





سرشناسه	:	برایتبارت، ویلیام، ۱۹۵۱-م.
عنوان و نام پدیدآور	:	Breitbart, William, 1951- رویکرد روانی اجتماعی به مراقبت‌های تسکینی/ویلیام بریتبارت، یس آلیسی؛ ترجمه آوا گلی؛ با پیشگفتار محمدرضا شعرافچی‌زاده.
مشخصات نشر	:	اصفهان: دهکده سلامت، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهری	:	۲۷۰ص: جدول.
شابک	:	978-622-96899-8-1: ۱۱۰۰۰۰۰ ریال
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا
یادداشت	:	عنوان اصلی: Psychosocial palliative care, 2014.
یادداشت	:	کتابنامه.
موضوع	:	مراقبت از بیماران مشرف به مرگ Terminal care بیماران مشرف به مرگ -- روان‌شناسی Terminally ill -- Psychology
شناسه افزوده	:	آلیسی، یسن
شناسه افزوده	:	Alici, Yesne
شناسه افزوده	:	گلی، آوا، ۱۳۸۰- مترجم
شناسه افزوده	:	شعرافچی‌زاده، محمدرضا، ۱۳۶۲ - مقدمه‌نویس
رده بندی کنگره	:	RY۲۶/۸
رده بندی دیویی	:	۶۱۶/۰۳۹
شماره کتابشناسی ملی	:	۸۹۴۴۷۷۶
اطلاعات رکورد کتابشناسی	:	فیپا

رویکرد روانی اجتماعی به مراقبت‌های تسکینی

ویلیام بریتبرت
یسن آلیسی

ترجمه: آوا گلی
با پیشگفتار دکتر محمدرضا شعر بافچی



موسسه نیکوکاری کنترل سرطان ایران
مکس



انتشارات دهکده سلامت

اصفهان، خیابان میر، کوچه مسعود کیانی، پلاک ۶.
تلفن: ۰۳۱-۳۶۶۷۱۹۱۷

صندوق پستی: ۸۱۶۳۷-۳۳۶۹۶

www.behi.ir

www.iranianhealth.com



موسسه نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان (مکسا)

اصفهان، خیابان مطهری، بعد از پل شیری، کوچه ۳۵،
بن‌بست امین‌الدوله، پلاک ۲۹. ۰۳۱-۳۲۳۳۳۰۳۹
تهران، شرق به غرب بزرگراه جلال‌آل احمد، بعد از خیابان
نصر (گیشا)، پلاک ۱۳۹، طبقه دوم. ۰۲۱-۸۸۷۲۰۰۳۵

www.psychsoma.org

www.macsa.ir

رویکرد روانی اجتماعی به مراقبت‌های تسکینی

ویلیام بریتبرت

یسن آلیسی

ترجمه: آوا گلی

با پیشگفتار دکتر محمدرضا شعرافچی

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱ • تیراژ: ۱۰۰ نسخه • قیمت: ۱۱۰ هزار تومان

صفحه‌آرا: مینا عنایتی

طراح جلد: سیامک تراکمه‌زاده

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۹۶۸۹۹-۸-۱

ISBN: 978-622-96899-8-1

فهرست

۱	پیشگفتار
۵	مقدمه
۹	بخش اول: مراقبت تسکینی مدرن
۱۱	فصل اول: اصول مراقبت تسکینی
۱۱	تعریف مراقب تسکینی
۱۲	نیاز جهانی به مراقب تسکینی
۱۵	برنامه‌های مراقبت تسکینی / مدل‌های ارائه مراقبت
۱۷	مراقبت تسکینی مرگ را تسریع نمی‌کند
۲۳	فصل دوم: دیدی کلی به مرگ
۲۳	علل مرگ
۲۵	سن مرگ
۲۵	محل مرگ
۲۶	بیماران چگونه می‌میرند؟
۲۷	مرگ "خوب" چیست؟
۲۹	فصل سوم: نقش روان-سرطان‌شناس در مراقبت‌های تسکینی
۳۳	بخش دوم: اختلالات روان‌پزشکی در کاربندی مراقبت تسکینی
۳۶	راهبردهایی برای کنترل علامت‌های روان‌پزشکی / روانی در بیماران رو به مرگ
۳۹	فصل چهارم: اختلالات اضطرابی در مراقبت تسکینی
۳۹	شیوع اضطراب
۵۵	فصل پنجم: افسردگی در مراقبت تسکینی
۵۵	شیوع افسردگی در مراقبت تسکینی
۵۶	تشخیص افسردگی در مراقبت‌های تسکینی
۶۱	ارزیابی افسردگی در مراقبت‌های تسکینی
۶۳	مدیریت افسردگی
۸۹	فصل ششم: خودکشی، خودکشی کمک‌شده و میل به مرگ سریع
۹۹	فصل هفتم: دلیریوم در مراقبت تسکینی
۹۹	شیوع و ماهیت دلیریوم در مراقبت‌های تسکینی
۱۰۵	ویژگی‌های بالینی دلیریوم
۱۱۲	مدیریت دلیریوم
۱۱۷	مدیریت دلیریوم در بیماران لاعلاج
۱۲۹	خلاصه

بخش سوم: مسائل روانی اجتماعی در کاربردی مراقبت تسکینی.....	۱۳۷
فصل هشتم: مدیریت خستگی در کاربردی مراقبت تسکینی.....	۱۳۹
خلاصه.....	۱۵۱
فصل نهم: روان درمانی و مداخلات رفتاری در مراقبت تسکینی.....	۱۵۵
فصل دهم: مداخلات روان پزشکی و روانشناسی برای کنترل درد و علائم (نشانه‌های)	
جسمی منتخب.....	۱۷۵
درد.....	۱۷۷
بی‌اشتهایی عصبی و کاهش وزن.....	۱۸۳
تهوع و استفراغ.....	۱۸۴
بی‌خوابی.....	۱۸۶
فصل یازدهم: مسائل معنوی و وجودی در مراقبت از بیماران رو به مرگ.....	۱۹۳
جنبه معنوی مراقبت.....	۱۹۳
معنویت در مراقبت تسکینی: ارتباط و ارزیابی.....	۱۹۵
معنویت در مراقبت تسکینی: تاثیر و مداخلات.....	۲۰۲
مشکلات وجودی در مراقبت تسکینی.....	۲۰۳
فصل دوازدهم: موضوعات بینا فرهنگی.....	۲۱۱
گنجاندن تفاوت‌های فرهنگی در مراقبت تسکینی.....	۲۱۱
ارائه مراقبت‌های تسکینی حساس فرهنگی در سراسر جهان.....	۲۱۴
خلاصه.....	۲۳۱
فصل سیزدهم: ارتباط پزشک و بیمار در مراقبت تسکینی.....	۲۳۷
فصل چهاردهم: سوگ و داغ‌دیدگی.....	۲۴۷

پیشگفتار

کتابی که در دست دارید می‌شود گفت راهنمایی بالینی در مراقبت‌های تسکینی برای بیماران مبتلا به سرطان است. این کار کوتاه و ارزشمند حاصل تلاش دو روان‌پزشک خبره در روان‌سرطان‌شناسی و مراقبت‌های تسکینی است که به همت انتشارات آکسفورد در سال ۲۰۱۴ منتشر شده‌است. در این کتاب سعی شده است تا به تدبیر طیف گسترده‌ای از مسایل بیماران مبتلا به سرطان در مراقبت‌های تسکینی بپردازد؛ از مسایل زیست‌پزشکی و رفتاری گرفته تا نیازهای وجودی و معنوی. معلوم است که یافته‌ها و تدبیرهای این کتاب عمدتاً مربوط به جامعه آمریکا است ولی از آن رو که ایالات متحده یک جامعه چندفرهنگی است ملاحظات دقیق فرهنگی اجتماعی نویسندگان می‌تواند بسیار الهام بخش باشد. معیار تشخیصی‌ای که در این کتاب به کار گرفته شده DSM-IV است با این که ویراست پنجم در زمان نگارش این کتاب منتشر شده بوده ولی هنوز فراگیر نشده بوده است. این امر می‌تواند یک نقطه ضعف به حساب آید اما از آنجا که نسخه‌ای به روزتر و با این کارکرد هنوز در دسترس نبود انتخاب شده‌است. از طرف دیگر الگوی مقوله‌ای ویراست چهارم در کار بالینی ما هنوز عمومیت بیشتری دارد و در اغلب زمینه‌ها محدودیتی ایجاد نمی‌کند.

نگاه دقیق نویسندگان به مسایل زیستی و رفتاری در کنار ژرف‌اندیشی آن‌ها در مسایل پدیدارشناختی و فرهنگی الگوی آموزنده‌ای برای بالینگران ما فراهم کرده است. معیارهای روان‌شناختی و انسان‌شناختی این کتاب به ما در مواجهه با مسایل سخت و همدلی با دردهای عمیق این میدان کار مراقبت بسیار روشنگر است.

در زندگی انسان، مواجهه با رنج همیشه چالش برانگیز است، زیرا نیازمند به‌کارگیری چندین استراتژی برای رسیدن به پذیرش واقعی و مقابله فعال با مشکل پیش آمده است. هرچه مشکل بزرگ‌تر، پایدارتر و لاینحل‌تر باشد،

پذیرش هم سخت‌تر و راه کارهای مقابله هم پیچیده‌تر خواهد بود. ابتدا به سرطان معمولاً فرد را در چندین حیطه درگیر و مستاصل می‌کند؛ آسیب شدید جسمی، تحمل درد و محدودیت‌های فیزیکی، اضطراب و مشغولیت مداوم ذهنی، اختلال در برنامه‌ها و نقش‌های زندگی روزمره، به هم ریختگی در روابط فردی، عاطفی و خانوادگی، چالش‌های مالی، انتظار دیرپا شدن بیماری و درمان پرعارضه، ابهام و عدم قطعیت برای موفقیت و پایداری درمان، چالش‌های معنا و معنویت و نهایتاً ترس از مرگ، همزمان و در فاصله کوتاهی از تشخیص بر زندگی بیمار و خانواده او سایه می‌افکند و چه رنجی بالاتر از این؟

برای تحمل این رنج، پذیرش وضعیت پیش آمده و مقابله با آن، به کارگیری تمام توان یک فرد و حتی مهارت و تجربه کافی او در مواجهه با مشکلات قبلی زندگی کفایت نخواهد کرد و دریافت کمک از درمانگران آموزش دیده و حرفه‌ای برای طی این مسیر سخت ضرورت دارد. این کمک در قالب مراقبت‌های حمایتی و تسکینی ارائه می‌شود و همه خدماتی را که به افزایش کیفیت زندگی بیمار و خانواده او و کاهش رنج جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی آن‌ها منجر می‌شود دربر می‌گیرد. در این میان مراقبت روانی اجتماعی جزو مهم‌ترین و در مقاطعی از سیر بیماری مهم‌ترین موثرترین اقدام است، که با ارائه خبر بد در ابتدای بیماری شروع شده و تا همراهی بیمار در مراحل پایانی زندگی و سوگواری خانواده بازمانده در مواردی که بیماری لاعلاج است، ادامه می‌یابد.

ارائه چنین مراقبتی نیازمند کسب نگرش، دانش و مهارت کافی در زمینه مراقبت تسکینی و سایکوانکولوژی (روان سرطان شناسی) توسط درمانگران است. کتاب مراقبت تسکینی روانی اجتماعی به شکل خلاصه، کاربردی، جامع و با رویکردی بین‌بخشی به مهم‌ترین مشکلات روانی اجتماعی بیماران مبتلا به بیماری صعب‌العلاج خصوصاً فرایند مرگ و راه کارهای حرفه‌ای مدیریت این

مشکلات پرداخته است و به عنوان یک راهنمای بالینی، تدوینی شفاف و منسجم دارد. ترجمه این کتاب اقدام ارزشمندی است که در راستای کمک به بالینگران برای دراختیار داشتن منابع مفید و قابل فهم در این زمینه با کیفیت و دقت خوبی توسط مترجم، خانم آوا گلی، انجام شده است. جا دارد تا از دقت نظر خانم مینا عنایتی در نمونه‌خوانی و صفحه‌آرایی این کتاب و هم از حمایت‌های موسسه نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان (مکسا) و نشر دهکده سلامت هم برای آماده‌سازی و نشر این اثر سپاسگزاری کنم.

دکتر محمدرضا شعرافچی

روان‌پزشک، فلوشیپ پزشکی روان‌تنی و سایکوانکولوژی
هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه

یکی از چالش برانگیزترین نقش‌ها برای پزشکانی که در کاربردی مراقبت سرطان کار می‌کنند، کمک به راهنمایی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته و لا‌علاج و خانواده‌هایشان در جنبه‌های فیزیکی، روانی و معنوی فرآیند مرگ است. بیماران مبتلا به سرطان و سایر بیماری‌های مهلک، بیشتر در معرض عوارض عمده روان‌پزشکی هستند و بار زیادی از علامت‌های جسمی و روانی دارند.^{۱،۲} در واقع، نظرسنجی‌ها نشان می‌دهند که علامت‌های روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب و ناامیدی به اندازه درد و سایر علامت‌های فیزیکی، اگر نه بیشتر، شایع هستند.^{۳-۵} مفاهیم مراقبت تسکینی کافی و مناسب، باید فراتر از تمرکز فعلی بر روی درد و کنترل علامت‌های فیزیکی گسترش یابد تا جنبه‌های روانی، روانی-اجتماعی، وجودی و معنوی مراقبت را در بر گیرد. روان-سرطان‌شناسان، به عنوان مشاور یا عضو تیم مراقبت تسکینی، نقش و فرصتی منحصر به فردی برای تحقق این وعده مراقبت تسکینی شایسته و دلسوزانه برای مبتلایان به بیماری‌های مهلک دارد. متخصصان سرطان و پزشکان مراقبت‌های تسکینی، و همچنین پرستاران بخش‌های سرطان‌شناسی و مراقبت‌های تسکینی، به عنوان اعضای مرکزی تیم مراقبت‌های تسکینی چند رشته‌ای، باید دانش و مهارت‌های لازم را برای کار مشترک و ارائه مراقبت‌های تسکینی جامع، که شامل بخش‌های روان‌پزشکی، روانی-اجتماعی، حوزه‌های وجودی و معنوی مراقبت تسکینی می‌شود.

این کتابچه راهنمای بالینی، با معرفی مراقبت‌های اساسی روان‌پزشکی و روانی-اجتماعی موثر برای مبتلایان به ناخوشی‌های پیشرفته روان-سرطان‌شناسان و متخصصان مراقبت‌های تسکینی را راهنمایی می‌کند. ما در این کتاب، مفاهیم و تعاریف اساسی مراقبت تسکینی شامل، دیدگاه جهانی در مورد مرگ و مراقبت‌های تسکینی؛ ارزیابی و مدیریت عوارض عمده روان‌پزشکی

بیماری‌های مهلک، از جمله رویکردهای روان‌دارویی و روان‌درمانی و مسائلی مانند داغدیدگی، معنویت، حساسیت فرهنگی، ارتباطات و مشارکت‌های روانی اجتماعی در کنترل علامت‌های جسمی رایج را، مرور می‌کنیم.

توجه به این نکته ضروری است که راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم (DSM-V)^۶ در می ۲۰۱۳ برای استفاده توسط متخصصان سلامت روان در ایالات متحده منتشر شد. از آنجایی که در مورد اجرای آن در مراقبت‌های بالینی و تحقیقات بحث‌های زیادی وجود دارد^۷، تصمیم گرفته‌ایم از کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش چهارم (DSM-IV-TR)^۸ در این کتاب، استفاده کنیم، تا زمانی که نسخه پنجم به طور گسترده‌تری در جامعه پزشکی پذیرفته شود.

هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، ایدز یا سایر بیماری‌ها، تمرکز درمان ممکن است اغلب به مدیریت علامت‌ها و افزایش کیفیت زندگی تغییر کند. چنین بیمارانی به طور خاص در برابر عوارض جسمی و روانی آسیب‌پذیر هستند. شیوع بالای علامت‌های جسمی آزاردهنده، مانند درد، ارزیابی علامت‌های روان‌پزشکی را دشوار می‌کند. نقش روان‌سرطان‌شناس در مراقبت از بیمار لاعلاج یا در حال مرگ برای کنترل کافی علامت‌ها و ادغام ابعاد فیزیکی، روانی و معنوی تجربیات انسانی در طول دوره بیماری و به ویژه در اواخر حیات است.

منابع

1. Breitbart W, Chochinov H, Passik S. Psychiatric symptoms in palliative medicine. In: Hanks G, Cherny N, Christakis N, eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 4th ed. New York: Oxford University Press; 2010:933–956.
2. Chochinov HMC, Breitbart W, ed. *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*, 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2009.
3. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics, and distress. *Eur J Cancer* 1994;30A:1326–1336.
4. Vogl D, Rosenfeld B, Breitbart W, Thaler H, Passik S, McDonald M, et al. Symptom prevalence, characteristics and distress in AIDS outpatients. *J Pain Symptom Manage*. 1999;18:253–262.
5. Gao W, Bennett MI, Stark D, Murray S, Higginson IJ. Psychological distress in cancer from survivorship to end of life care: prevalence, associated factors and clinical implications. *Eur J Cancer* 2010;46(11):2036–2044.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013:5–25.
7. Transforming diagnosis by Thomas Insel, MD. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>. Accessed July 14, 2013.
8. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

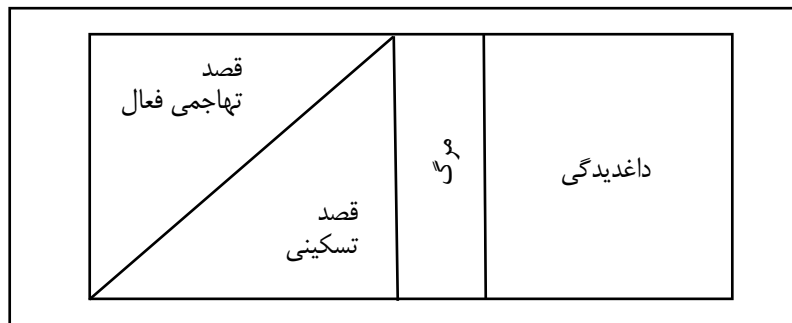
بخش اول

مراقبت تسکینی مدرن

فصل اول: اصول مراقبت تسکینی

تعریف مراقب تسکینی

اصطلاحات "مراقبت تسکینی" و "طب تسکینی" اغلب به جای یکدیگر استفاده می‌شوند. طب تسکینی به شاخه پزشکی مراقبت تسکینی اشاره دارد، رویکردی برای بهبود کیفیت زندگی بیمار و خانواده بیماری که دچار یک بیماری مهلک است.^{۱،۴،۵} مراقبت تسکینی مدرن از یک جنبش آسایشگاهی به شبکه‌ای خیلی گسترده‌تر از سیستم‌های ارائه مراقبت‌های بالینی، شامل خدمات مراقبت‌های خانگی و بیمارستانی تکامل یافته است. ماهیت و تمرکز مراقبت‌های تسکینی به طور مشابه در طول قرن تکامل یافته است و به مفهومی فراتر از مراقبتی فقط برای افراد در حال مرگ گسترش یافته است. این مراقبت ممکن است با شروع یک بیماری مهلک آغاز شود و پس از مرگ با مداخلات داغدیدگی برای خانواده و دیگران ادامه یابد (شکل ۱.۱). نشان داده شده است که معرفی مراقبت‌های تسکینی در مدت کوتاهی پس از تشخیص، در بیماران مبتلا به سرطان ریه سلول غیر کوچک متاستاتیک منجر به بهبود کیفیت زندگی و کاهش میزان افسردگی شده است. مراقبت تسکینی باید نیازهای «کل بیمار» - و خانواده او - با پرداختن به بعدهای فیزیکی، روانی، اجتماعی، معنوی و وجودی رنج را برآورده کند. (قاب ۱.۱)^{۴،۵}



شکل ۱.۱ الگوی مراقبت تسکینی

نیاز جهانی به مراقب تسکینی

تخمین زده می شود که ۳۳ میلیون نفر انسان در حال مرگ در سراسر جهان به مراقبت های تسکینی نیاز دارند^۴ و با در نظر گرفتن باری که اعضای خانواده بیماران را تحت تأثیر می گذارد، این جمعیت به ۱۰۰ میلیون نفر افزایش پیدا می کند. علاوه بر این، جمعیت افراد مسن و مبتلا به بیماری مزمن همچنان در حال افزایش است. علیرغم ظهور جهانی آسایشگاه ها و مراکز مراقبت های تسکینی مدرن در ۵۰ سال گذشته، موانعی بر سر راه مراقبت های کافی و مناسب وجود دارد. اینها شامل دسترسی نابرابر به مراقبت، بودجه ناکافی و فقدان سیاست های ملی می شود.^۶

در سراسر جهان، به ویژه در کشورهای در حال توسعه، اکثر سرطان ها در زمان تشخیص غیرقابل درمان هستند. درمان های عاجی اغلب در دسترس هستند یا حداقل فایده را دارند، با این حال مراقبت تسکینی می تواند، تسکین درد و مدیریت علامت ها را برای اکثریت قریب به اتفاق این بیماران فراهم کند. در کشورهای در حال توسعه، که مراقبت های تسکینی اغلب در دسترس نیستند، این همچنان یک چالش است (قاب های ۱.۲ و ۱.۳).^۴

قاب ۱.۱ تعریف سازمان بهداشت جهانی از مراقبت تسکینی^{۱،۲}

مراقبت تسکینی:

- باعث تسکین درد و سایر علامت‌های ناراحت‌کننده می‌شود.
- زندگی را تأیید می‌کند و مردن را یک فرآیند عادی می‌داند.
- نه قصد به تعویق انداختن و نه تعجیل مرگ را دارد.
- یک سیستم پشتیبانی ارائه می‌دهد تا به بیماران کمک کند تا حد امکان فعالانه زندگی کنند.
- از یک رویکرد تیمی برای رسیدگی به نیازهای بیماران و خانواده‌هایشان، از جمله مشاوره داغدیدگی، در صورت لزوم استفاده می‌کند.
- جنبه‌های روانی و معنوی مراقبت از بیمار را ادغام می‌کند.
- به خانواده یک سیستم حمایتی برای مقابله با بیماری بیمار و پس از مرگ بیمار، برای داغدیدگی ارائه می‌دهد.
- کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد و همچنین ممکن است بر روند بیماری تأثیر مثبت بگذارد.
- در اوایل دوره بیماری، همراه با سایر روش‌های درمانی که برای افزایش عمر در نظر گرفته شده اند، مانند شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی قابل استفاده است.
- شامل تحقیقات مورد نیاز برای درک بهتر و مدیریت عوارض بالینی ناراحت‌کننده است.

امروزه، بیش از ۸۰۰۰ طرح مراقبت تسکینی و آسایشگاهی در سراسر جهان در بیش از ۱۰۰ کشور وجود دارد (www.hospiceinformation.info).^۶ اینها شامل واحدهای بستری،

خدمات مبتنی بر بیمارستان، تیم‌های مبتنی بر جامعه، مراکز مراقبت روزانه و سایر روش‌های ارائه مراقبت می‌شوند (قاب ۱.۴).

قاب ۱.۲ تعداد تخمینی افراد نیازمند مراقبت تسکینی (به میلیون)^۴

مرگ و میر سالانه در سراسر جهان	۵۶
مرگ و میر سالانه در کشورهای در حال توسعه	۴۴
مرگ و میر سالانه در کشورهای توسعه یافته	۱۲
تعداد تخمینی نیاز به مراقبت تسکینی در سطح جهانی *	۳۳

* می‌توان تخمین زد که تقریباً ۶۰ درصد از افراد در حال مرگ به مراقبت تسکینی نیاز دارند.

قاب ۱.۳ اعلامیه انجمن ملی آسایشگاه‌ها و مراقبت‌های تسکینی^{*}، در دومین اجلاس جهانی در مارچ سال ۲۰۰۵^۷

- سیاست‌های مرتبط با سلامت دولتی، باید شامل مراقبت تسکینی (همانطور که سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌کند) باشد.
- دسترسی به مراقبت‌های تسکینی باید یک حقوق بشر تلقی شود.
- منابع باید برای برنامه‌ها و خدمات آسایشگاهی و مراقبت تسکینی در دسترس باشد.
- داروهای لازم (از جمله مورفین مقرون به صرفه و در دسترس برای فقیرترین) باید در دسترس باشد.
- آسایشگاه و مراقبت‌های تسکینی باید برای همه شهروندان در کاربردی انتخابی در دسترس باشد - بیمارستان‌های مراقبت‌های حاد، امکانات مراقبت طولانی مدت، آسایشگاه‌های مسکونی و خانه‌های بیماران.

*NHPCA