

ديسمبر 2021  
-مارس 2022

# سياسة التخطيط المسبق لرعاية البالغين في أيرلندا الشمالية

تقييم أثر المساواة ما بعد التشاور



وزارة  
الصحة

آن رونين سلينتيه

وزارة الصحة (أيرلندا الشمالية)



5	الملخص التنفيذي
6	المقدمة
7	ملخص محتويات وثيقة السياسة
10	النظر في البيانات المتاحة
10	إشراك أصحاب المصلحة
11	شرح عملية إشراك أصحاب المصلحة باستخدام المخطط الانسيابي PRISMA
12	المرحلة الأولى الخاصة بالإشراك (ديسمبر 2020 – فبراير 2021)
12	مراجعات مسودة السياسة بعد المرحلة الأولى الخاصة بالإشراك
13	الجدول الأول: النتائج المرحلة الأولى الخاصة بالإشراك المبكر لأصحاب المصلحة
14	المرحلة الثانية الخاصة بالإشراك (يونيو – يوليو 2021)
15	الجدول الثاني: نتائج المرحلة الثانية الخاصة بالإشراك المبكر لأصحاب المصلحة
16	المشاركة الشخصية والعامّة
17	الرؤى المتعمقة جيدة النوعية الناتجة عن المشاركات
17	الإجراءات المتخذة لدعم الإتاحة
18	البحث
18	بيانات أخرى
19	تقييم الأثر
19	المعتقد الديني
19	الأدلة المتاحة - المعتقد الديني
19	تقييم الأثر - المعتقد الديني
20	تعزيز تكافؤ الفرص - المعتقد الديني
20	الرأي السياسي
20	الأدلة المتاحة - الرأي السياسي
21	تقييم الأثر - الرأي السياسي
21	تعزيز تكافؤ الفرص - الرأي السياسي
21	المجموعة العرقية
21	الأدلة المتاحة - المجموعة العرقية
22	تقييم الأثر - المجموعة العرقية
23	تعزيز تكافؤ الفرص - المجموعة العرقية
23	العمر
23	الأدلة المتاحة - العمر
24	تقييم الأثر - العمر
25	سياسات التخفيف/السياسات البديلة - العمر

25	تعزيز تكافؤ الفرص - العمر
25	الحالة الاجتماعية
25	الأدلة المتاحة - الحالة الاجتماعية
25	تقييم الأثر - الحالة الاجتماعية
26	تعزيز تكافؤ الفرص - الحالة الاجتماعية
26	التوجه الجنسي
26	الأدلة المتاحة - التوجه الجنسي
27	تقييم الأثر - التوجه الجنسي
27	تعزيز تكافؤ الفرص - التوجه الجنسي
27	النوع الاجتماعي
27	الأدلة المتاحة - النوع الاجتماعي
27	تقييم الأثر - النوع الاجتماعي
28	تعزيز تكافؤ الفرص - النوع الاجتماعي
28	الإعاقة
28	الأدلة المتاحة - الإعاقة
29	تقييم الأثر - الإعاقة
29	تعزيز تكافؤ الفرص - الإعاقة
30	المعالون
30	الأدلة المتاحة - المعالون
31	تقييم الأثر - المعالون
31	تعزيز تكافؤ الفرص - المعالون
31	تعدد الهوية
31	الأدلة المتاحة - تعدد الهوية
31	تقييم الأثر - تعدد الهوية
32	تعزيز تكافؤ الفرص - تعدد الهوية
33	حقوق الإنسان
34	العلاقات الطبية
34	الخاتمة
35	ما بعد التشاور العام
36	ترتيبات الرصد والمراجعة
36	إجراءات الرصد المقترحة
36	التصميم المشترك/الإنتاج المشترك
36	إطار قدرات التخطيط المسبق للرعاية

صاغت وزارة الصحة مسودة لوثيقة سياسة خاصة بالتخطيط المسبق لرعاية البالغين (الذي تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر) في أيرلندا الشمالية.

يُعد التخطيط المسبق للرعاية مصطلحًا جامعاً لمختلف جوانب التخطيط الشخصي، والسريري، والقانوني، والمالي. فهو يُمكن الشخص من التفكير في ماهية الأمور المهمة له ويساعده في التخطيط لمستقبله. ويُعد هذا التخطيط عملية طوعية تساعد الشخص في تحديد رغباته، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه ليعبر عنها بفضل الخيارات التي يتخذها. وإلى جانب ذلك، يمثل التخطيط المسبق للرعاية مجموعة من المحادثات الجارية بين شخص ما والمقربين إليه من جهة ومقدمي الرعاية، أو الدعم، أو العلاج له<sup>2</sup> من جهة أخرى. وعليه، ينبغي أن يكون التخطيط المسبق للرعاية جزءاً لا يتجزأ من حياة جميع الأشخاص البالغين.

جرى إعداد سياسة التخطيط المسبق للرعاية بهدف تقديم الدعم للأشخاص من أجل تعزيز قدرتهم على التحكم في القرارات التي يتخذونها، والتي تشمل وضع خطط معنية بمستقبل الرعاية والعلاج الخاص بهم. ويكتسي هذا الأمر بأهمية بالغة، ولا سيما إذا كان الشخص عاجزاً عن اتخاذ القرارات ذات الصلة بنفسه في أي مرحلة في أي وقت.

يوفر التخطيط المسبق للرعاية للبالغين الذين يرغبون في الاستفادة منه الفرص التالية:

- التفكير في الأمور التي تهتمهم،
- إخبار المقربين إليهم بهذه الأمور،
- مناقشة هذه الأمور مع مقدمي الرعاية، أو الدعم، أو العلاج لهم،
- كتابة هذه الأمور ومشاركتها،
- إعادة النظر في المحادثات والقرارات المتخذة، وإجراء أي تغييرات عليها، ثم مشاركتها مرة أخرى.

تستند هذه السياسة إلى القيم والمبادئ التي تحترم حقوق الشخص وكرامته وتدعمها، وموجهة لجميع البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر. ومن شأن هذه السياسة أن توفر نهجاً أخلاقياً، قائماً على الحقوق، ومعنياً بالتخطيط المسبق للرعاية الموجه للبالغين، بما يتماشى مع التشريعات، وأفضل الممارسات، والتوجيهات والمعايير المهنية.

عادة ما يُقرن مفهوم التخطيط المسبق للرعاية بالتفكير في نهاية العمر وتقديم الرعاية الملطفة، أو يكون مرتبطاً بكار السن فقط. ولكن على النقيض، تهدف هذه السياسة إلى توفير إطار للتخطيط المسبق للرعاية يشمل جميع البالغين الذي تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر.

يستند الأساس المنطقي الخاص الذي يقوم عليه نطاق هذه السياسة الموجهة للبالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر إلى المبادئ الأخلاقية الخاصة بالتناسب، وكذلك، مراعاة الجوانب القانونية، إذ تختلف أحكام القانون بين من دون الـ 18 عامًا والبالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر.

تستند هذه السياسة إلى جوانب قانونية لا تنطبق على الأشخاص دون الـ 18 عامًا. وبالإضافة إلى ذلك، من المعلوم أن احتياجات من هم دون الـ 18 عامًا تختلف اختلافاً جذرياً عن احتياجات الآخرين، وتتطلب نهجاً مصمماً خصيصاً لتلبيتها. وجرى تحديد أحكام قانونية بديلة للأطفال والشباب الذين هم بحاجة إلى رعاية ملطفة في الإستراتيجية المعنونة "توفير رعاية ملطفة عالية الجودة للأطفال"<sup>3</sup>.

- 1 قد يعود مصطلح المقربين إلى الشخص إلى: أفراد العائلة، أو مقدمي الرعاية، أو أي من قد يكون على معرفة بهذا الشخص المعني أو يكن له عواطف. وقد تجمعهم بالشخص علاقة شخصية، أو قانونية، أو ثقافية، أو عاطفية.
- 2 ويشمل ذلك أولئك الأشخاص الذين يعملون في القطاعين المجتمعي والتطوعي والقطاع المستقل، وغيرهم من موظفي الرعاية الصحية والاجتماعية الذين يعملون في الدوائر القانونية.
- 3 وزارة الصحة، توفير رعاية ملطفة عالية الجودة للأطفال: إستراتيجية تقديم الرعاية الملطفة للأطفال والرعاية في نهاية العمر 2016 -- 26

لم يحدد فحص تقييم أثر المساواة أي تأثير سلبي متوقع لأي من الفئات المدرجة ضمن المادة 75، وكذا لم يحدد أي تأثيرات سلبية ملحوظة على حقوق الإنسان. ومن المتوقع أن تؤثر هذه السياسة والإجراءات اللاحقة المعنية بإدخالها حيز التنفيذ تأثيرًا إيجابيًا على توفير إطار يدعم تبني نهج إقليمي متماسك موجه للبالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر.

## المقدمة

يقتضي البند (1) من المادة 75 من قانون أيرلندا الشمالية لعام 1998 من السلطات العامة، عند أدائها مهامها المسندة إليها ذات الصلة بأيرلندا الشمالية، أن تولي مزيدًا من الاهتمام للحاجة إلى تعزيز تكافؤ الفرص بين أفراد ومجموعات محددة، ألا وهي:

- بين الأشخاص من مختلف المعتقدات الدينية،
- بين الأشخاص ذوي الرأي السياسي المختلف،
- بين أشخاص من مجموعات عرقية مختلفة،
- بين الأشخاص من مختلف الفئات العمرية،
- بين الأشخاص المتباينين في الحالة الزوجية،
- بين الأشخاص ذوي الميول الجنسية المختلفة،
- بين الرجال والنساء بوجه عام،
- بين الأشخاص المصابين بعجز والأصحاء بدنيًا،
- بين الأشخاص الذي يعولون والأشخاص الذين لا يعولون.

يقتضي التشريع من السلطات العامة إجراء تقييم أثر المساواة<sup>4</sup> (EQIA) في الدوائر التي من المحتمل أن يؤثر فيها التشريع أو السياسات تأثيرًا كبيرًا أو "رئيسيًا" على تكافؤ الفرص.

قد يحدث التأثير "الرئيسي" فيما يلي:

- حين تكون السياسة وثيقة الصلة بتعزيز تكافؤ الفرص،
- حين يطال الأثر أعدادًا كبيرة من الناس،
- حين يطال الأثر عدد أقل من الناس ولكن من المحتمل أن يؤثر فيهم تأثيرًا كبيرًا،
- أو حين تكون السياسة إستراتيجية ومرفق لها ميزانية كبيرة

نظرًا إلى أن نطاق السياسة من شأنه أن يشمل جميع الأشخاص البالغين في أيرلندا الشمالية الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر، على أساس أن تأثيرها يطال عدد كبير من الأشخاص، فقد أعدت وزارة الصحة تقييم أثر المساواة هذا<sup>5</sup>.

4 تقييم أثر المساواة (EQIA) هو تحليل شامل ومنهجي يهدف إلى تحديد مدى التأثير المتفاوت على المجموعات ذات الصلة، وبالتالي ما إذا كان هذا التأثير ضارًا.

5 جرى تحديث تقييم أثر المساواة بعد عقد مشاورات عامة في مارس 2022. ولما كانت بيانات التعداد المحدثة غير متوفرة وقت الانتهاء من تحديث التقييم، سيُجرى رصد نتائج السياسة استنادًا إلى الآثار المترتبة.

يتمثل الغرض من تقييم أثر المساواة هذا في تقدير مدى التأثير المتفاوت المحتمل (بالسلب أو الإيجاب) الذي يمكن أن تحدثه سياسة التخطيط المسبق للعلاج للبالغين على الفئات المدرجة ضمن المادة 75، وكذلك في تفصيل إجراءات التخفيف المقترحة عند الاقتضاء.

يوفر تقييم أثر المساواة فرصة لإبداء التعليقات، بهدف تحديد أي تأثيرات غير متوقعة وجمع المزيد من الأدلة.

يمكن الاطلاع على أسئلة تقييم أثر المساواة وتفاصيل طريقة الرد عليها في الملحقين الأول والثاني.

### ملخص محتويات وثيقة السياسة

يُعد التخطيط المسبق للرعاية مصطلحًا جامعًا لمختلف جوانب التخطيط الشخصي، والسريري، والفانوني، والمالي. فهو يُمكن الشخص من التفكير في ماهية الأمور المهمة له ويساعده في التخطيط لمستقبله. ويُعد هذا التخطيط عملية طوعية تساعد الشخص في تحديد رغباته، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه ليعبر عنها بفضل الخيارات التي يتخذها. وإلى جانب ذلك، يمثل التخطيط المسبق للرعاية مجموعة من المحادثات الجارية بين شخص ما والمقربين إليه من جهة، ومقدمي الرعاية، أو الدعم، أو العلاج من جهة أخرى.

تدعم سياسة التخطيط المسبق للرعاية الأشخاص من أجل تعزيز قدرتهم على التحكم في القرارات التي يتخذونها، والتي تشمل وضع خطط معنية بمستقبل الرعاية والعلاج الخاص بهم. ويكتسي هذا الأمر بأهمية بالغة، ولا سيما إذا كان الشخص عاجزًا عن اتخاذ القرارات ذات الصلة بنفسه في أي مرحلة في أي وقت.

يتمثل الهدف الذي ترمي إليه هذه السياسة وطريقة إدخالها حيز التنفيذ فيما يلي:

- جعل المحادثات الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية أمر طبيعي،
- إتاحة فرص منتظمة لجميع البالغين في أيرلندا الشمالية للتعبير عن رغباتهم، ومشاعرهم، ومعتقداتهم، وقيمتهم المتعلقة بالتخطيط المسبق للرعاية،
- عكس النقطتين السابقتين في الرعاية والعلاج اللذان يتلقوناهما.

### هدف السياسة

سيتمثل أحد الأهداف الرئيسية لسياسة التخطيط المسبق للرعاية في تعزيز توصيل رسائل والقيام بتمارين واضحة ومتسقة لأولئك الذين يتلقون الرعاية، أو الدعم، أو العلاج. وكذلك، ستسعى هذه السياسة إلى زيادة الوعي العام وترسيخ فهم ماهية التخطيط المسبق للرعاية، مما يشجع البالغين في أي عمر أو مرحلة من الحياة على التفكير والتخطيط لمستقبلهم. وعليه، ينبغي أن يكون التخطيط المسبق للرعاية جزءًا لا يتجزأ من حياة جميع الأشخاص البالغين.

### تفاصيل السياسة

من شأن نطاق هذه السياسة أن يغطي جميع البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر. ويعود مصطلح أصحاب المصلحة على كل من الجمهور العام، والموظفين، ومستخدمي الخدمات، وغيرهم من المنتمين إلى منظمات القطاع العام، منظمات القطاع التطوعي/المجتمعي، ونقابات العمال.

ستدعم هذه السياسة برنامج عمل يشمل ما يلي:

- المراسلة العامة
- التدريب والتثقيف
- العمليات التنفيذية
- النتائج والتقييم



على الرغم من أن هذه السياسة تركز تركيزًا أساسيًا على جوانب الرعاية الصحية والاجتماعية الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية، فإن نطاق السياسة، استنادًا إلى الملاحظات التقييمية التي تلقاها، بات يتضمن أيضًا نظرة عامة على الجوانب الأوسع الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية، من قبيل كتابة وصية، وإدارة الحسابات الإلكترونية، وكتابة رغبات خاصة بالجنزة.

تستند هذه السياسة إلى نموذج خاص بالتخطيط المسبق للرعاية، ويحدد هذا النموذج أربعة مكونات، وهي مكونات شخصية، وقانونية، وسريية، ومالية. يحتوي كل مكون على عنصر واحد أو أكثر.





تتضمن هذه السياسة الأقسام التالية:

- طموح السياسة
- ما المقصود بالتخطيط المسبق للرعاية؟
- التخطيط المسبق للرعاية والأهلية العقلية
- القيم والمبادئ المعنية بالتخطيط المسبق للرعاية
- ما أهمية إجراء محادثات بشأن التخطيط المسبق للرعاية؟
- متى وأين ينبغي أن يحدث التخطيط المسبق للرعاية؟
- إجراء محادثات هادفة بشأن التخطيط المسبق للرعاية
- مبادئ حُسن التواصل الستة الخاصة بمحادثات التخطيط المسبق للرعاية
- مشاركة المحادثات والتوصيات والقرارات الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية
- مراجعة المحادثات والتوصيات والقرارات الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية
- كيف يتم الاستفادة من محادثات تخطيط الرعاية المسبقة
- مكونات التخطيط المسبق للرعاية
- المكون الشخصي الخاص بالتخطيط المسبق للرعاية
  - "ما يهمني" - الرغبات والمشاعر والمعتقدات والقيم
  - الروحانيات
  - رعاية المعالين ودعمهم
  - رغبات الجنازة
  - الحسابات الإلكترونية
- المكون القانوني الخاص بالتخطيط المسبق للرعاية
  - الجوانب التي يجب مراعاتها فيما يتعلق بالأهلية العقلية
  - أنواع التوكيلات الرسمية
  - توكيل رسمي دائم
  - توكيل رسمي دائم شامل
  - القرارات المسبقة لرفض العلاج (ADRT)
  - المكون السريري الخاص بالتخطيط المسبق للرعاية
  - تدهور الصحة وحالات الطوارئ غير المتوقعة
- التوصيات السريرية للإنعاش القلبي الرئوي
  - قرارات المصالح العليا
  - الخطة الموجزة الموصى بها للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ (ReSPECT)
  - التبرع بالأعضاء
  - التبرع بالجثمان للعلوم الطبية
- المكون المالي الخاص بالتخطيط المسبق للرعاية
  - كتابة وصية

## النظر في البيانات المتاحة

قام فريق برنامج التخطيط المسبق للرعاية بجمع المعلومات المتاحة والنظر فيها بهدف تقييم أي تأثير محتمل لوثيقة السياسة هذه على الفئات المدرجة ضمن المادة 75. وتشمل تلك المعلومات البيانات المتاحة للجمهور وكذلك البيانات والرؤى التي جرى جمعها أثناء عمليات المشاركة مع أشخاص ذوي خلفيات مختلفة، بما في ذلك ممثلو منظمات القطاع العام، ومنظمات القطاعين المجتمعي والتطوعي، وأخصائيو الرعاية الصحية والاجتماعية، ومقدمو الرعاية، ومستخدمو البيانات، وأعضاء الجمهور، والهيئات المهنية، ونقابات العمال المهتمون.

### إشراك أصحاب المصلحة

بدأت إحدى عمليات الإشراك المبكر في ديسمبر 2020، ولا تزال مستمرة من ذلك الحين، والهدف منها هو إرشاد عمليات التحديث المتكررة لمسودة السياسة قبل التشاور العام. وقد أُجريت عمليات الإشراك على أساس مبادئ الشمول والإتاحة. وقد بُذلت كل الجهود الممكنة للوصول إلى طائفة واسعة من الأشخاص الذين يدعمون المشاركة النشطة لجميع أصحاب المصلحة والعمل بشكل مشترك معهم من أجل بلورة عملية تحديث السياسة، بما في ذلك الفئات المدرجة ضمن المادة 75.

في بداية هذه العملية، تم إجراء عملية مسح شاملة لأصحاب المصلحة لتحديد المشاركة التمثيلية وضمان تحقيقها، وذلك في جميع الفئات المدرجة ضمن المادة 75. وخضعت نتيجة المسح الخاص بأصحاب المصلحة هذا قيد المراجعة طوال عملية وحتى الآن مع الحرص على تحديثها أولاً بأول.

يوضح الجدول أدناه توزيع المنظمات المدرجة في المسح الخاص بأصحاب المصلحة في جميع الفئات المدرجة ضمن المادة 75، حيث يتوافق اختصاص المنظمة مع مجموعة أو مجموعات المساواة المحددة<sup>6</sup>.

عدد المنظمات المدرجة في المسح الخاص بأصحاب المصلحة	مجموعة المساواة المحددة المدرجة ضمن المادة 75
28	النوع الاجتماعي
46	المعتقد الديني
19	الرأي السياسي
41	المجموعة العرقية
56	العمر
26	الحالة الاجتماعية
20	التوجه الجنسي
77	الإعاقة (المعاقون وغير المعاقين)
49	المعالون (الذين لديهم معيولون والذين ليس لديهم معيولون)
362	الإجمالي

6 وقت كتابة هذا التقرير، جرى تضمين 99 منظمة أخرى في هذا المسح، من تلك المنظمات غير المدرجة لسبب دقيق أو واضح ضمن أي فئة من فئات المادة 75.

حتى الآن، وصل عدد مراحل الإشراف المبكر لأصحاب المصلحة إلى مرحلتين. يوضح المخطط الانسيابي أدناه نشاط إشراف أصحاب المصلحة.

المخطط الانسيابي (PRISMA) لعملية إشراف أصحاب المصلحة

	أصحاب المصلحة	المرحلة الأولى	المرحلة الثانية
التحديد	تحديد أصحاب المصلحة	فئات مسح أصحاب المصلحة المحدث: المستوى الأول، المستوى الثاني، المستوى الثالث	تحديث المسح الخاص بأصحاب المصلحة
الإشراف	أصحاب المصلحة: المستوى الأول	تقديم أصحاب المصلحة نصائح وتعليقات إستراتيجية بشأن خطة الإشراف. تعليقات الخبراء بشأن الإشراف (العدد: 21)	إخبار أصحاب المصلحة بنتائج المرحلة الأولى ودعوتهم للمشاركة في الندوة الإلكترونية بالمرحلة الثانية (العدد: 21)
	أصحاب المصلحة: المستوى الثاني	معلومات بشأن تطوير سياسة التخطيط المسبق للعلاج والأهداف ذات الصلة. التعليقات (العدد: 265)	إخبار أصحاب المصلحة بنتائج المرحلة الأولى ودعوتهم للمشاركة في الندوة الإلكترونية بالمرحلة الثانية (العدد: 268)
	أصحاب المصلحة: المستوى الثالث	فرص المشاركة في المرحلة الأولى. الدعوة لحضور الفعالية الإلكترونية الخاصة بالإشراف في المرحلة الأولى أو تقديم تعليقات مكتوبة (العدد: 144)	إخبار أصحاب المصلحة بنتائج المرحلة الأولى ودعوتهم للمشاركة في الندوة الإلكترونية بالمرحلة الثانية (العدد: 172)
النتيجة	الملاحظات التقييمية المجمعة خلال عملية الإشراف	المرحلة الأولى المدعوون: (العدد: 430) المشاركون: (العدد: 257) (226 مشاركاً + 31 ملاحظة تقييمية مكتوبة = 257)	المرحلة الأولى المدعوون: (العدد: 461) المسجلون (العدد: 296) الحاضرون: (العدد: *200) استجابات منتيميتر (العدد: 187)
	ترتيب البيانات المجمعة خلال عملية الإشراف، وترميزها، وتحليلها	* يشير هذا الرقم إلى تقدير عدد الحضور بالنسبة للمسجلين، ولكنه لا يشمل على عدد تسجيلات الدخول المتأخرة أو تلك الخاصة بمن تمت مشاركة الرابط معهم.	

## المرحلة الأولى الخاصة بالإشراك (ديسمبر 2020 – فبراير 2021)

خلال المرحلة الأولى، عقد فريق برنامج التخطيط المسبق للرعاية 40 جلسة مشاركة شارك فيها 226 شخصًا، بما في ذلك ممثلون ينتمون لطوائف واسعة من القطاعات والمنظمات، بالإضافة إلى الأفراد المهتمين. وبالإضافة إلى ذلك، ورد 31 ردًا خطيًا، مما رفع عدد المشاركين في المرحلة الأولى إلى ما مجموعه 257 شخصًا.

دُعي المشاركون خلال هذه الجلسات إلى تقديم تعليقاتهم بشأن المسودة الأولى من وثيقة السياسة، وذلك عبر الإجابة عن خمسة أسئلة.

1. ما هو انطباعك/تعليقتك العام على المسودة؟
2. ما النقاط التي سعدت لوجودها في الوثيقة، وما النقاط التي تشعر أنها غير موجودة؟
3. ما أفضل الآمال التي تتوقع أن يحققها لك التخطيط المسبق للرعاية و/أو وثيقة السياسة هذه؟
4. ما المخاوف/القلق التي ترواها بشأن التخطيط المسبق للرعاية و/أو سياسة التخطيط المسبق للرعاية هذه؟
5. هل لديك أي تعليقات أخرى؟

نظرًا للقيود التي فرضتها جائحة كورونا (COVID-19)، جرى عقد هذه الجلسات افتراضيًا باستخدام منصة زوم (Zoom)، وذلك بمشاركة عدد قليل من المشاركين الذين وجهت الدعوة لهم لحضور كل جلسة. وقبل كل جلسة، جرى تقديم مجموعة من الملفات تحيط علم المشاركين بأحدث المستجدات، والتي تضمنت: جدول الأعمال، المسودة الحالية الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية، والأسئلة الخمسة التي جرى طرحها لتيسير عملية المناقشة.

كان من المقرر أن تستمر كل جلسة لمدة 90 دقيقة. وجرى تجهيز ترتيبات القدرة على الوصول إلى الجلسات والاستفادة منها، ومثال على ذلك توفير ترجمة بلغة الإشارة عند الضرورة. وجرى تسجيل جميع الجلسات بعد الحصول على موافقة المشاركين، وكذلك جرى تدوين المشاركين والتعليقات، لتحليلها في وقت لاحق. ووصلت نسبة المشاركين حسب النوع الاجتماعي في المرحلة الأولى إلى 25% من الذكور و75% من الإناث تقريبًا.

### مراجعات مسودة السياسة بعد انتهاء المرحلة الأولى الخاصة بالإشراك

بعد الانتهاء من المرحلة الأولى الخاصة بالإشراك، خضعت جميع الملاحظات التقييمية للتحليل وإعادة النظر من أجل المساعدة في إعداد مسودة ثانية منقحة لوثيقة السياسة هذه. استنادًا إلى الملاحظات التقييمية الواردة، خضعت عدة نقاط في المسودة الأولية الخاصة بوثيقة سياسة التخطيط المسبق للرعاية إلى المراجعة من أجل تحقيق مزيد من الإشراك في المرحلة الثانية. (انظر الجدول أدناه للاطلاع على التفاصيل)

خلال المرحلة الأولى، اقترح عدد من أصحاب المصلحة إضافة المادة "القيم" ضمن المادة الحالية المعنونة "المبادئ". تحدد هذه المادة المعايير والمُثل الأخلاقية التي تستند إليها السياسة، ومنها، اعتبارات حقوق الإنسان، والمساواة، والخيارات الفردية التي تركز على الشخص، والكرامة، والموافقة، والسرية، والإتاحة، والحساسية، والتعاطف.

بالإضافة إلى ذلك، وبعد تجميع الملاحظات التقييمية الخاصة بالمرحلة الأولى من عمليات الإشراك والانتهاء لاحقًا من إعداد دراسة جدوى، تم الاتفاق على أن تستند مسودة السياسة إلى نموذج الخطة الموجزة الموصى بها للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ<sup>7</sup> (ReSPECT) لتسجيل التوصيات الشخصية الخاصة بمستقبل رعاية هذا الفرد وعلاجه، ومن شأن هذا النموذج أن يوجه مقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج وأن يُرشد خطاهم في الأوقات التي يعجز فيها الشخص المعني عن اتخاذ القرارات أو التعبير عن رغباته، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه.

<sup>7</sup> <https://www.resus.org.uk/rest>

سيكون نموذج الخطة الموجزة الموصى بها للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ (ResPECT) هو النموذج الإقليمي المسؤول عن تسجيل جميع التوصيات الخاصة بالرعاية والعلاج في حالات الطوارئ، بما في ذلك الإنعاش القلبي الرئوي، وسجل هذا النموذج محل نموذج "الامتثال عن الإنعاش القلبي الرئوي" (DNACPR) الذي لن يُستخدم فيما بعد. وسيحتفظ الشخص نفسه الذي ملأ نموذج الخطة الموجزة (ResPECT) به.

الجدول الأول: نتائج المرحلة الأولى الخاصة بالإشراك المبكر لأصحاب المصلحة

المرحلة الأولى - ملاحظات أصحاب المصلحة:	الإجراءات المتخذة لإعادة صياغة السياسة قبل المرحلة الثانية:
ضرورة توضيح الغرض من السياسة	تسليط الضوء على الغرض من السياسة في المقدمة
ضرورة تعزيز إمكانية الوصول ومبدأ الشمولية	إضافة قيمتي إمكانية الوصول والشمولية بوصفهما قيمتين منفصلتين وسينعكسان على جميع جوانب العمل.
ضرورة مراجعة اللغة لتكون المصطلحات أكثر شمولاً	مراجعة اللغة المستخدمة في المسودة الأولية للوثيقة، بحيث تصبح "شاملة" وليست "مستثنية"، وذلك فيما يتعلق بالفئات المدرجة بالمادة 75.
الحاجة إلى دعم فكرة "تحويل" التخطيط المسبق للرعاية إلى "أمر طبيبي"	تحويل التخطيط المسبق للرعاية إلى أمر طبيبي باعتباره "طموحاً".
الحاجة إلى إضافة مادة خاصة بتغيير السلوك	إضافة مادة معنونة "تغيير السلوك".
إضافة مادة خاصة "بالقيم"	إدراج مادة خاصة "بالقيم" ضمن مادة "المبادئ" الموجودة بوثيقة السياسة.
ضرورة التأكيد على جانب حقوق الإنسان والأخلاقيات في التخطيط المسبق للرعاية	تخصيص نهج قائم على حقوق الإنسان والأخلاقيات بسياسة التخطيط المسبق للرعاية
ضرورة توسيع النطاق بما يتجاوز الجوانب المتعلقة بالصحة في سياسة التخطيط المسبق للرعاية	إضافة عناصر تتجاوز الجوانب المتعلقة بالصحة، مثل كتابة الوصية، وإعداد رغبات الجنازة، وإدارة الحسابات الإلكترونية، والتبرع بالجثمان للعلوم الطبية، وما إلى ذلك.
ضرورة توفير مزيد من التفاصيل حول الأهلية العقلية والتوكيلات الرسمية	توفير مزيد من التفاصيل حول الأهلية العقلية وكيفية ارتباطها بالتخطيط المسبق للرعاية.
إضفاء قدر أكبر من التوضيح بشأن القرارات المتعلقة بالإنعاش	إضافة مادة خاصة بتدهور الحالة الصحية وحالات الطوارئ غير المتوقعة في الخطة الموجزة الموصى بها للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ 5.(ResPECT)
ضرورة تقديم المزيد من التفاصيل حول طريقة إدخال السياسة حيز التنفيذ	تسجيل الملاحظات التقييمية للاستعانة بها في تحديث الوثائق التشغيلية.
ضرورة استخدام رسوم بيانية تخطيطية للتوضيح	إعداد نموذج تخطيطي لمكونات التخطيط المسبق للرعاية واستخدام جداول لعرض المعلومات عند الاقتضاء.

## المرحلة الثانية الخاصة بالإشراك (يونيو – يوليو 2021)

خضعت هذه المسودة المنقحة الخاصة بوثيقة السياسة إلى مزيد من التدقيق، وذلك من جانب أصحاب المصلحة وإبان المرحلة الثانية من إشراك أصحاب المصلحة. وفي هذه المرحلة، جرى عقد خمسة فعاليات افتراضية خاصة بعمليات الإشراك عبر خاصية الندوات ببرنامج زووم (Zoom). أرسلت دعوات المشاركة في هذه الفعاليات إلى أصحاب المصلحة المدرجة أسماؤهم في المسح الخاص بهم، حيث وُجّهت الدعوة لهم بالمشاركة. حصل أولئك الذين سجلوا أسماءهم على

نسخة من المسودة المنقحة الخاصة بسياسة التخطيط المسبق للرعاية، حيث تم توفير نسخة يسهل الإطلاع عليها لدراساتها قبل انعقاد الفعالية. وأوضحت الرسالة التي تلقاها المشاركون الموضوعات التي سيجري مناقشتها خلال هذه الندوة الافتراضية، وكذلك تعليمات توضح كيفية المشاركة.

تم إرسال ما مجموعه 461 رسالة دعوة بناءً على المسح "الحي" الخاص بأصحاب المصلحة. وعُقدت ثلاثة من هذه الفعالية بالشراكة مع منظمات أخرى، مثل مجلس أيرلندا الشمالية للعمل التطوعي (NICVA)، وتحالف مركز الحياة الصحية (HLC Alliance)، ومنتدى قادة الرعاية الصحية بأيرلندا الشمالية. وكذلك قامت هذه المنظمات، إلى جانب شبكة التنمية المجتمعية والصحة (CDHN)، بالترويج إلى هذه الفعاليات الخمسة بين جمهور أوسع. وإلى جانب ذلك، نشر الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة معلومات عن كيفية التسجيل في هذه الفعاليات.

سارت هذه الندوات الافتراضية على نمط محدد مكون من سلسلة من العروض التقديمية القصيرة التي تعرض جوانب المسودة المنقحة الخاصة بسياسة التخطيط المسبق للعلاج، تتخللها أسئلة. بدأت العروض التقديمية باستعراض عام لسير العملية حتى الآن، وبعد ذلك تطرقت إلى تحديد مجالات معينة خضعت بسببها المسودة الأصلية للسياسة للمراجعة استنادًا إلى الملاحظات التقييمية الواردة من المرحلة الأولى الخاصة بإشراك أصحاب المصلحة. وبعد كل عرض تقديمي، جرى طرح سلسلة من الأسئلة الموجهة للحضور، والتي دُعوا للإجابة عليها باستخدام منصة مينتيميتر (Mentimeter). طُرح ما مجموعه 21 سؤالًا خلال كل جلسة، والتي وصلت مدتها إلى 90 دقيقة. ولضمان إتاحتها، توفرت نسخة من الأسئلة في ملف وورد (Word) لأي شخص يرغب في الإجابة بهذه الطريقة.

قام 296 شخصًا بالتسجيل لحضور الفعاليات الخمسة. وبلغ العدد الفعلي للأشخاص الذين حضروا الفعاليات نحو 200<sup>8</sup> شخص تقريبًا، بينما قام 187 فردًا بالإجابة على الأسئلة على منصة مينتيميتر (Mentimeter). وقام فردان بالإجابة عن الأسئلة في شكل مستند، وفرد واحد من خلال خاصية الأسئلة والأجوبة على زووم (Zoom). وأضيفت هذه الأجوبة إلى قواعد البيانات وأدرجت في التحليل.

ووصلت نسبة المشاركين حسب النوع الاجتماعي في المرحلة الأولى إلى 25% من الذكور و75% من الإناث تقريبًا.<sup>9</sup>

بعد الانتهاء من المرحلة الثانية الخاصة بعمليات الإشراك، خضعت جميع الملاحظات التقييمية للتحليل وإعادة النظر. استنادًا إلى الملاحظات التقييمية الواردة، خضعت عدة نقاط في مسودة سياسة التخطيط المسبق للرعاية للمراجعة قبل مرحلة التشاور العام. (انظر الجدول الثاني أدناه للاطلاع على التفاصيل)

8 يشير هذا الرقم إلى تقدير عدد الحضور بالنسبة للمسجلين، ولكنه لا يشمل على عدد تسجيلات الدخول المتأخرة أو تلك الخاصة بأولئك الذين تمت مشاركة رابط الحضور معهم.

9 استنادًا إلى الأسماء الأولى الخاصة بالأشخاص المسجلين لحضور الندوة الإلكترونية.

الجدول الثاني: نتائج المرحلة الثانية الخاصة بالإشراك المبكر لأصحاب المصلحة

الإجراءات المتخذة لإعادة صياغة السياسة قبل التشاور العام:	المرحلة الثانية - ملاحظات أصحاب المصلحة:
إضفاء قدر أكبر من الإيضاح بشأن السياسة في المقدمة	ضرورة التحلي بمزيد من الوضوح فيما يتعلق بماهية هذه السياسة
ضمان الاتساق في استخدام اللغة وإضافة مسرد لشرح المصطلحات	ضرورة توضيح المصطلحات المستخدمة
إضافة مادة خاصة بالجانب الروحي	ضرورة إدماج الجانب الروحي
الإشارة إلى التأثيرات الثقافية في مادة "القيم"	ضرورة الاعتراف بالتأثيرات الثقافية
إضافة مادة جديدة معنونة "رعاية المعالين ودعمهم"	ضرورة تسليط الضوء على مبدأ "ما يهمني"، والذي يندرج ضمنه المعالين والحيوانات الأليفة على سبيل المثال
توفير قدر أكبر من الوضوح، وتشمل إضافة مادة "كيفية الاستفادة من محادثات التخطيط المسبق للرعاية"	توضيح الغرض من التخطيط المسبق للرعاية
من المقرر إعداد دراسات حالة لكل من التوجيه التشغيلي والرسائل العامة	الحاجة إلى توفير رسوم توضيحية مع دراسات الحالة
مراجعة المادة وإضفاء مزيد من الوضوح على القيم وتحديث مادة المبادئ ليصبح "مبادئ الممارسة"	ضرورة فصل القيم عن مادة المبادئ وتوضيحها
إضفاء قدر أكبر من الوضوح فيما يتعلق بالعناصر القانونية مثل الأهلية العقلية	ضرورة توفير قدر أكبر من الوضوح بشأن العناصر القانونية
تحديث مادة المصالح العليا وتوسيع نطاقها بشكل أكبر	ضرورة توفير مزيد من التفاصيل بشأن قرارات المصالح العليا
مراجعة مادة التغيير السلوكي، بما في ذلك مخطط التغيير السلوكي	ضرورة توفير مزيد من التفاصيل حول التغيير السلوكي
تعديل مخطط المكونات من أجل توضيح أوجه الترابط بين العناصر الأربعة بشكل أفضل	ضرورة إضافة مزيد من التفاصيل بشأن مخطط المكونات لتوضيح الترابط
اعتبارها جزء من عملية التنفيذ	ضرورة ذكر المسائل المالية

نُشر تقرير كامل عن نشاط الإشراك المبكر لأصحاب المصلحة في أكتوبر 2021<sup>10</sup>

## المشاركة الشخصية والعامة

في شهر يوليو 2021، وبالمشاركة مع مجلس المرضى والعملاء، عُيِّنت مجموعة مكونة من 74 شريكاً متطوعاً تشمل مستخدمي الخدمة ومقدمي الرعاية وأفراداً من العامة مهتمين بالأمر. وسيعتمد على هذا الفريق في دعم الإنتاج المشترك/التصميم المشترك في مختلف مراحل برنامج عمل تخطيط الرعاية المسبق.

عقب تسجيل اهتمامهم بالمشاركة، تمت دعوة الشركاء المتطوعين للمشاركة في جلسة تعريفية وطلب منهم استكمال استبيان غرضة تقييم مدى تمثيل الفئات في المادة 75.

وردت 41 إجابة على هذا الاستبيان ونتاجه موضحة في الجدول أدناه:

### هيكل مجموعة الشركاء المتطوعين

- النوع: 9 ذكور و 32 إناث
- العمر: 20 – 29 (عضو واحد)، 30 – 39 (عضوان)، 40 – 49 (5 أعضاء)، 50+ (32 عضوًا)، يفضل عدم الإفصاح (عضو واحد).
- الحالة الاجتماعية: متزوج (25 عضوًا)، يعيش مع شريك (عضو واحد)، أعزب (8 أعضاء)، منفصل/مطلق (عضوان)، أرمل (4 أعضاء)، يفضل عدم الإفصاح (عضو واحد).
- الإعاقة: معيّلين (17 عضوًا)، غير معيّلين (23 عضوًا)، يفضلون عدم الإفصاح (عضو واحد).
- الإعاقة: ذوي إعاقة (7 أعضاء)، ليسوا ذوي إعاقة (30 عضوًا)، يفضلون عدم الإفصاح (3 أعضاء).
- الهوية الجنسية: مُحب للجنس الآخر (39 عضوًا)، مثليّات/مثليّين (عضو واحد)، مزدوج الميل الجنسي (عضو واحد).
- الديانة: إنجيليين (15 أعضاء)، كاثوليك (3 عضوًا)، يفضلون عدم الإفصاح (4 أعضاء).
- المجموعة العرقية: البيض (40 عضوًا)، السود والأقليات العرقية (عضو واحد).





## معلومات وصفية قدمتها المشاركات

برزت معلومات وصفية إضافية تعكس الاحتياجات الخاصة لعدد من مجموعات المادة 75 طوال فترة المشاركات المبكرة للأطراف المعنية مما ساعد على توفير المعلومات اللازمة لاتباع النهج الملائم لأنشطة المشاركة، فضلاً عن المساهمة في وضع السياسات وتنفيذها. ويشار أدناه لبعض الأمثلة عن هذه المعلومات.

"أرى أن لغة الحديث عن الأمر تمثل تحدياً ليس هنا وحسب بل وعلى نطاق أوسع...إننا نقول بغض النظر عن النوع وما إلى ذلك بدلاً من أن نقول أننا نشمل كل هذه الهويات الجنسية...نكاد أن نقول أننا لا نهتم بهذه الأمور... يجب ألا نغفل أن هذا الجزء مهم وأن نعترف بذلك. هناك عقلية تكتنف ذلك... يقول الناس أنهم لا يبالوا باختلاف الأعراق ولا يهتموا بهذه الأمور ولكن يجب أن نهتم بها..ونعترف بأنها تجربة حياتية يعيشها بعض الأشخاص".

"يعتمد وضع خطة الرعاية المسبقة على قدرة الأشخاص على الكتابة أو التحدث... كيف نجعلها في متناول الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في التواصل، أعني الأشخاص الذين يعانون من الخرف أو صعوبات التعلم..."

"دعم التواصل في غاية الأهمية .. فلدى الصم احتياجات مختلفة.."

"أحب المشاركات الأولية التي جمعت بين المجتمع والقطاع التطوعي لأن هذا هو النوع الملائم لنهج الشراكة".

"المبادئ هي التي استوقفتني... من الجميل أن نرى المبادئ واضحة في المقدمة... عادة ما نرى القيم الأساسية في نهاية المستند .. هذه النقطة مهمة عندما نفكر في تخطيط الرعاية المسبق.. أعتقد أنه يمكن توسيع نطاقه قليلاً حتى يشمل كرامة الأشخاص في تخطيط الرعاية المسبق، ويمكن أن يكون استخدام الحوار عن قيم الأفراد مفيداً للأشخاص الذين يطلعون على هذه السياسة والمهنيين الذين يتفاعلون مع الأشخاص الذين يضعون لهم خطة الرعاية المسبقة".

## الإجراءات المتخذة لدعم الإتاحة

- إتمام تدريب المملكة المتحدة لإتاحة التواصل وإعتماد جميع أعضاء فريق برنامج تخطيط الرعاية المسبق له.
- تقديم الاستشارة والدعم بخصوص الشمول و الإتاحة من المعهد الوطني الملكي للمكفوفين.
- توفير دعم إضافي لتلبية الاحتياجات التي حددها مجتمع الصم.
- الإقرار بضرورة تقديم جميع المعلومات بأشكال متاحة بسهولة. وبالإضافة إلى ذلك، تحددت الاحتياجات اللازمة لدعم التثقيف باللغات المتعددة والتثقيف عن الصحة.

## البحث

استندت هذه السياسة إلى تقرير بحثي أعد بتكليف من جامعة أولستر بعنوان "أين نحن الآن؟" <sup>11</sup> حيث سمع 28.5% من المشاركين عن مصطلح "تخطيط الرعاية المسبق" في حين أن 7% فقط اشتركوا في محادثة عنه. وعلى الرغم من هذا، رأى أربعة أخماس المشتركين (82.2%) أنه سيكون من المطمئن معرفة أنهم سيتذكروا إرشادات بشأن رغباتهم لأسرهم.

واستند البحث إلى عينة ممثلة من البالغين من سكان أيرلندا الشمالية بالغين من العمر 18 عامًا أو أكثر.

## بيانات أخرى

وبالإضافة إلى البحث المبين أعلاه، تمت دراسة المصادر التالية لتوفير الأدلة/المعلومات الكمية؛

- معلومات مستمدة من إحصاء عام 2011 <sup>12</sup> في أيرلندا الشمالية، نشرتها هيئة الإحصاء والبحوث لأيرلندا الشمالية (NISRA)؛
- إحصاءات عن الهوية الجنسية في المملكة المتحدة حسب الجنس والمنطقة والفئة العمرية، مستمدة من الدراسة الاستقصائية السنوية للسكان التي ينشرها مكتب الإحصاءات الوطنية؛
- معلومات من الدراسة الاستقصائية لموظفي الرعاية الصحية والاجتماعية لعام 2019 الذي أجرته هيئة الإحصاء والبحوث لأيرلندا الشمالية؛
- تعداد القوى العاملة في الرعاية الصحية والاجتماعية في أيرلندا الشمالية لعام 2020 الصادر عن إدارة تحليل المعلومات التابعة لوزارة الصحة.
- تقديرات هيئة الإحصاء والبحوث لأيرلندا الشمالية للتعداد السكاني في منتصف العام 2020

6 الدراسة الاستقصائية Life and Times في أيرلندا الشمالية (NILT) هي جزء أساسي من ARK (الإتاحة والمعرفة والبحث) الذي يهدف إلى دعم وضع السياسات والحوار في أيرلندا الشمالية من خلال توفير المعلومات والتحليل النقدي. ويمكن الوصول إلى التقرير عبر الإنترنت؛

[www.ulster.ac.uk/data/assets/pdf\\_file/0012/819678/Where-are-we-now-Examining-public-knowledge-and-attitudes-towards-palliative-care-and-advance-care-planning-in-NI.pdf](http://www.ulster.ac.uk/data/assets/pdf_file/0012/819678/Where-are-we-now-Examining-public-knowledge-and-attitudes-towards-palliative-care-and-advance-care-planning-in-NI.pdf)

7 بيانات التعداد المحدثة ليست متوفرة في الوقت الذي كانت توضع به اللمسات الأخيرة لتعداد 2021

### العقيدة الدينية

#### الأدلة المتاحة - المعتقد الديني

من غير الممكن التعرف بالتفصيل على تقسيم محدد للمعتقد الديني الذي يعتنقه مستخدمو الخدمة أو جميع موظفي الرعاية الصحية والاجتماعية. ولكننا نعلم تقسيمه على مستوى السكان البالغين وفقاً لتعداد عام 2011<sup>13</sup>.

حيث بلغ عدد سكان أيرلندا الشمالية في تعداد عام 2011 1,810,863 نسمة، مع تقسيم المعتقد الديني على النحو التالي:

- الكاثوليكية – 40.8 في المائة
- البروتستانتية – 41.6 في المائة
- غير ذلك – 0.8 في المائة
- لا يعتنق ديانة أو الديانة لم تذكر – 16.9 في المائة

في عام 2019، أجرت هيئة الإحصاء والبحوث لأيرلندا الشمالية دراسة استقصائية لموظفي الرعاية الصحية والاجتماعية<sup>14</sup> التي جمعت بعض البيانات الديموغرافية من المشاركين فيها. ومن المهم الإشارة إلى أنه من بين 77,781 موظفا جرى توظيفهم وقت إجراء الدراسة الاستقصائية، لم يكمل الاستبيان سوى 19,094 موظفاً.

الذين أجابوا الاستبيان، تقسمت ديانة طائفتهم على النحو التالي:

- الطائفة البروتستانتية – 42 في المائة
- طائفة الروم الكاثوليكية – 45 في المائة
- لا البروتستانتية ولا الروم الكاثوليكية – 13 في المائة

وبالإضافة إلى ذلك، تقسمت المعتقدات الدينية على النحو التالي:

- المسيحية – 77 في المائة
- لا يوجد – 18 في المائة
- ديانة أخرى – 5 في المائة

#### تقييم الأثر - المعتقد الديني

يضمن تخطيط الرعاية المسبق الإتاحة للناس المشاركة في محادثات واقعية وعملية عن الأمور التي يهتموا لأمرها، والنظر في رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم وتسجيلها، في حالة أنهم أرادوا ذلك. فهذا يدعم الفرد ليكون لديه خيارات أكثر وإدارة أفضل للقرارات، بما في ذلك خطط رعايته وعلاجه في المستقبل. من المرجح أن يكون لتخطيط الرعاية المسبق تأثير إيجابي بشكل مجمل ومن غير المتوقع أن يكون له أي تأثير متباين حسب المعتقد الديني للأفراد.

8 [https:// www.nisra.gov.uk/statistics/census/2011-census](https://www.nisra.gov.uk/statistics/census/2011-census)

9 التقرير المرجعي الإقليمي للدراسة الاستقصائية لموظفي الرعاية الصحية والاجتماعية لعام 2019

تشير البيانات الخاصة بالمعتقد الديني في أيرلندا الشمالية كما هو موضح أعلاه إلى تفوق عدد الديانات المسيحية. ومن المتوقع أن يكون لهذه السياسة أثر إيجابي في تكوين علاقات طيبة بين الأفراد الذين يعتنقون ديانات مختلفة. سيتمكن تخطيط الرعاية المسبق للأفراد من مناقشة مشاعرهم ورغباتهم ومعتقداتهم وقيمتهم وتوثيقها ومشاركتها لتقديم المعلومات اللازمة للتخطيط المستقبلية، بما فيها من رعاية أو دعم أو علاج.

## تعزيز تكافؤ الفرص – المعتقد الديني

يهدف تعزيز تكافؤ الفرص، ستؤلى العناية اللازمة لضمان مراعاة واحترام الأفراد من جميع المعتقدات الدينية فيما يخص تنفيذ هذه السياسة لتخطيط الرعاية المسبق. وستشمل التدابير الاستباقية الترويج لهذه السياسة بين المجموعات الكنسية/العقائدية من خلال الرسائل المتعلقة بهذا الشأن كجزء من الرسائل العامة وجهود تعزيز السياسة.

وضع إطار عمل لقدرات تخطيط الرعاية المسبق بغية دعم تدريب وتعليم الأفراد الذين يقدمون الرعاية والدعم والعلاج. يستهدف ذلك تمكين الأفراد الذين يعملون في دعم تخطيط الرعاية المسبق من التدريب بطريقة يكون محورها الإنسان مما يعزز من حقوق الفرد في حرية الاختيار واتخاذ القرارات حتى إذا اختلفت القرارات عن قرارات الشخص الذي يقدم الرعاية والدعم.

## التوجهات السياسية

### الأدلة المتاحة – التوجهات السياسية

ثم بيانات محدودة متاحة عن التوجهات السياسية. ولكن يمكن استخدام البيانات المتعلقة بالصوت التفضيلي للناخبين لكل حزب في الانتخابات الجمعية لأيرلندا الشمالية في 2017<sup>15</sup> وهي موضحة أدناه كبيانات بديلة:

- الحزب الديمقراطي الاتحادي: 225,413 (28.1 في المائة)
- حزب شين فين: 224,245 (27.9 في المائة)
- حزب أولستر الاتحادي: 225,413 (12.9 في المائة)
- الحزب الاشتراكي الديمقراطي والعمل: 95,958 (11.9 في المائة)
- حزب التحالف: 72,717 (9.1 في المائة)
- حزب الصوت الاتحادي التقليدي: 20,523 (2.6 في المائة)
- حزب الخضر: 18,527 (2.3 في المائة)
- المستقلون: 14,407 (1.8 في المائة)
- تحالف الناس قبل الأرباح: 14,100 (1.8 في المائة)
- الحزب الاتحادي التقدمي: 5,590 (0.7 في المائة)
- حزب المحافظين: 2,399 (0.3 في المائة)
- أحزاب أخرى: 6,122 (0.8 في المائة)

أعرب أعضاء جمعية أيرلندا الشمالية عن دعمهم المقدم من مختلف الأحزاب لتطوير سياسة تخطيط الرعاية المسبق. ويتضح ذلك في تقرير لجنة الدراسات الصحية عن تأثير فيروس كوفيد 19 في دور الرعاية (NIA 59/17-22) الصادر في 1 فبراير 2021 وفي مناقشة الجلسة العامة في 27 أبريل 2021 (Hansard Vol 138 ، No 6).

10 الجدول 5.1 في تقرير الانتخابات: انتخابات جمعية أيرلندا الشمالية (NIAR)،  
2 مارس 2017-17 NIAR

## تقييم الأثر – التوجهات السياسية

يضمن تخطيط الرعاية المسبق إتاحة الفرصة للناس ليشاركوا في محادثات واقعية وعملية عن الأمور التي يهتموا لأمرها، ولينظروا في رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم وتسجيلها، في حالة أنهم أرادوا ذلك. فهذا يدعم الفرد ليكون لديه خيارات أكثر وإدارة أفضل للقرارات، بما في ذلك خطط رعايته وعلاجه في المستقبل. من المرجح أن يكون لتخطيط الرعاية المسبق تأثير إيجابي بشكل مجمل ومن غير المتوقع أن يكون له أي تأثير متباين حسب التوجه السياسي للأفراد.

## تعزيز تكافؤ الفرص – التوجه السياسي

يهدف تعزيز تكافؤ الفرص، سئولى العناية اللازمة لضمان مراعاة واحترام الأفراد من جميع المعتقدات السياسية فيما يخص تنفيذ هذه السياسة لتخطيط الرعاية المسبق. وستشمل التدابير الاستباقية الترويج لهذه السياسة في جميع المجتمعات من خلال الرسائل المتعلقة بهذا الشأن كجزء من الرسائل العامة وجهود تعزيز السياسة.

سيوضع إطار عمل لقدرات تخطيط الرعاية المسبق بغية دعم تدريب وتعليم الأفراد الذين يقدمون الرعاية والدعم والعلاج. يستهدف ذلك تمكين الأفراد الذين يعملون في دعم تخطيط الرعاية المسبق من التدريب بطريقة يكون محورها الإنسان مما يعزز من حقوق الفرد في حرية الاختيار واتخاذ القرارات حتى إذا اختلفت القرارات عن قرارات الشخص الذي يقدم الرعاية والدعم.

## المجموعة العرقية:

### الأدلة المتاحة – المجموعة العرقية

وصل عدد سكان أيرلندا الشمالية في تعداد عام 2011 إلى 1,810,863 نسمة، وبلغت نسبة من ينتمون إلى أقليات عرقية 1.8 في المائة (32,596) من السكان المقيمين بصفة دائمة.

#### وفيما يلي بيان التوزيع العام للسكان:

- عرق البيض – 98.21 في المائة (1,778,449)
- الصينيون – 0.35 في المائة (6,338)
- الأيرلنديون الرُّحل – 0.07 في المائة (1,268)
- الهنود – 0.34 في المائة (6,157)
- الباكستانيون – 0.06 في المائة (1,087)
- البنجلاديشيون – 0.03 في المائة (543)
- عرقيات آسيوية أخرى – 0.28 في المائة (5,070)
- السود من منطقة البحر الكاريبي – 0.02 في المائة (362)
- الأفارقة السود – 0.13 في المائة (2354)
- عرقيات سود أخرى – 0.05 في المائة (905)
- عرقيات مختلطة – 0.33 في المائة (5976)
- عرقيات أخرى – 0.13 في المائة (2354)

ويعتبر ٣٠١٤ في المائة من السكان (الذين تبلغ أعمارهم ٣ سنوات فأكثر) لغة غير اللغة الانجليزية كلغتهم الأساسية. وتجدر الإشارة أيضاً إلى أن نحو 10 في المائة (179٠ 000) من أصل 98 في المائة من إجمالي عدد الأفراد الذين يقيمون بصفة دائمة في أيرلندا الشمالية في يوم تعداد السكان عام 2011 الذين حددوا انتمائهم العرقي على أنه من البيض، وُلدوا خارج أيرلندا الشمالية. ويشمل ذلك: 19,300 فرد من بولندا و7,250 من ليتوانيا و4,000 من أمريكا و3,800 من ألمانيا و1,650 من جنوب أفريقيا.

وأكبر مجموعات الأقليات العرقية الفرعية في عام 2011 هي الصينيين (6,300 فرد؛ مقارنة بـ4,100 فرد في عام 2001) والهنود (6,200 فرد؛ زيادة عن 1,600 فرد)، والعرقيات الآسيوية الأخرى (5,000 فرد؛ زيادة عن 200 فرد)، ومثلت كل مجموعة نحو 0.3 في المائة من السكان المقيمين بصفة دائمة (الجدول DC 2248 NI). ومن بين 1,300 فرد من الرُّحل الأيرلنديين، كان 1.8 في المائة (32,400) من المقيمين بصفة دائمة ينتمون إلى مجموعات الأقليات العرقية في عام 2011، أي أكثر من ضعف النسبة المسجلة في عام 2001 (0.8 في المائة).

ومن الممكن توقع زيادة عدد الأفراد المولودين خارج أيرلندا الشمالية زيادة كبيرة منذ تعداد عام 2011.

وتشير نتائج تعداد عام 2011 إلى وجود اختلاف في أعمار مجتمع الرُّحل الأيرلنديين بالنسبة إلى السكان البيض. على الرغم من أن 78 في المائة من الرُّحل نقل أعمارهم عن 45 سنة (مقارنة بـ61 في المائة من عرق البيض)، فإن 6.4 في المائة فقط (83 شخصا) تبلغ أعمارهم 65 سنة أو أكثر، مقارنة بـ15 في المائة من ذوي العرق البيض.

العدد القليل من الرُّحل الأكبر سناً ونسبتهم هما انعكاس لانخفاض متوسط العمر المتوقع لهم انخفاضاً كبيراً. وبينت دراسة الصحة لجميع الرُّحل في أيرلندا (2010)<sup>16</sup> أن الرُّحل الذكور في أيرلندا (التي تشمل أيرلندا الشمالية) لديهم متوسط عمر متوقع عند الولادة يبلغ 61.7 سنة، أي ما يعادل العمر المتوقع لعامة السكان في أربعينيات القرن العشرين. وأما النساء الرُّحل، فقد بلغ متوسط العمر المتوقع 70.1 سنة، وهو ما يماثل متوسط العمر المتوقع لعامة السكان في ستينيات القرن الماضي<sup>17</sup>.

## تقييم الأثر – المجموعات العرقية

يضمن تخطيط الرعاية المسبق إتاحة الفرصة للناس ليشاركوا في محادثات واقعية وعملية عن الأمور التي يهتموا لها، ولينظروا في رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم ويسجلوها، في حالة أنهم أرادوا ذلك. فهذا يدعم الفرد ليكون لديه خيارات أكثر وإدارة أفضل للقرارات، بما في ذلك خطط رعايته وعلاجه في المستقبل. من المرجح أن يكون لتخطيط الرعاية المسبق تأثير إيجابي بشكل مجمل ومن غير المتوقع أن يكون له أي تأثير متباين بسبب المجموعة العرقية للأفراد.

ويمكن لتخطيط الرعاية المسبق أن يتيح الفرصة للأفراد من مختلف الفئات العرقية التحدث مع الأشخاص الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج، مما قد يشمل مشاركة معلومات تخص معتقداتهم وتقاليدهم العرقية والثقافية. كما أنه ينطوي على إمكانية تعزيز التفاهم بين الأفراد من مختلف المجموعات العرقية، فضلاً عن المساعدة على ضمان أن المعتقدات والتقاليد العرقية/الثقافية المختلفة، عندما تمثل أهمية بالنسبة للفرد، تنعكس وفقاً لها على مستوى الرعاية أو الدعم أو العلاج الذي يتلقاه الفرد.

وقد يُتوقع أيضاً أن تؤثر هذه السياسة تأثيراً إيجابياً على المجموعات العرقية ذات متوسط عمر متوقع منخفض، لأنها ستتيح فرصاً للتعبير عن اختياراتهم في الرعاية أو الدعم أو العلاج وذلك ربما لم يكن متاحاً قبل طرح سياسة تخطيط الرعاية المسبق.

11 DHSSPS (2010) All Ireland Traveller Health Study. University College of Dublin  
<http://www.dhsspsni.gov.uk/aihs.pdf>

12 ومن الجدير بالذكر أيضاً أنه على الرغم من أن تعداد عام 2011 أشار إلى بلوغ عدد الرُّحل في أيرلندا الشمالية 1,301، فإن دراسة الصحة لجميع الرُّحل في أيرلندا (UCD /DHSSPS □ 2010) أظهرت أن عدد أسر الرُّحل في أيرلندا الشمالية بلغ 1,562، ويقدر عدد سكانها الرُّحل بـ3,905.

## تعزيز تكافؤ الفرص – المجموعة العرقية

يهدف تعزيز تكافؤ الفرص، سؤلى العناية اللازمة لضمان مراعاة واحترام الأفراد من جميع المجموعات العرقية فيما يخص تنفيذ هذه السياسة لتخطيط الرعاية المسبق. تم تحديد الحاجة إلى الدعم بلغات متعددة. وثم دلائل على أن بعض المجموعات العرقية تقل فرصهم في الحصول على الخدمات. وهذا العامل سيؤخذ في الاعتبار عند تنفيذ السياسة لضمان الحد من أي عوائق قائمة لدعم الإتاحة المتكافئة. وستشمل التدابير الاستباقية الترويج لهذه السياسة بين كل المجموعات العرقية من خلال الرسائل المتعلقة بهذا الشأن كجزء من الرسائل العامة وجهود تعزيز السياسة.

سيوضع إطار عمل لقدرات تخطيط الرعاية المسبق بغية دعم تدريب وتعليم الأفراد الذين يقدمون الرعاية والدعم والعلاج. ويستهدف ذلك تمكين الأفراد الذين يعملون في دعم تخطيط الرعاية المسبق من التدريب بطريقة يكون محورها الإنسان مما يعزز من حقوق الفرد في حرية الاختيار واتخاذ القرارات حتى إذا اختلفت القرارات عن قرارات الشخص الذي يقدم الرعاية والدعم.

## العمر

### الأدلة المتاحة - العمر

ارتفع متوسط العمر في أيرلندا الشمالية من 34 سنة إلى 37 سنة بين تعدادي 2001 و 2011. وخلال الفترة نفسها، انخفضت نسبة السكان المتمثلة في الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 16 سنة من 24 في المائة إلى 21 في المائة، بينما ارتفعت نسبة الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 سنة فأكثر من 13 في المائة إلى 15 في المائة.

وبالمقارنة مع تعداد عام 2001، زاد عدد الأشخاص البالغين من العمر 65 سنة فأكثر الذين يعيشون في أيرلندا الشمالية بنسبة 18 في المائة (40,400) ليلعب عددهم 263,700 في يوم التعداد لعام 2011.

وبين عامي 2002 و 2012، ارتفع عدد الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 60 و 84 عاماً بنسبة 20 في المائة، بينما ارتفع عدد الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 85 عاماً بنسبة 38 في المائة. وهذا يدل على وجود شيخوخة سكانية ديموغرافية.

تشير تقديرات تعداد السكان لمنتصف عام 2020<sup>18</sup> إلى أن عدد السكان الحالي في أيرلندا الشمالية يقدر بـ 1,895,510 وأن 441,108 (23 في المائة) من السكان تقل أعمارهم عن 18 عاماً وأن 1,454,402 (77 في المائة) منهم أعمارهم أكبر من 18 عاماً.

أشار البحث الذي أعده iReach نيابة عن معهد رعاية المحترضين والرعاية الملطفة لعموم أيرلندا<sup>19</sup> (AIIHPC) إلى أن 73 في المائة من المشاركين في البحث في أيرلندا الشمالية يوافقون (يوافقون أو يوافقون بشدة) على أنهم يرغبون في الحصول على الدعم لمناقشة وتدوين رغباتهم وتفضيلاتهم للرعاية في نهاية حياتهم.

لم يكن هناك تباين ملحوظ بين الفئات العمرية التي شملها الاستطلاع ونستعرض النتائج على النحو التالي؛

- أعرب 73 في المائة ممن تتراوح أعمارهم بين 18 و 34 عاماً عن تفضيلهم لذلك
- وأعرب 71 في المائة ممن تتراوح أعمارهم بين 35 و 55 عاماً عن تفضيلهم لذلك
- وأعرب 78 في المائة ممن تزيد أعمارهم عن 55 عاماً عن تفضيلهم لذلك.

13 <https://www.nisra.gov.uk/publications/2020-mid-year-population-estimates-northern-ireland>

14 <https://aiihpc.org/wp-content/uploads/2020/10/Palliative-Care-Study-NI-July-2020-V1.2.pdf>

في شهر فبراير عام 2007، نشرت جمعية الزهايمر دراسة مهمة عن التأثير الاجتماعي والاقتصادي للخرف في المملكة المتحدة. يقدم البحث<sup>20</sup>، الذي كُلفت به كلية كينجز كوليدج لندن وكلية لندن للاقتصاد، صورة مفصلة وقوية لانتشار الخرف وتأثيره الاقتصادي في المملكة المتحدة. وبحسب تقديرات هذا التقرير فإن واحدًا من كل 14 شخصًا فوق سن 65 عامًا وواحدًا من كل ستة أشخاص فوق سن 80 عامًا يعاني من أحد أنواع الخرف. تقرير آخر نشرته جمعية الزهايمر: الخرف 2013: الصوت الخفي للوحدة<sup>21</sup> يشير إلى أن 18,862 فردًا في أيرلندا الشمالية يعانون من الخرف.

## تقييم الأثر - العمر

يضمن تخطيط الرعاية المسبق إتاحة الفرصة للناس ليشاركوا في محادثات واقعية وعملية عن الأمور التي يهتموا لأمرها، ولينظروا في رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم وليسجلوها، في حالة أنهم أرادوا ذلك. فهذا يدعم الفرد ليكون لديه خيارات أكثر وإدارة أفضل للقرارات، بما في ذلك خطط رعايته وعلاجه في المستقبل. من المرجح أن يكون لتخطيط الرعاية المسبق تأثير إيجابي بشكل عام على جميع البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر.

وجرت العادة أن يكون تخطيط الرعاية المسبق مرتبطًا بانتهاء العمر والرعاية الملطفة أو يُعتقد أنه ذو صلة بالمسنين فقط. وتهدف هذه السياسة إلى توفير إطار لتخطيط الرعاية المسبق يشمل جميع البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 سنة أو أكثر. ويهدف هذا النهج إلى تشجيع البالغين من جميع الأعمار ومراحل الحياة على التفكير في احتياجاتهم المستقبلية والتخطيط لها.

وفي أيرلندا الشمالية، أصبح عدد الأفراد دون سن الـ18 من ضمن الأقليات، ويقدر عددهم حاليًا بأقل من ربع السكان (23 في المائة).

ولا تشمل هذه السياسة الأطفال والشباب الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة. ويستند الأساس المنطقي لنطاق السياسة، بالنسبة لمن تبلغ أعمارهم 18 سنة فما فوق، إلى المبادئ الأخلاقية والتناسب ومراعاة الجوانب القانونية حيث يختلف الحكم بالنسبة لمن تقل أعمارهم عن 18 عام عن حكم من تزيد أعمارهم عن 18 عام.

وقد استند هذا القرار إلى اعتبارات قانونية وعملية على النحو المبين أدناه:

من المسلم به أن احتياجات الأطفال والشباب في الفئة العمرية دون الـ18 عامًا مختلفة بشكل كبير وتتطلب نهجًا مصممًا خصيصًا لهم. يقر قانون الأطفال (أيرلندا الشمالية) 1995<sup>22</sup> بأنه يجب إعطاء الأطفال صوتًا في القرارات التي تخص ما يحدث لهم ويجب منح فرص عمل بالشراكة مع الأطفال، بقدر ما يسمح عمرهم ونموهم لذلك. ويشترط قانون الأطفال (أيرلندا الشمالية) 1995 إيلاء اعتبار بالغ الأهمية برفاه الطفل<sup>23</sup>.

وعلاوة على ذلك، فإن أطر العمل القائمة للتشريعات والممارسات التي تقوم عليها هذه السياسة لا تتماشى مع الأحكام المتعلقة بمن هم دون سن الـ18. ويشترط قانون سن الرشد (أيرلندا الشمالية) لعام 1969<sup>24</sup> بأن يكون الشخص قد بلغ الثامنة عشرة قبل أن يتمكن من اتخاذ قرارات تعاقدية معينة. وبالمثل، لا يسمح القانون بشكل عام لأي شخص دون سن الـ18 عامًا بإصدار وصية قانونية.

تتضمن السياسة القرارات المسبقة برفض تلقي العلاج (ADRT). إذا كان ذلك اختيار الشخص، ليكون قراره ساري المفعول يجب أن يكون عمر الشخص 18 عامًا أو أكثر وأن يكون لديه القدرة على اتخاذ القرار.

تم الإقرار بإدراج الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و 17 عامًا في أجزاء من قانون الأهلية العقلية (2016)، ومع ذلك، فإن نطاق السياسة للأفراد الذين بلغت أعمارهم 18 عامًا فأكثر يستند إلى المبادئ الأخلاقية والتناسب.

LSE, King 's College London, Alzheimer' s Society. Dementia UK: The Full Report, 2007 15  
alzheimers\_16425

الخرف 2013: الصوت الخفي للوحدة (alzheimers.org.uk) 16

قانون الأطفال (أيرلندا الشمالية) لعام 1995 (legislation.gov.uk) 17

يعرّف الشخص الذي يقل عمره عن 18 عام بأنه "طفل" بموجب قانون الأطفال لعام 1995 وبموجب القانون الدولي. 18

قانون سن الرشد (أيرلندا الشمالية) لعام 1969 (legislation.gov.uk) 19



هناك تأثير إيجابي غير مباشر محتمل للأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا حيث أن السياسة تتضمن صيغة حكم لضم المعالين في تخطيط الرعاية المسبق. ومن المتوقع أن يقدم فوائد محتملة للأطفال والشباب والبالغين المستضعفين أيضًا، في حالة مرض الوالدين أو مقدم الرعاية الذي لديه تخطيط رعاية مسبق أو فقدانهم أهليتهم.

من المتوقع أن تستفيد جميع فئات المادة 75 من السكان البالغين (الذين تزيد أعمارهم عن 18 عامًا) من هذه السياسة. ويتمثل أحد الأهداف الأساسية للسياسة في توسيع نطاق ممارسات تخطيط الرعاية المسبق لما هو أكثر من الرعاية الملطفة ورعاية نهاية العمر من أجل تطبيع المحادثات عن تخطيط الرعاية المسبق، وفي أفضل الظروف، سيهدف للمساعدة في ضمان إجراء مثل هذه المحادثات قبل أي أزمة قد تحدث مثل تشخيص مرض خطير.

## تدابير التخفيف/السياسات البديلة - العمر

كما هو موضح أعلاه يستند الأساس المنطقي لنطاق السياسة، بالنسبة لمن تبلغ أعمارهم 18 سنة فما فوق، إلى المبادئ الأخلاقية للتناسب ومراعاة الجوانب القانونية حيث يختلف الحكم بالنسبة لمن تقل أعمارهم عن 18 عام عن حكم من تزيد أعمارهم عن 18 عام. كما وضعت أحكام بديلة للأطفال والشباب الذين يحتاجون إلى رعاية ملطفة في استراتيجية "توفير رعاية ملطفة عالية الجودة لأطفالنا"<sup>25</sup>

والتي تنص على:

"سيُخطط للرعاية والدعم، مع مراعاة رغبات واحتياجات الطفل وأسرته، وسيُركز على مصالح الطفل الفضلى ونوعية حياته".

## تعزيز تكافؤ الفرص - العمر

يهدف تعزيز تكافؤ الفرص، سُولى العناية اللازمة لضمان مراعاة واحترام الأفراد من جميع الفئات العمرية فيما يخص تنفيذ هذه السياسة لتخطيط الرعاية المسبق. وستشمل التدابير الاستباقية الترويج لهذه السياسة بين كل الفئات العمرية من خلال الرسائل المتعلقة بهذا الشأن كجزء من الرسائل العامة وجهود تعزيز السياسة.

## الحالة الاجتماعية

### الأدلة المتاحة - الحالة الاجتماعية

توفر بيانات تعداد عام 2011 معلومات عن الحالة الزوجية. وأظهرت الدراسة أن ما يقرب من نصف (48 في المائة) عدد الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 16 سنة أو أكثر متزوجون، وأن أكثر من الثلث (36 في المائة) أعزب. وفي مارس 2011، كان هناك ما يزيد قليلاً عن 1,200 فرد (0.1 في المائة) في شراكات مدنية مسجلة بين شخصين من نفس الجنس. وبلغت نسبة المقيمين بصفة دائمة إما المنفصلين أو المطلقين أو المرتبطين سابقاً في شراكة مدنية من نفس الجنس 9.4 في المائة، في حين بلغت نسبة 6.8 في المائة المتبقية إما أرامل أو شركاء على قيد الحياة.

### تقييم الأثر - الحالة الاجتماعية

يضمن تخطيط الرعاية المسبق إتاحة الفرصة للناس للمشاركة في محادثات واقعية وعملية عن الأمور التي يهتموا لأمرها، والنظر في رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم وتسجيلها، في حالة أنهم أرادوا ذلك. فهذا يدعم الفرد ليكون لديه خيارات أكثر وإدارة أفضل للقرارات، بما في ذلك خطط رعايته وعلاجه في المستقبل. من المرجح أن يكون لتخطيط الرعاية المسبق تأثير إيجابي بشكل مجمل ومن غير المتوقع أن يكون له أي تأثير متباين بسبب الحالة الاجتماعية للأفراد.

20 وزارة الصحة، توفير رعاية ملطفة عالية الجودة لأطفالنا: استراتيجية لرعاية الأطفال الملطفة ونهاية العمر 2016 - 26

## تعزيز تكافؤ المساواة في الفرص - الحالة الزوجية

ومن أجل تعزيز تكافؤ الفرص، سيولى الاعتبار الواجب لضمان مراعاة واحترام الأشخاص ذوي الحالة الزوجية المختلفة من خلال تنفيذ سياسة التخطيط المسبق لهذه الرعاية. وستشمل هذه التدابير الفعالة دعم للأشخاص ذوي الحالة الاجتماعية المختلفة من خلال الرسائل ذات الصلة كجزء من الرسائل العامة/تعزيز لهذه للسياسة.

وإذا ظهرت أدلة على أي آثار محتملة، فسيتم استكشافها لتحديد وسائل التخفيف المناسبة.

## التوجه الجنسي

### الأدلة المتاحة - التوجه الجنسي

من المسلم به أن الأرقام الدقيقة غير متاحة للتوجه الجنسي لعامة السكان، والعديد من التقديرات تختلف. لدى NISRA، جنبًا إلى جنب مع مكاتب التعداد الأخرى في المملكة المتحدة، ولديهم مقترحات مطبقة لمعالجة هذا في تعداد 2021.

### أجرت صحيفة Life and Times Survey 26 2012 مقابلات مع 1204 بالغين لتحديد توجههم الجنسي.

- 98 في المائة من المحييين عرّفوا أنفسهم بأنهم من جنسين مختلفين/مستقيمين.
- 1 في المائة كمثليين/مثليات.
- 1 في المائة رفضوا تقديم اي اجابة.

سجلت الأرقام التي نشرها مكتب الإحصاءات الوطنية في عام 2010 أن 0.9 في المائة من سكان المملكة المتحدة يعرفون أنفسهم على أنهم مثليون أو مثليات، بينما عرّف 0.5 في المائة آخرون أنفسهم على أنهم ثنائيي الجنس (قياس الهوية الجنسية: تقرير تقييم 27). من المحتمل أن تكون الأرقام الحقيقية أعلى بكثير.

تضمنت مشاركة الأطراف المعنية في المرحلتين الأولى والثانية تعليقات من مجموعات تمثل الأشخاص الذين يعتبرون LGBTQ+. ساعدت النقاط المحددة المتعلقة بتجارب الأشخاص المثليين والمثليات ومزدوجي الميل الجنسي ومغاييري الهوية الجنسية في صياغة مشروع السياسة. وتشمل هذه: الاعتراف بأن الهيكل الأسري التقليدي لا ينطبق دائمًا؛ مخاوف من عدم الاعتراف دائمًا بعلاقات LGBTQ+ في أماكن الرعاية والاقترحات بقبول التنوع.

"لننظر بعدسة LGBT... وفيما يتعلق بالحواز التي تعترض المثليين والمثليات ومزدوجي الميل الجنسي ومغاييري الهوية الجنسية.. القضايا المتعلقة بأفراد الأسرة وصنع القرار وظهورهم، وقدرتهم على الخروج في بيئات الرعاية والسلامة والحواز المحيطة بذلك "

"بالنسبة لي أفكر في شخص LGBTQ+، غالبًا ما يكون الحاجز هو أن الناس لا يسألون عن التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية... لا يسأل الناس... تقع المسؤولية على العميل.. ليتعرفوا بأنفسهم علي هويتهم ومن يكونوا".

26 استبيان الحياة والأوقات في أيرلندا الشمالية لعام 2012 (ark.ac.uk)

27 <https://data.gov.uk/dataset/e6033627-3106-47a9-a3fb-4bcaa34c1bcb/measuring-sexual-identity-evaluation-report>

## تقييم الأثر – التوجه الجنسي

يضمن تخطيط الرعاية المتقدمة حصول الأشخاص على فرصة لإجراء محادثات واقعية وعملية حول ما يهمهم ، والنظر في رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم وتسجيلها ، إذا اختاروا القيام بذلك. وهو يدعم الشخص ليكون لديه خيار أكبر وسيطرة أكبر على القرارات ، بما في ذلك خطط لرعايته وعلاجه في المستقبل. من المرجح أن يكون للتخطيط المسبق للرعاية تأثير إيجابي شامل ومن المتوقع أن يكون لهذه السياسة تأثير إيجابي على الأشخاص ذوي الميول الجنسية المختلفة.

سيُمكن التخطيط المسبق للرعاية من مناقشة المشاعر والرغبات والمعتقدات والقيم وتوثيقها ومشاركتها لإثراء التخطيط المستقبلي أو الرعاية أو الدعم أو العلاج.. قد يشمل ذلك ، في حالة رغبة الشخص، الأمور المتعلقة بميوله الجنسية وعلاقاته.

لذلك ، يمكن أن يوفر التخطيط المسبق للرعاية الفرصة للأشخاص من مختلف التوجهات الجنسية لإجراء محادثات مع أولئك الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج. قد يشمل ذلك مشاركة المعلومات حول ميولهم الجنسية. وهذا ينطوي على إمكانية تعزيز قدر أكبر من التفاهم بين الأشخاص ذوي التوجهات الجنسية المختلفة، فضلا عن المساعدة على ضمان أن يعكس ما يهم الشخص وفقا لذلك في الرعاية أو الدعم أو العلاج الذي يتلقونه.

ومن المتوقع أيضا أن تؤثر هذه السياسة تأثيرا إيجابيا على الأشخاص الذين يعتبرون LGBTQ + والذين قد يكون لديهم هياكل أسرية غير تقليدية، لأنها ستخلق فرصة أكبر للتعبير عن الاختيار في رعايتهم أو دعمهم أو علاجهم.. وتستخدم السياسة عمدا مرحلة "تلك المهمة للشخص" لتكون شاملة وتعكس الهياكل الأسرية غير التقليدية.

## تعزيز تكافؤ الفرص – التوجه الجنسي

ومن أجل تعزيز تكافؤ الفرص، سوف يولى الاعتبار الواجب لضمان الحساسية والاحترام تجاه الأشخاص من جميع الميول الجنسية من حيث تنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية... وتشمل التدابير الاستباقية الترويج للسياسة العامة للأشخاص ذوي الميول الجنسية المختلفة من خلال الرسائل ذات الصلة كجزء من الرسائل العامة والترويج للسياسة.

سيتم وضع إطار قدرات التخطيط المسبق للرعاية لدعم وتطوير التدريب والتعليم. يهدف هذا إلى تمكين أولئك الذين يدعمون الأشخاص في تخطيط الرعاية المتقدمة من الممارسة بطريقة تتمحور حول الشخص والتي تدعم حق الشخص في اتخاذ الخيارات والقرارات حتى عندما تختلف عن تلك الخاصة بالشخص الذي يقدم الرعاية والدعم.

## نوع الجنس

### الأدلة المتاحة - نوع الجنس

وأظهرت بيانات تعداد عام 2011 أن 49 في المائة من جميع السكان المعندين في أيرلندا الشمالية هم من الذكور ، وأن 51 في المائة من السكان من الإناث.. بالإضافة إلى ذلك ، يعرف عدد قليل على أنه ليس ذكرا أو أنثى أو كليهما.

### تقييم الأثر - نوع الجنس

يضمن تخطيط الرعاية المتقدمة حصول الناس على فرصة لإجراء محادثات واقعية وعملية حول ما يهمهم ، والنظر في رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم وتسجيلها ، إذا اختاروا القيام بذلك.. إنه يدعم الشخص ليكون لديه خيار أكبر وسيطرة أكبر على قراراته ، بما في ذلك خطط لرعايته وعلاجه في المستقبل. من المرجح أن يكون للتخطيط المسبق للرعاية تأثير إيجابي عام ولا يتوقع أن يكون له أي تأثير تفاضلي أو مختلف به نوع من الانحياز على أساس نوع الجنس.

ومن المتوقع أن يكون لهذه السياسة أثر إيجابي على الأشخاص من مختلف الهويات الجنسية.. سيُمكن التخطيط المتقدم للرعاية من مناقشة مشاعر والرغبات والمعتقدات والقيم وتوثيقها ومشاركتها لإثراء التخطيط المستقبلي أو الرعاية أو الدعم أو العلاج. ويجوز أن يشمل ذلك، إذا رغب الشخص، بمسائل تتعلق بهويته الجنسية.

يمكن أن يوفر التخطيط المسبق للرعاية الفرصة للأشخاص من مختلف الهويات الجنسانية لإجراء محادثات مع أولئك الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج. وهذا ينطوي على إمكانية تعزيز قدر أكبر من التفاهم بين الأشخاص ذوي الهوية الجنسية المختلفة.

## تعزيز تكافؤ الفرص – نوع الجنس

ومن أجل تعزيز تكافؤ الفرص، سيولى الاعتبار الواجب لضمان مراعاة واحترام الأشخاص من جميع الهويات الجنسية من حيث تنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية. وسوف تشمل التدابير الاستباقية الترويج للسياسة العامة للأشخاص من مختلف الجنسين من خلال الرسائل ذات الصلة كجزء من الرسائل العامة تعزيزا للسياسة.

وسيتم وضع إطار قدرات التخطيط المسبق للرعاية لدعم وتطوير التدريب والتعليم.. يهدف هذا إلى تمكين أولئك الذين يدعمون الأشخاص في تخطيط الرعاية المتقدمة من الممارسة بطريقة تركز على الشخص والتي تدعم حق الشخص في اتخاذ الخيارات والقرارات حتى عندما تختلف عن تلك الخاصة بالشخص الذي يقدم الرعاية والدعم.

## الإعاقة

### الأدلة المتاحة - الإعاقة

في عام 2011، أظهرت بيانات التعداد أن ما يزيد قليلاً عن واحد من كل خمسة من السكان المقيمين عادة (21 في المائة) يعانون من مشكلة صحية طويلة الأجل أو إعاقة تحد من أنشطتهم اليومية.

عادة كانت الحالات الأكثر شيوعاً بين السكان المقيمين هي:

1. مشكلة في الحركة أو المهارة في أداء المهام خاصة مع اليدين (11 في المائة).
2. عدم ارتياح أو ألم على المدى الطويل (10 في المائة)؛
3. ضيق في التنفس أو صعوبة في التنفس (8.7 في المائة)؛
4. الأمراض المزمنة (6.5 في المائة)؛ و
5. حالة صحية عاطفية أو نفسية أو عقلية (5.8 في المائة).

وشملت المشاركة المبكرة لأصحاب المصلحة التشاور مع كبير مفوضي شؤون المساواة وموظفين من لجنة المساواة في أيرلندا الشمالية. وأشار إلى أهمية اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، مع الإشارة بوجه خاص إلى المادة 12 (الاعتراف على قدم المساواة أمام القانون) والمادة 25 (الصحة)، فضلاً عن التعليق العام رقم 1 للجنة الأمم المتحدة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الذي يتناول بالتفصيل ما يلي: متطلبات المادة 12<sup>28</sup>.

من المسلم به أن الأشخاص ذوي الإعاقة ليسوا مجموعة متجانسة. وتم ملاحظة نقاط محددة تتعلق بالاحتياجات المختلفة للأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة خلال مشاركات أصحاب المصلحة.

أحد الأمثلة على ذلك هو كيف أن دعم التواصل المختلف مطلوب لأولئك في مجتمع الصم.

"غالبًا ما يكون الافتراض الأول هو أن الشخص سيكون مستخدمًا للغة الإشارة ويحتاج إلى مترجم فوري، ولكن هذا ليس هو الحال بالنسبة لغالبية الصم الذين يقرؤون الشفاه. من المهم الاعتراف بتفضيلات الاتصال."

الأكثر أهمية هو أن المعلومات يجب أن تكون بتنسيق BSL و ISL ... وجعله متاحاً على موقع شبكي في كلا الشكلين... سيكون دعم الدعوة مهماً أيضاً ... استخدام السيناريوهات ... للشرح"

وخلال مشاركات أصحاب المصلحة أيضاً، ظهرت اختلافات في مستويات الوعي بمفهوم التخطيط المسبق للرعاية بين مختلف فئات الإعاقة.

"أولئك الذين يعانون من صعوبات التعلم و أولئك المهمين للشخص الذي يعاني من صعوبات التعلم لديهم خبرة في التخطيط للرعاية المستقبلية "التخطيط المتمحور حول الشخص ليس جديداً على عالم صعوبات التعلم .. هذا ما نقوم به كل يوم"

وكان هذا على النقيض من بعض أفراد مجتمع الصم الذين علقوا على ذلك.

"شخص ذو مغزى يركز على التخطيط للجميع. - هو مفهوم جديد لمجتمع الصم"

..

## تقييم الأثر - الإعاقة

يضمن تخطيط الرعاية المتقدمة حصول الناس على فرصة لإجراء محادثات واقعية وعملية حول ما يهمهم، والنظر في رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم وتسجيلها، إذا اختاروا القيام بذلك. وهو يدعم الشخص ليكون لديه خيار أكبر وسيطرة أكبر على القرارات، بما في ذلك خطط لرعايته وعلاجه في المستقبل. من المرجح أن يكون للتخطيط المسبق للرعاية تأثير إيجابي عام ومن المتوقع أن يكون لسياسة تخطيط الرعاية المتقدمة تأثير إيجابي على الأشخاص ذوي الإعاقة.

سيمكن التخطيط المسبق للرعاية من مناقشة الرغبات والمشاعر والمعتقدات والقيم وتوثيقها ومشاركتها لإثراء التخطيط المستقبلي أو الرعاية أو الدعم أو العلاج. ويجوز أن يشمل ذلك، إذا رغب الشخص، المسائل المتعلقة بإعاقته. ولذلك، يمكن أن يتيح التخطيط المسبق للرعاية الفرصة للأشخاص ذوي الإعاقة لتبادل المعلومات مع أولئك الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج.

وهذا ينطوي على إمكانية تعزيز وفهم أكبر لاحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة فضلا عن المساعدة في ضمان حصولهم على فرصة أكبر للاختيار والتحكم في رعايتهم أو دعمهم أو علاجهم. ومن المتوقع أن تساعد هذه السياسة على ضمان احترام معتقدات الأشخاص وقيمهم، ويعكس ذلك تبعا لذلك في الرعاية أو الدعم أو العلاج الذي يتلقونه.

ومن المتوقع أيضا أن تؤثر هذه السياسة تأثيرا إيجابيا على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يقل متوسط العمر المتوقع، لأنها ستتيح فرصة أكبر للتعبير عن الاختيار في مجالي الرعاية والعلاج.

## تعزيز تكافؤ الفرص - الإعاقة

ومن أجل تعزيز تكافؤ الفرص، سيتم إيلاء الاعتبار الواجب لضمان مراعاة واحترام اتجاه الاحتياجات المحددة للأشخاص ذوي الإعاقة من حيث تنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية.. (على سبيل المثال: احتياجات الاتصالات، والتعديلات المعقولة).. وحيثما تنشأ الاحتياجات المحددة للأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة، سيتم استكشافها لتحديد أوجه التخفيف المناسبة، كما كان الحال أثناء إشراك أصحاب المصلحة.

وسوف تشمل التدابير الاستباقية تعزيز السياسة على الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال الرسائل ذات الصلة كجزء من الرسائل العامة/ الترويج للسياسة.

وسيكون هناك عمل مستمر مع الأشخاص ذوي الإعاقة لضمان تقديم السياسة في أشكال يسهل الوصول إليها وتلبية الاحتياجات المتعددة في التنفيذ.

سيتم تطوير إطار قدرات التخطيط المسبق للرعاية لدعم التدريب والتعليم. يهدف هذا إلى تمكين أولئك الذين يدعمون الأشخاص في تخطيط الرعاية المتقدمة من الممارسة بطريقة تركز على الشخص والتي تدعم حق الشخص في اتخاذ الخيارات والقرارات حتى عندما تختلف عن تلك الخاصة بالشخص الذي يقدم الرعاية والدعم.

## المعالون

### الأدلة المتاحة - المعالون

وفي عام 2011، كان ثلث الأسر المعيشية (34 في المائة) في أيرلندا الشمالية تضم أطفالا معالين، انخفاضا من 36 في المائة في عام 2001. وكان خمسا الأسر المعيشية (40 في المائة) تضم شخصا واحدا على الأقل يعاني من مشكلة صحية أو إعاقة طويلة الأجل؛ تتألف من الأسر المعيشية التي لديها أطفال معالون (9.2 في المائة) والأسر التي ليس لديها أطفال معالون (31 في المائة).

وفي آذار/مارس 2011، كانت نسبة 5.8 في المائة من الأسر المعيشية تضم أطفالا معالين ولا يوجد بالغون يعملون فيها.

في تعداد عام 2011، كان 214,000 شخص في أيرلندا الشمالية يقدمون شكلا من أشكال الرعاية غير مدفوعة الأجر، أي ما يعادل حوالي واحد من كل ثمانية مقيمين في أيرلندا الشمالية (12٪). ويقارن ذلك بـ 185 066 في عام 2001، بزيادة قدرها 16 في المائة.

وتشير الأرقام إلى أن أكثر من نصف مقدمي الرعاية غير مدفوعي الأجر (122,000، 57 في المائة) كانوا يقدمون الرعاية لمدة تتراوح بين 1 و19 ساعة في الأسبوع، في حين أن 35,000 (17 في المائة) كانوا يعملون لمدة تتراوح بين 20 و49 ساعة في الأسبوع. وكان ما يزيد قليلا عن الربع (56,000، 26 في المائة) يتحملون مسؤوليات الرعاية لمدة 50 ساعة أو أكثر في الأسبوع.

باستخدام تقديرات السكان في منتصف العام 2017، والتي تظهر زيادة بنسبة ثلاثة في المائة في عدد السكان منذ عام 2011، من المرجح أن يكون هناك حوالي 220,000 شخص في أيرلندا الشمالية مع شكل من أشكال دور الرعاية<sup>29</sup>.

أشار تقرير حديث نشرته مؤسسة Carers UK في أكتوبر 2020<sup>30</sup> إلى وجود 212000 وظيفة غير مدفوعة الأجر في أيرلندا الشمالية وقدر أن جائحة COVID-19 أدت إلى 98000 شخص إضافي جديد للرعاية في أيرلندا الشمالية. استنادا إلى التوقعات السكانية ، يشير مقدمو الرعاية في المملكة المتحدة إلى أن هناك حاليا ما يصل إلى 310,000 من مقدمي الرعاية غير مدفوعي الأجر في أيرلندا الشمالية 31.

وقد أثر إدراج حكم للمعالين في التخطيط المسبق للرعاية في عدد من ارتباطات أصحاب المصلحة. وكان هذا مصدر قلق خاص لأباء البالغين الضعفاء الذين ذكروا أن رعاية أطفالهم كانت السبب الرئيسي للمشاركة في التخطيط المسبق للرعاية.

"هناك نوعان مختلفان من العمل.. لكل واحد منا محادثة التخطيط المسبق للرعاية الخاصة بنا .... وبعد ذلك ، ماذا عن هذا الشخص البالغ الآخر الذي أتحمّل مسؤوليته والذي أحبه والذي أريد الأشياء الصحيحة له؟"

تم الاعتراف بهذه المشكلة.. ويحدد مسودة السياسة المنقحة نموذجا لمكونات تخطيط الرعاية المتقدمة يتضمن عنصرا ضمن المكون "الشخصي" للنظر في المعالين في تخطيط الرعاية المسبقة للشخص.

## تقييم الأثر - المعالون

يضمن تخطيط الرعاية المتقدمة حصول الناس على فرصة لإجراء محادثات واقعية وعملية حول ما يهمهم ، والنظر في رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم وتسجيلها ، إذا اختاروا القيام بذلك. وهو يدعم الشخص ليكون لديه خيار أكبر وسيطرة أكبر على القرارات ، بما في ذلك خطط لرعايته وعلاجه في المستقبل. من المرجح أن يكون للتخطيط المسبق للرعاية تأثير إيجابي عام.

قد تؤثر السياسة بشكل إيجابي على أولئك الذين لديهم معالون لأنها ستمكن محادثات التخطيط المسبق للرعاية من تضمين رغبات الشخص ومشاعره ومعتقداته وقيمه فيما يتعلق لمعالينهم.. وليس من المتوقع أن يكون ذلك في وضع غير مؤات لمن ليس لديهم معالون.

## تعزيز تكافؤ الفرص - المعالون

ومن أجل تعزيز تكافؤ الفرص، سيتم إيلاء الاعتبار الواجب لضمان مراعاة واحترام الاحتياجات المحددة للأشخاص الذين يتحملون مسؤوليات الرعاية من حيث تنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية. (على سبيل المثال؛ التعديلات المعقولة).. وستشمل التدابير الاستباقية تعزيز هذه السياسة للأشخاص الذين يتحملون مسؤوليات الرعاية من خلال الرسائل ذات الصلة كجزء من الرسائل العامة والترويج للسياسة. ومن شأن تدابير التدريب والتثقيف للموظفين التي أدخلت نتيجة لتنفيذ السياسات أن تلبى احتياجات أولئك الذين يتحملون مسؤوليات الرعاية..

## هويات متعددة

### الأدلة المتاحة – هويات متعددة

ومن الصعب تحديد المدى الكامل للأثر على الأشخاص ذوي الهويات المتعددة إلى أن يتم التخطيط لتنفيذ السياسة مع إتخاذ إجراءات مفصلة.

### تقييم الأثر – هويات متعددة

يضمن تخطيط الرعاية المتقدمة حصول الناس على فرصة لإجراء محادثات واقعية وعملية حول ما يهمهم ، والنظر في رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم وتسجيلها ، إذا اختاروا القيام بذلك. وهو يدعم الشخص ليكون لديه خيار أكبر وسيطرة أكبر على القرارات ، بما في ذلك خطط لرعايته وعلاجه في المستقبل. من المرجح أن يكون للتخطيط المسبق للرعاية تأثير إيجابي عام ولا يتوقع أن يكون له أي تأثير تفاضلي على أساس الهوية المتعددة. وبالنظر إلى الطبيعة التي تركز على الشخص في نهج التخطيط المسبق للرعاية التي ستدعمها السياسة، فمن المتوقع أن تكون هناك آثار إيجابية كبيرة على الأشخاص في هذه الفئة.

## تعزير تكافؤ الفرص – هويات متعددة

من أجل تعزير تكافؤ الفرص، سيتم إيلاء الاعتبار الواجب لضمان مراعاة الاحترام تجاه الاحتياجات المحددة للأشخاص ذوي الهوية المتعددة من حيث تنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية.. وإذا ظهرت أدلة على أي آثار محتملة، فسيتم استكشافها لتحديد تدابير التخفيف المناسب

## حقوق الإنسان

تأثير محايد	تأثير إيجابي	التأثير السلبي = حق الإنسان الذي يتدخل فيه أو يقيد	المادة (المفوضية الأوروبية لحقوق الإنسان/ حقوق الإنسان 1998)
	X		المادة 2 – الحق في الحياة
	X		المادة 3 – الحق في عدم التعرض للتعذيب أو المعاملة أو العقوبة اللاإنسانية أو المهينة
X			المادة 4 – الحق في التحرر من الرق والعبودية والعمل القسري أو الإلزامي
X			المادة 5 – الحق في الحرية والأمن الشخصي
X			المادة 6 – الحق في محاكمة عادلة وعلنية في غضون فترة زمنية معقولة
X			المادة 7 – الحق في التحرر من القانون الجنائي بأثر رجعي وعدم فرض عقوبة عليه بدون قانون.
	X		المادة 8 – الحق في احترام الحياة الخاصة والأسرية والمنزل والمراسلات.
	X		المادة 9 – الحق في حرية الفكر والوجدان والدين
	X		المادة 10 – الحق في حرية التعبير
X			المادة 11 – الحق في حرية التجمع وتكوين الجمعيات
X			المادة 12 – الحق في الزواج وتكوين أسرة
	X		المادة 14 – حظر التمييز في التمتع بالحقوق المنصوص عليها في الاتفاقية
	X		البروتوكول الأول للمادة 1 - الحق في التمتع السلمي بالملكات وحماية الممتلكات
X			المادة 2 من البروتوكول الأول – الحق في الحصول على التعليم

تأثير محايد	تأثير إيجابي	التأثير السلبي = حق الإنسان الذي يتدخل فيه أو يقيد	المادة - اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة
	X		المادة 12 ( الاعتراف على قدم المساواة أمام القانون)
	X		المادة 25 (الصحة) من اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

## علاقات جيدة

وتعرّف لجنة المساواة "العلاقات الجيدة" بأنها: "نمو العلاقات والهيكل في أيرلندا الشمالية التي تعترف ب السياق الديني والسياسي والعرفي لهذا المجتمع، والتي تسعى إلى تعزيز الاحترام والإنصاف والثقة، واحتضان التنوع بجميع أشكاله."<sup>33</sup>

وقد يكون لسياسة التخطيط المسبق للرعاية أثر إيجابي غير مباشر على العلاقات الطيبة بين الأشخاص ذوي المعتقدات الدينية المختلفة، أو الأشخاص ذوي الآراء السياسية المختلفة، أو بين أشخاص من مجموعات عرقية مختلفة. سيتمكن التخطيط المسبق للرعاية من مناقشة الرغبات والمشاعر والمعتقدات والقيم وتوثيقها ومشاركتها. وقد يتيح ذلك الفرصة للأشخاص من مختلف الآراء والمعتقدات والخلفيات الثقافية لإجراء محادثات.. وهذا ينطوي على إمكانية تعزيز قدر أكبر من التفاهم.

يتم دعم السياسة من خلال إطار القدرات لأولئك الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج.. سيتمكن التدريب أولئك الذين يدعمون الرعاية المتقدمة للشخص من الممارسة بطريقة تركز على الشخص والتي تدعم حق الشخص في اتخاذ الخيارات والقرارات حتى حيث تختلف عن تلك الخاصة بالشخص الذي يقدم الرعاية والدعم.

## استنتاج

وقد استخدمت هذه الوكالة الأدلة المتاحة للنظر في جميع مجموعات المساواة ال 9. من الواضح أنه بشكل عام ، من المتوقع أن يكون لسياسة التخطيط المسبق للرعاية تأثير إيجابي على جميع البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 18 عاما وما فوق. وترد الأحكام البديلة للأطفال والشباب ذوي الاحتياجات الملطفة في استنتاجية "توفير رعاية ملطفة عالية الجودة لأطفالنا" 33

## ما بعد الاستشارة العامة

تم إطلاق مشروع سياسة التخطيط المسبق للرعاية وتقييم الأثر الكامل للمساواة (EQIA) للمشاركة في المرحلة الثالثة - وهي عملية تشاور عام مدتها 12 أسبوعا - في 17 ديسمبر 2021.

ولضمان أوسع مشاركة ممكنة، كانت وثائق المشاورة متاحة ب 10 لغات، فضلا عن أشكال أخرى مثل الصوت وطريقة برايل والطباعة الكبيرة ولغة الإشارة البريطانية ولغة الإشارة الأيرلندية. بالإضافة إلى ذلك، عمل فريق برنامج تخطيط الرعاية المتقدمة مع رابطة التعبير الحقيقي (ARC) لدعم ترتيبات التشاور التي يمكن الوصول إليها للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في التعلم. وكانت وثائق الفرز الكاملة متاحة أيضا كجزء من مجموعة وثائق الإستشارات. وكانت هناك مجموعة من خيارات التنسيق وإمكانية الوصول. (لمزيد من المعلومات حول هذا الموضوع، يرجى الاطلاع على مشاورة وزارة الصحة بشأن مشروع سياسة التخطيط المسبق للرعاية للبالغين في أيرلندا الشمالية ومشروع تقييم أثر المساواة)

أغلقت سياسة التخطيط المسبق للرعاية ومشاورات تقييم أثر المساواة الكاملة (EQIA) في 11 مارس 2022. وكان هناك 104 ردود على المشاورة بشأن مشروع سياسة التخطيط المسبق للرعاية للبالغين في أيرلندا الشمالية و 46 ردا على المشاورة بشأن مشروع تقييم أثر المساواة. وجرى استعراض الردود على المشاورات وتحديث مشروع السياسة في ضوء التعليقات. يوضح الجدول أدناه التحديثات الرئيسية:



## إضافات سياسة التخطيط المسبق للرعاية استجابة للتشاور العام للمرحلة 3

توضيح الموافقة على الإدارة السريرية وإدارة المعلومات	التخطيط للتقاعد والتخطيط لعناصر الرعاية في مادة المكونات المالية
تخطيط الرعاية المتقدمة المحدد مفيد حتى عندما يكون لديك القدرة	عصر التبرع بالأعضاء محدث بما يتماشى مع التشريعات
تمت إضافة إشارة إلى عملية صنع القرار المشتركة	إعادة هيكلة المكونات السريرية
وشملت مراجع إضافية	مراجعة مادة فوائد تخطيط الرعاية المسبقة
مصطلح البيان المسبق المتضمن إلى مسرد المصطلحات	توضيح العناصر الملزمة قانوناً وغير الملزمة قانوناً

لم تكن بيانات تعداد 2021 متاحة في وقت الانتهاء من EQIA ونشرها ، وبالتالي سيتم مراقبة سياسة تخطيط الرعاية المتقدمة فيما يتعلق بنتائج وأثار بيانات التعداد بمجرد توفرها.

## ترتيبات الرصد والاستعراض

### الرصد المقترح

وسيتم وضع إطار جديد للنتائج لقياس نتائج السياسة. وسيتم تناول أي آثار محتملة للسياسة أو المشاريع أو التطورات الخدمية المضطلع بها للوفاء بتنفيذ السياسة، حسب الاقتضاء، على مستوى تطوير السياسات أو المشاريع أو الخدمات الفردية.

### التصميم المشترك / الإنتاج المشترك

سيتم الاعتماد على مجموعة الشركاء المتطوعين الذين تم تعيينهم بالشراكة مع مجلس المرضى والعلماء لدعم أنشطة الإنتاج المشترك / التصميم المشترك في مراحل مختلفة من برنامج عمل التخطيط المسبق للرعاية. ومع تقدم عملية وضع السياسات وتنفيذها، ستتاح الفرصة لهؤلاء الشركاء المتطوعين للمساهمة في المجالات التالية:

1. تشكيل كيفية وضع تخطيط الرعاية المتقدمة موضع التنفيذ ، لضمان حصول الجميع على فرصة لإجراء محادثات تخطيط الرعاية المتقدمة.
2. تشكيل التدريب والتعليم للأفراد والمجموعات المهنية الذين يقدمون الرعاية والدعم.
3. المساعدة في تطوير رسائل للجمهور - للتأكد من أن الجميع يعرفون ما هو التخطيط المسبق للرعاية ويفهمون سبب أهمية أن جميع البالغين ، في أي مرحلة من مراحل الحياة يجب أن يأخذوا في الاعتبار.
4. مراجعة برنامج عمل التخطيط المسبق للرعاية والفرق الذي أحدثته للناس من خلال تطوير طرق القياس والاتفاق عليها ونتائج وأثر السياسة وتنفيذها.

سيكون التركيز الأولي على تطوير رسائل عامة حول سياسة التخطيط المسبق للرعاية لدعم إطلاق المشاورة العامة.

### إطار قدرات التخطيط المسبق للرعاية

سيتم تطوير إطار قدرات التخطيط المسبق للرعاية بالشراكة مع المعلمين لدعم التدريب والتعليم لأولئك الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج.. وسوف يدعم إطار القدرات المتفق عليه برنامج التدريب والتعليم الذي سيتم تطويره لدعم تنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية.



:Produced by

Department of Health, Castle Buildings Belfast, BT4 3SQ

Published: October 2022

This document will be reviewed by the Department of Health as policy and legislation develops and/or in the light of evolving changes in practice. The most up-to-date version of this policy document will be available on <https://www.health-ni.gov.uk/what-advance-care-planning>