1131-1145.
153. Ernecoff NC et al. Comparing specialty and primary palliative care interventions: Analysis of a systematic review. *Journal of Palliative Medicine*. 2020;23(3):389-396.
154. Peeler A et al. Primary palliative care in low- and middle-income countries: A systematic review and thematic synthesis of the evidence for models and outcomes (pre-print). *Palliative Medicine*. 2024.
155. Mash R et al. Reflections on family medicine and primary healthcare in sub-Saharan Africa. *BMJ Specialist Journals*; Vol 3: 2018:e000662.
156. Bozkurt B et al. Cardiac rehabilitation for patients with heart failure: JACC Expert Panel. *Journal of the American College of Cardiology*. 2021;77(11):1454-1469.
157. Gelfman LP et al. The state of the science on integrating palliative care in heart failure. *Journal of Palliative Medicine*. 2017;20(6):592-603.
158. World Health Organization. *Consolidated HIV Guidelines for Prevention, Treatment, Service Delivery & Monitoring*. Geneva: World Health Organization; 2021.
159. Harding R. Palliative care as an essential component of the HIV care continuum. *Lancet HIV*. 2018;5(9):e524-e530.
160. Krajnik M et al. Do guidelines influence breathlessness management in advanced lung diseases? A multinational survey of respiratory medicine and palliative care physicians. *BMC Pulmonary Medicine*. 2022;22(1):41.

161. Durepos P et al. Assessing palliative care content in dementia care guidelines: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017;53(4):804-813.
162. Derbyshire Community Health Services NHS Foundation. *The Dementia Palliative Care Service Service Toolkit: Flipbook*. <https://dchs.nhs.uk/our-services-and-locations/a-z-list-of-services/living-well-dementia/dementia-palliative-care-service-toolkit/dementia-palliative-care-service-toolkit-flipbook>. [Accessed 31 July 2024].
163. World Health Organization. *Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Paediatrics: A WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva: World Health Organization; 2018.
164. Taylor J et al. Specialist paediatric palliative care for children and young people with cancer: A mixed-methods systematic review. *Palliative Medicine*. 2020;34(6):731-775.
165. De Clercq E et al. Aligning guidelines and medical practice: Literature review on pediatric palliative care guidelines. *Palliative & Supportive Care*. 2017;15(4):474-489.
166. Godfrey S et al. Expanding the paradigm for cardiovascular palliative care. *Circulation*. 2023;148(13):1039-1052.
167. Payne S et al. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliative Medicine*. 2022;36(4):680-697.
168. Gaertner J et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2017;357:j2925.
169. Ernecoff NC et al. Comparing specialty and primary palliative care interventions: Analysis of a systematic review. *Journal of Palliative Medicine*. 2020;23(3):389-396.
170. Payne S et al. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliative Medicine*. 2022;36(4):680-697.
171. Oluyase AO et al. Hospital-based specialist palliative care compared with usual care for adults with advanced illness and their caregivers: A systematic review. *Health Services and Delivery Research*. 2021;9(12).
172. Majka ES and Trueger NS. Emergency department visits among patients with cancer in the US. *JAMA Network Open*. 2023;6(1):e2253797.
173. Gonzalez-Jaramillo V et al. Impact of home-based palliative care on health care costs and hospital use: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*. 2021;19(4):474-487.
174. Iupati S et al. Systematic review of models of effective community specialist palliative care services for evidence of improved patient-related outcomes, equity, integration, and health service utilization. *Journal of Palliative Medicine*. 2023;26(11):1562-1577.

175. Sharafi S et al. What are the outcomes of hospice care for cancer patients? A systematic review. *Supportive Care in Cancer*. 2022;31(1):64.
176. Leiter RE et al. Top ten tips palliative care clinicians should know about delivering specialty-aligned palliative care. *Journal of Palliative Medicine*. 2023;26(10):1401-1407.
177. Hui D et al. Timely palliative care: Personalizing the process of referral. *Cancers (Basel)*. 2022;14(4).
178. Chakraborty A and Stilos K. The specialist palliative care team as a local resource. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2023;33(1).
179. Kelley LT et al. Continuing professional development for primary care providers in palliative and end-of-life care: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*. 2020;23(8):1104-1124.
180. Goh S et al. Mentoring in palliative medicine in the time of COVID-19: A systematic scoping review : Mentoring programs during COVID-19. *BMC Medical Education*. 2022;22(1):359.
181. Iupati S et al. Systematic review of models of effective community specialist palliative care services for evidence of improved patient-related outcomes, equity, integration, and health service utilization. *Journal of Palliative Medicine*. 2023;26(11):1562-1577.
182. Diop MS et al. Palliative care interventions for patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Palliative Medicine*. 2017;20(1):84-92.
183. Teno JM et al. Does hospice improve quality of care for persons dying from dementia? *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011;59(8):1531-1536.
184. Cohen J and Deliens L. Applying a public health perspective to end-of-life care. In: Cohen J and Deliens L (eds). *A Public Health Perspective on End of Life Care*. Oxford: Oxford University Press; 2012:3-18.
185. Sallnow L et al. The impact of a new public health approach to end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*. 2016;30(3):200-211.
186. Peeler A et al. Public health palliative care interventions that enable communities to support people who are dying and their carers: A scoping review of studies that assess person-centered outcomes. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1180571.
187. Quintiens B et al. Area-based compassionate communities: A systematic integrative review of existing initiatives worldwide. *Palliative Medicine*. 2022;36(3):422-442.
188. Mutedzi B et al. Improving bereavement outcomes in Zimbabwe: Protocol for a feasibility cluster trial of the 9-cell bereavement tool. *Pilot and Feasibility Studies*. 2019;5:66.

189. Walshe C and Roberts D. Peer support for people with advanced cancer: A systematically constructed scoping review of quantitative and qualitative evidence. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2018;12(3):308-322.
190. D'Eer L and Sallnow L. Compassionate communities: Contemporary tensions and challenges. *Annals of Palliative Medicine*. 2024;13(1):5-9.
191. Peeler A et al. Public health palliative care interventions that enable communities to support people who are dying and their carers: A scoping review of studies that assess person-centered outcomes. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1180571.
192. Peeler A et al. Public health palliative care interventions that enable communities to support people who are dying and their carers: A scoping review of studies that assess person-centered outcomes. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1180571.
193. World Health Organization. *Planning and Implementing Palliative Care Services: A guide for programme managers*. Geneva: World Health Organization; 2016.
194. Taylor J et al. Specialist paediatric palliative care for children and young people with cancer: A mixed-methods systematic review. *Palliative Medicine*. 2020;34(6):731-775.
195. Ziegler L and Fraser LK. Palliative care for teenagers and young adults: The need for more evidence. *Palliative Medicine*. 2022;36(3):NP3-NP4.
196. Marcus KL et al. Impact of specialized pediatric palliative care: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;59(2):339-364 e310.
197. Hammer NM et al. Home-based specialized pediatric palliative care: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2023;65(4):e353-e368.
198. Kenneson SA et al. Pediatric palliative care program implementation in LMICs: A systematic review using SWOT analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2023;66(4):338-350 e311.
199. Fraser LK et al. Estimating the current and future prevalence of life-limiting conditions in children in England. *Palliative Medicine*. 2021;35(9):1641-1651.
200. Ziegler L and Fraser LK. Palliative care for teenagers and young adults: The need for more evidence. *Palliative Medicine*. 2022;36(3):NP3-NP4.
201. Kerr H et al. Transition from children's to adult services for young adults with life-limiting conditions: A realist review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;76:1-27.
202. Harding R et al. Pediatric palliative care in sub-saharan Africa: A systematic review of the evidence for care models, interventions, and outcomes. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014;47(3):642-651.
203. Kelly D et al. The effectiveness of nurse-led interventions for cancer symptom management 2000–2018: A systematic review and meta-analysis. *Health Sciences Review*. 2022;4.

204. Kelly D et al. The effectiveness of nurse-led interventions for cancer symptom management 2000–2018: A systematic review and meta-analysis. *Health Sciences Review*. 2022;4.
205. Ora L et al. Nurse-led integration of palliative care for chronic obstructive pulmonary disease: An integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28(21-22):3725-3733.
206. Bakitas MA et al. Effect of an early palliative care telehealth intervention vs usual care on patients with heart failure: The ENABLE CHF-PC randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180(9):1203-1213.
207. Salamanca-Balen N et al. The costs, resource use and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led interventions for patients with palliative care needs: A systematic review of international evidence. *Palliative Medicine*. 2018;32(2):447-465.
208. Downing J et al. A palliative care link nurse programme in Mulago Hospital, Uganda: An evaluation using mixed methods. *BMC Palliative Care*. 2016;15:40.
209. Bassah N et al. Nurse-led adult palliative care models in low- and middle-income countries: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*. 2023.
210. World Health Organization. *State of the World's Nursing: Investing in education, jobs and leadership*. Geneva: World Health Organization; 2020.
211. Rosa WE et al. Optimizing the global nursing workforce to ensure universal palliative care access and alleviate serious health-related suffering worldwide. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2022;63(2):e224-e236.
212. World Health Organization. *State of the World's Nursing: Investing in education, jobs and leadership*. Geneva: World Health Organization; 2020.
213. Ladd E and Schober M. Nurse prescribing from the global vantage point: The intersection between role and policy. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2018;19(1-2):40-49.
214. World Health Organization. *State of the World's Nursing: Investing in education, jobs and leadership*. Geneva: World Health Organization; 2020.
215. Ladd E and Schober M. Nurse prescribing from the global vantage point: The intersection between role and policy. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2018;19(1-2):40-49.
216. Kelly D et al. The effectiveness of nurse-led interventions for cancer symptom management 2000–2018: A systematic review and meta-analysis. *Health Sciences Review*. 2022;4.
217. Wittry SA et al. The value of rehabilitation medicine for patients receiving palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2018;35(6):889-896.
218. Stout NL et al. A systematic review of rehabilitation and exercise recommendations in oncology guidelines. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71(2):149-175.

219. Maddocks M et al. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet*. 2017;390(10098):988-1002.
220. Bozkurt B et al. Cardiac rehabilitation for patients with heart failure: JACC Expert Panel. *Journal of the American College of Cardiology*. 2021;77(11):1454-1469.
221. Nair KPS et al. Rehabilitation medicine in palliative care of chronic neurological conditions. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2023;13(2):154-160.
222. World Health Organization. *Policy Brief on Integrating Rehabilitation into Palliative Care Services*. Copenhagen: World Health Organization; 2023.
223. Timm H et al. Rehabilitation and palliative care: histories, dialectics and challenges. *Wellcome Open Research*. 2021;6:171.
224. Wittry SA et al. The value of rehabilitation medicine for patients receiving palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2018;35(6):889-896.
225. Raphael B and Dobson M. Bereavement. In: Harvey J and Miller E (eds). *Loss and Trauma*. New York: Routledge; 2021:45-61.
226. Johannsen M et al. Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*. 2019;253:69-86.
227. Maass U et al. Effects of bereavement groups-a systematic review and meta-analysis. *Death Studies*. 2022;46(3):708-718.
228. Aoun SM and Rumbold B. Public health approaches to bereavement support. In: Abel J and Kellehear A (eds). *Oxford Textbook of Public Health Palliative Care*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2022.
229. Kustanti CY et al. The effectiveness of bereavement support for adult family caregivers in palliative care: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Nursing Scholarship*. 2021;53(2):208-217.
230. Connor S et al. *Global Atlas of Palliative Care*. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA); 2020.
231. Hudson P et al. Bereavement support standards and bereavement care pathway for quality palliative care. *Palliative & Supportive Care*. 2018;16(4):375-387.
232. Connor S et al. *Global Atlas of Palliative Care*. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA); 2020.
233. Daubman B-R et al. Implementing palliative care training in the Caribbean: Development and assessment of a basic palliative care training course in Jamaica. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021;62(6):1145-1153.
234. Etkind SN et al. The role and response of palliative care and hospice services in epidemics and pandemics: A rapid review to inform practice during the COVID-19 pandemic. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;60(1):e31-e40.

235. Harris D et al. The impact of climate change on hospice and palliative medicine: A scoping and narrative review. *The Journal of Climate Change and Health*. 2024;18.
236. Nouvet E et al. Palliative care in humanitarian crises: A review of the literature. *Journal of International Humanitarian Action*. 2018;3(1).
237. Nouvet E et al. Palliative care in humanitarian crises: A review of the literature. *Journal of International Humanitarian Action*. 2018;3(1).
238. World Health Organization. *Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Primary Health Care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva: World Health Organization; 2018.
239. Arora S et al. Outcomes of treatment for hepatitis C virus infection by primary care providers. *The New England Journal of Medicine*. 2011;364(23).
240. Arora S et al. Project ECHO for Cancer Care: A scoping review of provider outcome evaluations. *Journal of Cancer Education*. 2023;38(5):1509-1521.
241. Varon ML et al. Project ECHO Cancer Initiative: A tool to improve care and increase capacity along the continuum of cancer care. *Journal of Cancer Education*. 2021;36(Suppl 1):25-38.
242. Doherty M et al. Using virtual learning to develop palliative care skills among humanitarian health workers in the rohingya refugee response in Bangladesh. *Journal of Medical Education and Curricular Development*. 2022;9:23821205221096099.
243. Mackin C et al. Online palliative care education and mentorship in Nepal: Project ECHO - a novel approach to improving knowledge and self-efficacy among interprofessional health-care providers. *Palliative & Supportive Care*. 2024:1-9.
244. Doherty M and Abdullah QK. Using Project ECHO to deliver a tele-mentoring and teaching program on palliative care in South Asia: Interpretive description of participants' experiences with a community of practice for learning. *Palliative & Supportive Care*. 2024:1-9.
245. Lopez MS et al. Project ECHO: A telementoring program for cervical cancer prevention and treatment in low-resource settings. *Journal of Global Oncology*. 2017;3(5).
246. Project ECHO: *Project ECHO Homepage*. <https://projectecho.unm.edu>. Published 2024. [Accessed 31 July 2024].
247. Rowe JG et al. Palliative care practice during the COVID-19 pandemic: A descriptive qualitative study of palliative care clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021;62(6):1111-1116.
248. Dunleavy L et al. 'Necessity is the mother of invention': Specialist palliative care service innovation and practice change in response to COVID-19. Results from a multinational survey (CovPall). *Palliative Medicine*. 2021;35(5):814-829.

249. Eastman P et al. Telehealth: Rapid adoption in community palliative care due to COVID-19: Patient and professional evaluation. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2021.
250. Webb M et al. Best practices for using telehealth in hospice and palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2021;23(3):277-285.
251. Dunleavy L et al. 'Necessity is the mother of invention': Specialist palliative care service innovation and practice change in response to COVID-19. Results from a multinational survey (CovPall). *Palliative Medicine*. 2021;35(5):814-829.
252. Dunleavy L et al. 'Necessity is the mother of invention': Specialist palliative care service innovation and practice change in response to COVID-19. Results from a multinational survey (CovPall). *Palliative Medicine*. 2021;35(5):814-829.
253. Willis KD et al. Same storm, different boat: The global impact of COVID-19 on palliative care. *Psychooncology*. 2023;32(1):148-154.
254. Stanley S et al. How can technology be used to support communication in palliative care beyond the COVID-19 pandemic: A mixed-methods national survey of palliative care healthcare professionals. *BMC Palliative Care*. 2024;23(1):40.
255. Pastrana T et al. The impact of COVID-19 on palliative care workers across the world: A qualitative analysis of responses to open-ended questions. *Palliative & Supportive Care*. 2021;19(2):187-192.
256. Etkind SN et al. The role and response of palliative care and hospice services in epidemics and pandemics: A rapid review to inform practice during the COVID-19 pandemic. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;60(1):e31-e40.
257. Etkind SN et al. Capture, transfer, and feedback of patient-centered outcomes data in palliative care populations: Does it make a difference? A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015;49(3):611-624.
258. Stiel S et al. Outcome assessment instruments in palliative and hospice care: A review of the literature. *Supportive Care in Cancer*. 2012;20(11):2879-2893.
259. Murtagh FE et al. A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). *Palliative Medicine*. 2019;33(8):1045-1057.
260. Harding R et al. Validation of a core outcome measure for palliative care in Africa: The APCA African Palliative Outcome Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010;8(10).
261. Raj R et al. Validation of the IPOS-renal symptom survey in advanced kidney disease: A cross-sectional study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018;56(2):281-287.
262. Ellis-Smith C et al. How can a measure improve assessment and management of symptoms and concerns for people with dementia in care homes? A mixed-methods feasibility and process evaluation of IPOS-Dem. *PLOS ONE*. 2018;13(7):e0200240.

263. Hui D and Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment system 25 years later: Past, present, and future developments. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017;53(3):630-643.
264. Porenoy RK et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*. 1994;30A(9).
265. Collins ES et al. A systematic review of the use of the Palliative Care Outcome Scale and the Support Team Assessment Schedule in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015;50(6):842-853 e819.
266. Kaasa S et al. The EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQX30): Validity and reliability when analysed with patients treated with palliative radiotherapy. *European Journal of Cancer*. 1995;31(14).
267. Stiel S et al. Outcome assessment instruments in palliative and hospice care: A review of the literature. *Supportive Care in Cancer*. 2012;20(11):2879-2893.
268. Evans CJ et al. The selection and use of outcome measures in palliative and end-of-life care research: The MORECare International Consensus Workshop. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013;46(6):925-937.
269. Namisango E et al. Symptoms and concerns among children and young people with life-limiting and life-threatening conditions: A systematic review highlighting meaningful health outcomes. *The Patient*. 2019;12(1):15-55.
270. Downing J et al. A palliative care outcome measure for children in sub-Saharan Africa: Early development findings. *European Journal of Palliative Care*. 2012;12(6):292-295.
271. Namisango E et al. Face and content validity, acceptability, feasibility, and implementability of a novel outcome measure for children with life-limiting or life-threatening illness in three sub-Saharan African countries. *Palliative Medicine*. 2022;36(7):1140-1153.
272. Namisango E et al. Face and content validity, acceptability, feasibility, and implementability of a novel outcome measure for children with life-limiting or life-threatening illness in three sub-Saharan African countries. *Palliative Medicine*. 2022;36(7):1140-1153.
273. Coombes L et al. Cognitive testing of the Children's Palliative Outcome Scale (C-POS) with children, young people and their parents/carers. *Palliative Medicine*. 2024;38(6):644-659.
274. Coombes L et al. Design and administration of patient-centred outcome measures: The perspectives of children and young people with life-limiting or life-threatening conditions and their family members. *The Patient*. 2023;16(5):473-483.
275. Coombes L et al. Achieving consensus on priority items for paediatric palliative care outcome measurement: Results from a modified Delphi survey, engagement with a children's research involvement group and expert item generation. *Palliative Medicine*. 2023;37(10):1509-1519.

276. Afolabi OA et al. What constitutes a palliative care need in people with serious illnesses across Africa? A mixed-methods systematic review of the concept and evidence. *Palliative Medicine*. 2021;35(6):1052-1070.
277. Bates MJ et al. Palliative care and catastrophic costs in Malawi after a diagnosis of advanced cancer: A prospective cohort study. *The Lancet Global Health*. 2021.
278. French EB et al. End-of-life medical spending in last twelve months of life is lower than previously reported. *Health Affairs*. 2017;36(7):1211-1217. doi:10.1377/hlthaff.2017.0174.
279. Normand C et al. *Health and social care near the end of life. Can policies reduce costs and improve outcomes?* Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2021.
280. French EB et al. End-of-life medical spending in last twelve months of life is lower than previously reported. *Health Affairs*. 2017;36(7):1211-1217. doi:10.1377/hlthaff.2017.0174.
281. Normand C et al. *Health and social care near the end of life. Can policies reduce costs and improve outcomes?* Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2021.
282. Higginson IJ et al. Social and clinical determinants of preferences and their achievement at the end of life: Prospective cohort study of older adults receiving palliative care in three countries. *BMC Geriatrics*. 2017;17(1):271.
283. May P et al. End-of-life experience for older adults in Ireland: Results from the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):118.
284. McCaffrey N et al. What aspects of quality of life are important from palliative care patients' perspectives? A framework analysis to inform preference-based measures for palliative and end-of-life settings. *The Patient*. 2023.
285. Gardiner C et al. Equity and the financial costs of informal caregiving in palliative care: A critical debate. *BMC Palliative Care*. 2020;19(1):71.
286. Higginson IJ et al. Associations between informal care costs, care quality, carer rewards, burden and subsequent grief: The international, access, rights and empowerment mortality follow-back study of the last 3 months of life (IARE I study). *BMC Medicine*. 2020;18(1):344.
287. Hu B et al. Projected costs of informal care for older people in England. *The European Journal of Health Economics*. 2023:1-14.
288. Shankaran V et al. Risk of adverse financial events in patients with cancer: Evidence from a novel linkage between cancer registry and credit records. *Journal of Clinical Oncology*. 2022;40(8):884-891.
289. Sallnow L et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: Bringing death back into life. *The Lancet*. 2022;399(10327):837-884.

290. Knaul FM et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-1454.
291. Wagstaff A et al. Out-of-pocket expenditures on health: A global stocktake. *The World Bank Research Observer*. 2020;35(2):123-157.
292. Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*. 1963;53(Dec):941-973.
293. Harding R et al. Health literacy in communication, decision-making and outcomes among cancer patients, their families and clinicians in India: A multicentre cross-sectional qualitative study. *Psychooncology*. 2022;31(3):532-540.
294. Reid E et al. Out-of-pocket costs near end of life in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLOS Glob Public Health*. 2022;2(1):e0000005.
295. Anderson RE and Grant L. What is the value of palliative care provision in low-resource settings? *BMJ Global Health*. 2017;2(1):e000139.
296. Mathew C et al. Economic evaluations of palliative care models: A systematic review. *Palliative Medicine*. 2019;34(1):69-82.
297. Reid EA et al. Is palliative care cost-effective in low-income and middle-income countries? A mixed-methods systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2019;9(2):120-129.
298. Nguyen TK et al. Evaluation of health economics in radiation oncology: A systematic review. *International Journal Of Radiation Oncology, Biology, Physics*. 2016;94(5):1006-1014.
299. Catala-Lopez F et al. When are statins cost-effective in cardiovascular prevention? A systematic review of sponsorship bias and conclusions in economic evaluations of statins. *PLOS ONE*. 2013;8(7):e69462.
300. Wilcox ME et al. Cost-effectiveness studies in the ICU: A systematic review. *Critical Care Medicine*. 2019;47(8):1011-1017.
301. Khandelwal N et al. Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: A systematic review. *Critical Care Medicine*. 2015;43(5):1102-1111.
302. May P et al. Economics of palliative care for hospitalized adults with serious illness: A meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2018;178(6):820-829.
303. Langton JM et al. Retrospective studies of end-of-life resource utilization and costs in cancer care using health administrative data: A systematic review. *Palliative Medicine*. 2014;28(10):1167-1196.
304. Higginson IJ and Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *The Cancer Journal*. 2010;16(5):423-435.

305. Smith S et al. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*. 2014;28(2):130-150.
306. Luta X et al. Evidence on the economic value of end-of-life and palliative care interventions: A narrative review of reviews. *BMC Palliative Care*. 2021;20(1):89.
307. Bajwah S et al. The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020;9(9):Cd012780.
308. Gomes B et al. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;2013(6):CD007760.
309. Kavalieratos D et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(20):2104-2114.
310. Gardiner C et al. Exploring the financial impact of caring for family members receiving palliative and end-of-life care: A systematic review of the literature. *Palliative Medicine*. 2014;28(5):375-390.
311. Leniz J et al. Formal and informal costs of care for people with dementia who experience a transition to hospital at the end of Life: A secondary data analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2022;23(12):2015-2022. e2015.
312. Knaul FM et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-1454.
313. World Health Organization. A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2018.
314. Knaul FM et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-1454.
315. World Health Organization. *Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Primary Health Care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva: World Health Organization; 2018.
316. Knaul FM et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-1454.
317. World Health Organization. *Quality Health Services And Palliative Care: Practical approaches and resources to support policy, strategy and practice*. Geneva: World Health Organization; 2021.
318. World Health Organization. *Assessing the Development Of Palliative Care Worldwide: A set of actionable indicators*. Geneva: World Health Organization; 2021.

319. World Health Organization. *Assessing the Development Of Palliative Care Worldwide: A set of actionable indicators*. Geneva: World Health Organization; 2021.
320. World Health Organization. *Assessing the Development Of Palliative Care Worldwide: A set of actionable indicators*. Geneva: World Health Organization; 2021.
321. Clelland D et al. Palliative care in public policy: Results from a global survey. *Palliative Medicine Reports*. 2020;1(1):183-190.
322. Reynolds T et al. Building implementable packages for universal health coverage. *BMJ Global Health*. 2023;8(Suppl 1).
323. Patel P and Lyons L. Examining the knowledge, awareness, and perceptions of palliative care in the general public over time: A scoping literature review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2020;37(6):481-487.
324. The Lancet. Palliative care and the COVID-19 pandemic. [editorial]. *The Lancet*. 2020;395(10231):1168.
325. Javanparast S et al. Equity consideration in palliative care policies, programs, and evaluation: An analysis of selected federal and South Australian documents. *BMC Palliative Care*. 2022;21(1):109.
326. Sallnow L and Paul S. Understanding community engagement in end-of-life care: Developing conceptual clarity. *Critical Public Health*. 2014;25(2):231-238.
327. Noonan K et al. Developing death literacy. *Progress in Palliative Care*. 2016;24(1):31-35.
328. World Health Organization. *WHO Framework For Meaningful Engagement of People Living With Noncommunicable Diseases and Mental Health And Neurological Conditions*. Geneva: World Health Organization; 2023.
329. Sleeman KE et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: Projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Global Health*. 2019;7(7):e883-e892.
330. World Health Organization. *Assessing the Development Of Palliative Care Worldwide: A set of actionable indicators*. Geneva: World Health Organization; 2021.
331. World Health Organization. *Palliative Care Key Facts*. World Health Organization; 2020.
332. World Health Organization. *Reforming Health Service Delivery for Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization; 2017.
333. World Health Organization. *Palliative Care Key Facts*. World Health Organization; 2020.
334. World Health Organization. *Reforming Health Service Delivery for Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization; 2017.

335. World Health Organization. A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2018.
336. Cain CL et al. Culture and palliative care: Preferences, communication, meaning, and mutual decision making. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018;55(5):1408-1419.
337. Li WW et al. Palliative care education and its effectiveness: A systematic review. *Public Health*. 2021;194:96-108.
338. World Health Organization. *Assessing the Development Of Palliative Care Worldwide: A set of actionable indicators*. Geneva: World Health Organization; 2021.
339. World Health Organization. *WHO Model List of Essential Medicines - 23rd List*. Geneva: World Health Organization; 2023.
340. World Health Organization. *The World Health Organizations Model List of Essential Medicines for Children - 9th List*. Geneva: World Health Organization; 2023.
341. Knaul FM et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-1454.
342. Ju C et al. Global, regional, and national trends in opioid analgesic consumption from 2015 to 2019: A longitudinal study. *Lancet Public Health*. 2022;7(4):e335-e346.
343. Knaul FM et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-1454.
344. Cleary JF and Maurer MA. Pain and Policy Studies Group: Two decades of working to address regulatory barriers to improve opioid availability and accessibility around the world. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018;55(2S):S121-S134.
345. Abu-Odah H et al. Global palliative care research (2002-2020): Bibliometric review and mapping analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2022;12(4):376-387.
346. Quinn KL et al. Comparison of palliative care delivery in the last year of life between adults with terminal noncancer illness or cancer. *JAMA Network Open*. 2021;4(3):e210677.
347. May P et al. Economics of palliative care for hospitalized adults with serious illness: A meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2018;178(6):820-829.
348. Abu-Odah H et al. Global palliative care research (2002-2020): Bibliometric review and mapping analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2022;12(4):376-387.

349. Beecham E et al. A call for increased paediatric palliative care research: Identifying barriers. *Palliative Medicine*. 2016;30(10):979-980.
350. Abu-Odah H et al. Global palliative care research (2002-2020): Bibliometric review and mapping analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2022;12(4):376-387.
351. Quinn KL et al. Comparison of palliative care delivery in the last year of life between adults with terminal noncancer illness or cancer. *JAMA Network Open*. 2021;4(3):e210677.
352. Brant JM and Rassouli M. A global perspective on publishing in oncology. *Seminars in Oncology Nursing*. 2018;34(4):402-408.
353. Chen EK et al. Why is high-quality research on palliative care so hard to do? Barriers to improved research from a survey of palliative care researchers. *Journal of Palliative Medicine*. 2014;17(7):782-787.
354. World Health Organization. *Assessing the Development Of Palliative Care Worldwide: A set of actionable indicators*. Geneva: World Health Organization; 2021.
355. World Health Organization. *Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Report of the 2019 Global Survey*. Geneva: World Health Organization; 2020.
356. Arias-Casais N et al. Trends analysis of specialized palliative care services in 51 countries of the WHO European region in the last 14 years. *Palliative Medicine*. 2020;34(8):1044-1056.
357. Pastrana T and De Lima L. Palliative care in Latin America: Are we making any progress? Assessing development over time using macro indicators. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2022;63(1):33-41.
358. Arias-Casais N et al. Mapping pediatric palliative care development in the WHO-European region: Children living in low-to-middle-income countries are less likely to access it. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;60(4):746-753.
359. Clelland D et al. Palliative care in public policy: Results from a global survey. *Palliative Medicine Reports*. 2020;1(1):183-190.
360. World Health Organization. *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*. Geneva: World Health Organization; 2023.
361. Pastrana T et al. *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamerica, 2a edicion*. 2021.
362. Arias-Casais N et al. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe*. Vilvoorde: EAPC Press; 2019.
363. Osman H et al. *Atlas of Palliative Care in the Eastern Mediterranean Region*. Texas: IAHPC Press; 2017.

364. Rhee JY et al. *APCA Atlas of Palliative Care in Africa*. Houston: International Association for Hospice and Palliative Care; 2017.
365. World Health Organization. *Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Primary Health Care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva: World Health Organization; 2018.
366. Murray SA et al. Promoting palliative care in the community: Production of the Primary Palliative Care Toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in Primary Palliative Care. *Palliative Medicine*. 2015;29(2):101-111.
367. Cleary J et al. Chapter 3: What are the main barriers to palliative care development? In: *Global Atlas of Palliative Care 2nd ed*. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020.
368. World Health Organization. *Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Report of the 2021 Global Survey*. Geneva: World Health Organization; 2023.
369. World Health Organization. *WHO Global Survey on the Inclusion of Cancer Care in Health-Benefit Packages: 2020-2021*. Geneva: World Health Organization; 2024.
370. Cleary J et al. Chapter 3: What are the main barriers to palliative care development? In: *Global Atlas of Palliative Care 2nd ed*. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020.
371. Martins Pereira S et al. Nursing education on palliative care across Europe: Results and recommendations from the EAPC Taskforce on preparation for practice in palliative care nursing across the EU based on an online-survey and country reports. *Palliative Medicine*. 2021;35(1):130-141.
372. Pastrana T and De Lima L. Palliative care in Latin America: Are we making any progress? Assessing development over time using macro indicators. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2022;63(1):33-41.
373. Pastrana T et al. Palliative medicine specialization in Latin America: A comparative analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021;62(5):960-967.
374. World Health Organization. *Access to Controlled Medicines for Pain Management in the WHO South-East Asia Region*. Geneva: World Health Organization; 2023.
375. Downing J and Daniels A. A review of children's palliative care training programmes globally. *Palliative Medicine*. 2024;38(1).
376. Connor SR (ed). *Global Atlas of Palliative Care, 2nd Edition*. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020.
377. Pastrana T et al. *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamerica, 2a edicion*. 2021.
378. Arias-Casais N et al. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe*. Vilvoorde: EAPC Press; 2019.

379. Osman H et al. *Atlas of Palliative Care in the Eastern Mediterranean Region*. Texas: IAHPHC Press; 2017.
380. Rhee JY et al. *APCA Atlas of Palliative Care in Africa*. Houston: International Association for Hospice and Palliative Care; 2017.
381. Knaul FM et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-1454.
382. Kweke XJ et al. Global assessment of palliative care need: Serious health-related suffering measurement methodology. *Journal of Pain and Symptom Management*. 16 April 2024. doi:10.1016/j.jpainsymman.2024.03.027.
383. World Health Organization. *Assessing the Development Of Palliative Care Worldwide: A set of actionable indicators*. Geneva: World Health Organization; 2021.
384. Sanchez-Cardenas M et al. Region-specific macro-indicators for palliative care development in the Eastern Mediterranean Region: A Delphi study. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2022;27(8):560-568.
385. International Narcotics Control Board. *Report of the International Narcotics Control Board for 2023*. Vienna: United Nations; 2023.
386. World Health Organization. *Left Behind In Pain: Extent and Causes of Global Variations in Access to Morphine for Medical Use and Actions to Improve Safe Access*. Geneva: World Health Organization; 2023.
387. Piggott T et al. Global status of essential medicine selection: A systematic comparison of national essential medicine lists with recommendations by WHO. *BMJ Open*. 2022;12(2):e053349.
388. Richards GC et al. Relation between opioid consumption and inclusion of opioids in 137 national essential medicines lists. *BMJ Global Health*. 2020;5(11).
389. World Health Organization. *Access to Controlled Medicines for Pain Management in the WHO South-East Asia Region*. Geneva: World Health Organization; 2023.
390. Kumar S et al. Collaborative Programmes Between Government and Civil Society: Scope, Challenges and Model. In: Silbermann M, (ed). *Palliative Care for Chronic Cancer Patients in the Community*. Switzerland: Springer; 2021:361-375.
391. World Health Organization. *Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: A report of the 2017 Global Survey*. Geneva: World Health Organization; 2018.
392. World Health Organization. *Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Report of the 2019 Global Survey*. Geneva: World Health Organization; 2020.
393. World Health Organization. *Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Report of the 2021 Global Survey*. Geneva: World Health Organization; 2023.

394. World Health Organization. *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2018.
395. World Health Organization. *Consolidated HIV Guidelines for Prevention, Treatment, Service Delivery & Monitoring*. Geneva: World Health Organization; 2021.
396. World Health Organization. *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*. Geneva: World Health Organization; 2023.
397. World Health Organization. *Planning and Implementing Palliative Care Services: A guide for programme managers*. Geneva: World Health Organization; 2016.
398. World Health Organization. *WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents*. Geneva: World Health Organization; 2018.
399. World Health Organization. *Quality Health Services And Palliative Care: Practical approaches and resources to support policy, strategy and practice*. Geneva: World Health Organization; 2021.
400. World Health Organization. *Policy Brief on Integrating Rehabilitation into Palliative Care Services*. Copenhagen: World Health Organization; 2023.
401. World Health Organization. *Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Primary Health Care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva: World Health Organization; 2018.
402. World Health Organization. *Integrating Palliative Care and Symptom Relief into the Response to Humanitarian Emergencies and Crises: A WHO Guide*. Geneva: World Health Organization; 2018.
403. Reynolds T et al. Building implementable packages for universal health coverage. *BMJ Global Health*. 2023;8(Suppl 1).
404. World Health Organization. *Statement on pain management guidance*. www.who.int/news/item/14-06-2019-statement-on-pain-managementguidance [Accessed 31 July 2024].
405. World Health Organization. *Guidelines on the Management of Chronic Pain in Children*. Geneva: World Health Organization; 2020.
406. Jayawardana S et al. Global consumption of prescription opioid analgesics between 2009-2019: A country-level observational study. *EClinicalMedicine*. 2021;42:101198.
407. International Narcotics Control Board. *Report of the International Narcotics Control Board for 2023*. Vienna: United Nations; 2023.
408. International Narcotics Control Board. *Report of the International Narcotics Control Board for 2023*. Vienna: United Nations; 2023.

409. Slama S et al. The development of the noncommunicable diseases emergency health kit. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2018;24(01):92-98.
410. International Narcotics Control Board. *Report of the International Narcotics Control Board for 2023*. Vienna: United Nations; 2023.
411. International Narcotics Control Board. *Report of the International Narcotics Control Board for 2023*. Vienna: United Nations; 2023.
412. International Narcotics Control Board. Narcotic drugs: Estimated world requirements for 2024. In: *Annual Report 2023*. Vienna: International Narcotics Control Board; 2024.
413. World Health Organization. *Operational Framework for Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2020.
414. Connor SR (ed). *Global Atlas of Palliative Care*. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2014.
415. Connor SR (ed). *Global Atlas of Palliative Care, 2nd Edition*. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020.
416. World Health Organization. Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Report of the 2021 Global Survey. Geneva: World Health Organization; 2023.
417. World Health Organization. Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Report of the 2021 Global Survey. Geneva: World Health Organization; 2023.
418. Cleary J et al. Chapter 3: What are the main barriers to palliative care development? In: *Global Atlas of Palliative Care 2nd ed*. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020.
419. Abu-Odah H et al. Global palliative care research (2002-2020): Bibliometric review and mapping analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2022;12(4):376-387.
420. Abu-Odah H et al. Global palliative care research (2002-2020): Bibliometric review and mapping analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2022;12(4):376-387.
421. May P et al. Economics of palliative care for hospitalized adults with serious illness: A meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2018;178(6):820-829.
422. International Children's Palliative Care Network. *ICPCN Homepage*. <https://icpcn.org>. [Accessed 31 July 2024].
423. Abu-Odah H et al. Global palliative care research (2002-2020): Bibliometric review and mapping analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2022;12(4):376-387.
424. World Health Organization. *Sixty-ninth World Health Assembly Progress Report*. Geneva: World Health Organization; 2016.

شركاء البحوث

وزارة الصحة العامة
Ministry of Public Health
دولة قطر • State of Qatar



تتقدم مبادرة « ويش » بخالص الشكر والتقدير لوزارة الصحة العامة على الدعم الكبير



Cicely Saunders
International
Better care at the end of life



