AZƏRBAYCANDA PALLİATİV QAYĞI XİDMƏTLƏRİNİN YARADILMASINDA İMKANLAR VƏ ÇƏTİNLİKLƏRİN ÖYRƏNİLMƏSİNƏ VƏ POTENSİAL XİDMƏTLƏRİN XƏRİTƏLƏŞDİRİLMƏSİNƏ DAİR TƏDQİQATIN HESABATI

”Hər bir kəsin müalicə almağa və ləyaqətlə ölməyə hüququ vardır.
Fiziki, mənəvi, emosional və sosial ağrının aradan qaldırılması insan hüququdur. ”

ÜST-nin QİX və psixi sağlamlıq
üzrə direktor yardımçısı

Bakı ş., Azərbaycan. 2016-cı il

Giriş əvəzi.

Palliativ qayğı ağır xəstəliyi olan xəstələr və onların ailələrinin mümkün həyat keyfiyyətinin dəstəklənməsi və əzab-əziyyətin profilaktikası və azaldılmasına yönəlmiş multidissiplinar tibbi ixtisasdır. Palliativ qayğının əsasını simptomların menecmenti təşkil edir. Bu növ qayğı zamanı diqqətin cəlb olunduğu məsələlərə aşağıdakılar aiddir: xəstənin dəyərləri və istəkləri əsasında qayğının məqsəd və vəzifələrinin müəyyənləşdirilməsi; xəstə və onun qayğısında iştirak edən bütün şəxslər arasında davamlı kommunikasiyanın təmin edilməsi; xəstələrə və onların ailələrinə psixososial, mənəvi, dini və praktik dəstəyin göstərilməsi; və bütün spektr üzrə qayğının koordinasiyası.
Hospis və Palliativ Təbabət ABŞ-da, Kanadada, İngiltərədə, Avstraliyada və bir çox digər ölkələrdə rəsmi tanınan tibb sahəsidir və tibb ixtisasıdır. Əksər Avropa ölkələrində palliativ qayğının sertifikasiyası və lisenziyalaşdırılması prosesi xeyli müddətdir ki, başlayıb. Lakin dünyanın digər hissələrində palliativ qayğı sistemi ya mövcud deyil, ya da onun keyfiyyəti və əhatəliyi çox məhduddur. Tədqiqatların birindən müəyyən edilmişdir ki, palliativ qayğı xidmətlərinə ehtiyacı olan xəstələrin yalnız 8%-ı bu xidmətlərdən bəhrələnir.

Geniş tətbiq olunan yanaşma.
Hər bir ölkədə səhiyyə sistemi, yerli ehtiyaclar, mövcud insan və texniki resursların əlçatanlığı və s. fərdi xüsusiyyətlərə uyğun yanaşma tətbiq olunmalıdır.
Palliativ yardım xəstənin spesifik ehtiyaclarının qarşılanmasına uyğunlaşdırılmalıdır.
Palliativ yardım spesifik simptomların aradan qaldırılmasına və ya təsirinin azaldılmasına yönəlməlidir.
Palliativ yardım (PY) xəstəliyin ağırlaşan və geridönməz mərhələsi diaqnozu qoyulduğu təqdirdə və ixtisaslaşdırılmış müalicə imkanları sona çatdıqda, pasiyentin həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə ona və onun ailə üzvlərinə göstərilən çoxsahəli xidmətlərin uzlaşdırılmış sistemidir.
"Palliativ yardım" termini hələ ki, dilimizdə tam işlək olmasa da, əlillərə, ahıllara, ağır yataq xəstələrinə, ümumən zəifləmiş insanlara mərhəmət göstərmək xalqımıza tarixən xas olan bir keyfiyyətdir.
ÜST-na görə palliativ yardım “ağrı, fiziki, psixososial və emosional problemlərin erkən aşkar edilməsi və qiymətləndirilməsi ilə əzabın profilaktikası vasitəsilə, həyata təhlükə olan xəstəliklə əlaqəli problemlərlə üzləşmiş xəstə və onların ailələrinin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasına yönəlik yanaşmadır”.

Palliativ yardım:
- Ağrı və distresə səbəb olan simptomların aradan qaldırılması;
- Həyata dəyər verir və ölümü normal proses kimi qəbul edir;
- Ölümü sürətləndirməyə və ya gecikdirməyə yönəlməyib;
- Psixoloji və mənəvi-dini aspektləri xəstənin qayğısına inteqrasiya edir;
- Ölümün baş verməsinədək xəstələrin aktiv həyat yaşaması üçün onları müvafiq dəstək sistemi ilə təmin edir
- Ağır xəstəlik zamanı xəstənin ailəsinə dəstək və ailə xəstəni itirdiyi zaman psixoloji yardım təklif edir;

- Xəstənin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşmasına xidmət edir və xəstəliyin ümumi gedişatına müsbət təsir göstərir;
- Xəstənin ömür uzunluğunun uzadılmasına xidmət edən digər müalicə tədbirləri, o cümlədən, kimya terapiyası və ya şüa terapiyası ilə yanaşı xəstəliyin hətta erkən dövrlərində də tətbiq oluna bilər.

Məqsəd.

Ağır xəstəlikdən əziyyət çəkən şəxslərin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasıdır məqsəd.

- Palliativ yardım xəstənin qayğısı üçün çox geniş dəstək imkanları verir.
- Palliativ yardım xəstəyə diaqnoz qoyulandan sonra təklif edilə bilər.
- Palliativ yardım tibbi-müalicə tədbirləri ilə yanaşı tətbiq oluna bilər.
- Hər iki növ yardımın əsasını xəstəliklə və ya ahıl yaşı ilə bağlı simptomların ağırlıq dərəcəsini azaltmaq fəlsəfəsi təşkil edir.
- Heç də bütün ölkələrdə bu iki yardım növü arasında fərq qoyulur.

Palliativ xidmətlərin əsas xüsusiyyətləri.

1. palliativ xidmətlər pasiyentlərin və onların ailə üzvlərinin hüquqlarına hörmət olunaraq və bütün mənəvi-etik normalara qeyd-şərtsiz riayət edilməklə pulsuz reallaşdırılır;
   2. dinindən, əqidəsindən, cinsindən, irqindən, milliyyətindən, dilindən, yaşayış yerindən, əmlak vəziyyətindən, ictimai- sosial mənşəyindən, yaşından, ailə vəziyyətindən, siyasi baxışlarından və təhsilindən asılı olmayaraq, bütün ölkə vətəndaşları üçün əlçatandır;
   3. pasiyentin və ya onun qanuni nümayəndəsinin diaqnoz barədə, xəstəliyin proqnozu və təklif edilən palliativ xidmət tədbirlərinin planı barədə bütün hüquqi və etik normalara riayət olunmaqla, düzgün və vaxtında məlumatlandırılmasını nəzərdə tutur.

Palliativ qayğı xidmətləri aşağıdakıları əhatə etməlidir:

1. **Ağrının menecmenti** xəstənin əzab əziyyətinin azaldılması üçün xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Tibb işçiləri və ailələr birgə çalışaraq ağrının əsas mənbəyini müəyyənləşdirməli və müxtəlif farmakoterapiya və digər qeyri-farmakoloji vasitələrlə onun aradan qaldırılmasına və ya azaldılmasına yardım etməlidir

2. **Simptomların menecmenti** xəstədə ağrıdan başqa müşahidə edilən simptomların, o cümlədən, ürək bulanması, zəiflik, bağırsaqların boşaldılması və sidik ifrazatı, huşun keyləşməsi, yorğunluq və tənəffüsün çətinləşməsi kimi problemlərin aradan qaldırılmasına yönəlməlidir.

3. **Emosional və mənəvi-dini dəstək** əslində ağır xəstəlikdən əziyyət çəkən və ya onunla mübarizə aparan xəstə və onun yaxınları üçün çox önəmlidir.

Azərbaycanda palliativ yardımın inkişaf istiqamətləri.

2. Tibbi kadrların – həkim və tibb bacıları, o cümlədən, klinik psixoloqlar və psixiatrların – hazırlanması, davamlı tibbi təhsili.
3. Geriyatriya və gerontologiyanın inkişaf etdirilməsi.
4. Palliativ yardımın inkişafı üçün normativ-hüquqi bazanın təkmilləşdirilməsi.
5. Palliativ yardıma olan ümumi və spesi6ik ehtiyacların müəyyən edilməsi.
6. Palliativ yardımın ambulator (günərzi) və xəstəxana əsaslı xidmətlər sisteminin yaradılması.

7. Ağrıkəsicilər, o cümlədən, narkotik analgetiklərin palliativ yardım sistemində istifadəsi və xəstələr üçün əlçatanlığının sadələşdirilməsi.

2007-ci ildə ACİ-YF-nun dəstəyi ilə "Azərbaycan Respublikasında Palliativ Qulluq. Vəziyyətin Qiymətləndirilməsi." adlı tədqiqat aparılmışdır. Bu tədqiqatın hesabatında yer almış tövsiyələrin bir qismini burada qeyd etməklə, palliativ yardım sisteminin inkişafı üçün həlli tələb olunan əsas məsələlərin son 10 ildə əsasən dəyişmədiyini göstərməkdir.

Tövsiyyələr

Azərbaycan hökumətinin həm icma, həm də səhiyyə səviyyəsində mövcud olan xidmətləri genişləndirmək və palliativ qulluğun inteqrasiya edilmiş modelini inkişaf etdirmək imkanı vardır. Bu xidmətlərə ehtiyac yüksəkdir və onların inkişafını beynəlxalq təşkilatlar dəstəkləyir. Nəticə olaraq Azərbaycanda həm icma səviyyəsində, həm də dövlət müəssisələrində bu xidmətləri inkişaf etdirmək üçün müəyyən əməkdaşlıq təcrübəsi toplanmışdır.

...qiymətləndirməyə əsaslanan tövsiyələr aşağıdakılardır:

- Palliativ qulluq bütün səviyyələrdə tibb təhsilinə inteqrasiya edilə bilər.
- Xərçəng və İİV/QİÇS xəstələri üçün əsas dərmanların xəstəxana və ev şəraitində qəbulu mümkün olmalıdır, bu həmçinin narkotik ağrıkəsicilərin per os qəbuluna da aiddir
- Palliativ qulluq Milli (dövlət) Səhiyyə Planına inteqrasiya edilməlidir
- Palliativ qulluğun da daxil olduğu Onkoloji Xəstəliklərə Nəzarət proqramı yaradılmalıdır
- Palliativ qulluq xidmətləri xəstəxana və ev şəraitində mümkün olmalıdır
- Bütün səviyyələrdə maarifləndirmə aparılmalıdır

Mənbə: *Azərbaycan Respublikasında Palliativ Qulluq. Vəziyyətin Qiymətləndirilməsi. Müəlliflər: Con C. Eli M.D. - Direktor, Palliativ Təbabət Xidmətləri, Hennepin Dairəsinin Tibb Mərkəzi, Minneapolis, Minnesota ABŞ və Afət Hüseynova. Azərbaycan. 2007-ci il.*

Palliativ yardım sahəsində əlaqələndirmə mexanizmi, müvafiq qurumlararası və sahələrarası əməkdaşlıq qurulmayıb. Maliyyə çatışmazlığı ilə yanaşı, səhiyyə və sosial müdafiə orqanları arasında səlahiyyətlərin düzgün paylanmaması, xəstələrin və onların ailə üzvlərinin palliativ yardım, və nəticədə bütün palliativ yardım sistemləri tərəfindən təmin olunacaq maksimum mümkün keyfiyyətli həyatına nail olunmasını fiziki, psixoloji, mənəvi və sosial problemlərin həlli üçün, zəruri tibbi xidmət və sosial tədbirlər kompleksinin formalaşmasını çətinləşdirir.

Mənbə: Azərbaycanda Palliativ yardımın təşkilinə dair Metodik vəsait. 2008.

MÜASİR DÜNYADA PALLİATİV YARDIMIN KONSEPSİYASI.

TARİX.

Palliativ qayğı hərəkatının inkişafı irəliləmiş xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən xəstələrə göstərilən qayğıdan qaynaqlanıb. İlk müasir hospis xidməti Böyük Britaniya Krallığında 1967-ci yaradılmışdır. Həmin hospis həm xəstələrə qayğı göstərir, həm də palliativ və hospis sahəsində araşdırmalar aparırdı. "Palliativ qayğı" termini isə 1974-cü ildə Balfour Mount tərəfindən Kanadada təklif edilmiş və beynəlxalq səviyyədə qəbul edilmişdir. 1980-ci illərdə Britaniyada palliativ qayğı mütəxəssislərinin/müəssisələrinin tibbi assosiasiyası və elmi jurnalı təsis edilmiş, palliativ qayğı tibb ixtisası kimi təsdiqlənmiş və ölkə üzrə palliativ qayğı xidmətlərinin geniş yayılması başvermişdir.

1980-ci illərdə palliativ qayğı xidmətləri, Niderland istisna olmaqla, Qərbi Avropanın bütün ölkələrində yaranmağa başlamışdır. Niderlandda ilk palliativ qayğı xidməti 1991-ci ilə təsis edilmişdir. Hazırda isə Avropada minlərlə palliativ qayğı və hospis xidmətləri və mərkəzləri mövcuddur və hətta Avropa Palliativ Qayğı Assosiasiyası da fəaliyyət göstərir. Bu Assosiasiya bir çox tədqiqatlar və təhlillər aparır və sahənin inkişafına dəstək verir.

2003-cü ildə Avropa Şurası palliativ qayğıya dair təlimatlar nəşr etmiş və palliativ qayğı ilə təmin olunmağı xəstələrin (xüsusilə də, ömür uzunluğu məhdud olanların) fundamental və vacib hüququ kimi təsvir etmişdir. Avropa Şurasının bu sənədi Şərqi Avropa və keçmiş SSRİ respublikalarında palliativ qayğı xidmətlərinin yaradılması və inkişaf etdirilməsində əhəmiyyətli ictimai vəkillik instrumentidir. Avropa Palliativ Qayğı Assosiasiyasının 2014-cü ildə nəşr etdiyi təhlildə aşağıdakılar diqqəti çəkib:

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının Avropa regionunda olan 53 ölkənin 14-də palliativ qayğı ixtisas və ya alt-ixtisas kimi tanınıb.

Şərqi Avropada, xüsusilə də, Moldova, Rumıniya və Polşada palliativ qayğı xidmətləri əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşmışdır.

Latın Amerikası Palliativ Qayğı Assosiasiyası (ALCP) tərəfindən 2012-ci ildə Latın Amerikasında palliativ qayğının atlasını dərc edilib və burada Latın Amerikası və Cənubi Amerikanın 19 ölkəsində vəziyyət təhlil edilib. Atlasa görə dünyanın bu bölgəsində artıq 1.000-dən çox palliativ qayğı xidmətləri fəaliyyət göstərir və xidmətlərin böyük əksəriyyəti evdə göstərilən xidmətlərlə əhatə olunur. Argentina və Çilidə olan palliativ qayğı xidmətlərinin sayı regionun digər ölkələri ilə müqayisədə daha çoxdur. Lakin ən yaxşı əhatəlik Kosta-Rikadadır. Latın Amerikası və Cənubi Amerika ölkələrinin yalnız dördündə (Meksika, Kolumbiya, Argentina və Çili) palliativ qayğı akkreditasiya olunub və tibb ixtisası və ya alt-ixtisası kimi tanınır. Ölkələrin altısında palliativ qayğı sahəsində diplomadan sonrakı təhsil proqramı mövcuddur. Kuba və Uruqvayda bütün ali tibb məktəblərində palliativ qayğı ixtisası üzrə təhsil mövcuddur. Həmin ölkələrdə palliativ qayğı ya ayrıcı kurs kimi, ya da digər proqramların tərkibində öyrənilir.

Asiya regionunda ilk hospislər Koreyada (1965) və Yaponiyada (1973) yaradılıb. Hindistanda isə ilk hospis 1986-cı ildə təsis edilib. Afrikada ilk hospis Uqandada 1993-cü ildə yaradılıb, lakin bütöv kontinentdə palliativ qayğı xidmətlərinin yaradılması çox ləng gedir. Cənubi Afrika, Keniya, Zimbabvedə də müxtəlif palliativ qayğı sisteminin modelləri yaradılsa belə, onlar hələ ki, inkişaf mərhələsindədir.

Palliativ qayğı ilə hospis xidmətlərinin milli səhiyyə xidmətləri sisteminə inteqrasiya edilməs ilə bağlı Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının qətnaməsi 2014-cü ildə Cenevrədə keçirilən 67-ci Dünya Səhiyyə

Assambleyasında qəbul edilib. Azərbaycan da daxil olmaqla bütün üzv dövlətlər qətnamənin qəbul edilməsinə səs verib. Bu qətnamənin qəbul edilməsi üzv dövlətlərə palliativ və hospis xidmətlərinin milli səhiyyə sistemlərinə inteqrasiya olunmasına, milli səhiyyə büdcəsinə və tibbi təhsil sisteminə daxil edilməsinə bir siqnaldır.

Epidemiologiya.
Palliativ qayğı xidmətləri dünyada ölümün ən çox hallarına səbəb olan qeyri-infeksion xəstəliklərin menecmentində daha çox istifadə edilir. Palliativ qayğıya ehtiyacı olan yaşlı xəstələrin böyük əksəriyyəti bədxassəli olmayan, yəni qeyri-maliqnant proqressiv xəstəlikləri olanlardır. İkinci yerdə xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən xəstələrdir. Afrika qitəsi burada bir istisnadır. Belə ki, burada palliativ yardıma ehtiyacı olan xəstələr sırasında İİV\QİÇS-li xəstələr çoxluq təşkil edir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının hesablamalarına görə palliativ yardıma ehtiyacı olan böyüklərin 78%-i aşağı- və orta-gəlirli ölkələrin payına düşür. Eyni ilə palliativ qayğıya ehtiyac duyan uşaqların böyük əksəriyyəti (98%) aşağı- və orta-gəlirli ölkələrin payına düşür. Buna baxmayaraq, palliativ qayğı xidmətləri ilə əhatə olunmuş böyüklərin böyük hissəsi yüksək-gəlirli ölkələrdədir.
230-dan çox ölkədə aparılmış araşdırma nəticəsində müəyyən edilib ki, ölkələrin 58%-də palliativ qayğı sisteminin bir və bir neçə növü mövcuddur. Digər araşdırmalarda isə göstərilib ki, palliativ qayğı sahəsində mütəxəssis yardımı yalnız dünya ölkələrinin 30-45%-də mövcuddur. Ciddi narahatçılığa səbəb olan digər bir məqam isə opiat qrupu analgetiklərinin əlçatanlığı olub. Belə ki, dünya əhalisinin 83%-i opiat qrupu analgetiklərinin əlçatanlığı çox məhdud və ya ümumiyyətlə əlçatan olmayan ölkələrdə yaşayır.

Geniş yayılmış xəstəliklər.
Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı tərəfindən böyüklər və uşaqlar üçün palliativ qayğıya ən çox ehtiyac yaradan geniş yayılmış xəstəliklər və vəziyyətlərin siyahısı tərtib edilib. Bunları aşağıdakı kimidir.

Böyüklər üçün:	**Uşaqlar üçün**:
• Alzhaymer və digər demensiyalar, • xərçəng xəstəlikləri, • ürək-damar xəstəlikləri (qəfləti ölüm istisna olmaqla), • qaraciyər sirrozu, • xronik obstruktiv ağciyər xəstəliyi, • diabet, • İİV/QİÇS, • böyrək çatışmazlığı, • dağınız skleroz, • Parkinson xəstəliyi, • revmatoid artrit və • dərmana davamlı vərəm.	• onkoloji xəstəliklər, • ürək-damar xəstəlikləri (qəfləti ölüm istisna olmaqla), • qaraciyər sirrozu, • anadangəlmə anomaliyalar (ürək qüsurları istisna olmaqlq), • qan və immun pozğunluqlar, • meningit, • böyrək xəstəlikləri, • nevroloji xəstəliklər və • neonatal xəstəliklər.

Dünya ölkələrində palliativ qayğı xidmətlərinin əlçatanlığı ciddi şəkildə fərqlənir. Məsələn, Cənub Sakit Okean regionunda yerləşən ada-ölkə olan Niyuidə palliativ qayğı xidmətlərinin əhaliyə olan

nisbəti 1:1000 nəfərdir. Lakin Pakistanda bu nisbət 1:90 milyonadır. Təhlillər göstərir ki, insanların palliativ və hospis xidmətlərinə çıxışı onların yaşadığı ölkənin aşağı-, orta və ya yüksək-gəlirli ölkə olub olmamasından, habelə onların sosial-iqtisadi durumundan asılıdır.

YÜKSƏK GƏLİRLİ ÖLKƏLƏR.

Yüksək gəlirli ölkələrdə palliativ qayğı xidməti ümumi səhiyyə xidmətləri sisteminə inteqrasiya olunub. Ən yüksək dərəcəli inteqrasiya məsələn ABŞ-da mövcuddur. Bundan əlavə, bir çox yüksək gəlirli ölkələrdə pediatrik palliatvi qayğı xidmətləri çox yaxşı inkişaf etdirilib və əlçatanlıq yüksək səviyyədədir.

Ölkələrdə palliativ qayğı xidmətlərinin əlçatanlığı və keyfiyyətini qiymətləndirmək üçün bəzən Quality of Death İndex və ya Ölüm prosesinin Keyfiyyəti İndeksi istifadə edilir. Bu indeks 27 indikatordan ibarətdir və bunlara orta ömür uzunluğu, ÜDM-dən səhiyyəyə ayrılan xərclərin faizi, həyatın sonunda göstərilən qayğı barədə əhalinin məlumatlığı, opiat qrupu ağrıkəsicilərinin əlçatanlığı və milli palliativ qayğı strategiyası və ya proqramının mövcudluğu və s. bu kimi əhəmiyyətli indikatorlar daxildir. Və bu indeksə görə Böyük Britaniya ən yüksək göstəricilərdən birinə malikdir, Cənubi Koreya da yaxşı nəticə verib. Lakin aşağı gəlirli ölkələr isə ən aşağı pillələrdə qərarlaşıb (məs., Hindistan).

AŞAĞI GƏLİRLİ ÖLKƏLƏR.

Aşağı gəlirli ölkələrdə əhalinin palliativ qayğı xidmətlərinə olan ehtiyacı çox yüksəkdir. Əvvəl də qeyd olunduğu kimi, bu ölkələrdə xərçəng xəstəlikləri ilə müqayisədə qeyri-onkoloji (bədxassəli törəmələrlə bağlı olmayan) xəstəliklər səbəbindən baş verən ölüm halları daha çoxdur. Məsələn, Afrikada palliativ qayğıya ehtiyacı olan xəstələrin böyük əksəriyyəti məhz İİV/QİÇS və qeyri-onkoloji xəstəlikləri olanlardı (təxminən 42%).

Uşaqlara gəldikdə isə ehtiyac daha çoxdur. Belə ki, təhlillərə görə palliativ qayğıya ehtiyacı olan uşaqların 98%-i məhz aşağı gəlirli ölkələrdə yaşayır. Təəssüf ki, həmin ölkələrdə uşaqlar üçün nəzərdə tutulmuş heç bir palliativ qayğı xidmətləri mövcud deyil.

Bununla yanaşı, bəzi ölkələrdə (Rumıniya, Uqanda) palliativ xidmətlər müəyyən dərəcədə səhiyyə sisteminə inteqrasiya edilib. Rumıniyada son 10 ildə ictimai səhiyyə siyasəti, təhsil, təlim və palliatvi qayğı xidmətlərinin yaradılması istiqamətində sürətli inkişaf müşahidə edilir. Braslov şəhərində yerləşən Hospis Casa Sperantei mərkəzi hazırda Şərqi Avropada və Rumıniyada palliativ qayğı sahəsində fəaliyyət göstərən aparıcı təlim-tədris və resurs mərkəzidir. Mərkəz tərəfindən keçmiş SSRİ və sosialist bloku ölkələrində çoxsaylı təlim və tədris proqramları keçirilir və təklif olunur.

2015-ci ildə keçirilmiş Quality of Death İndex bəzi aşağı gəlirli ölkələrdə, o cümlədən, Panamada (ilkin səhiyyə xidmətlərində palliatvi qayğı xidmətlərinin yaradılması), Monqoliya (hospis mərkəzlərinin sayının artması və palliatvi qayğı üzrə təlim-tədris proqramlarının yaradılması) və Uqandada (opiat qrupu preparatlarının əlçatanlığının yaxşılaşdırılması) inkişafın olduğunu göstərib.

Palliativ qayğı xidmətlərinin olmadığı ölkələrdə bu növ proqramlar yerli və ya beynəlxalq ictimai birliklər tərəfindən göstərilir. Məs., Hindistanın Kerala şəhərində evdə palliatvi qayğı xidmətləri ictimai birlik tərəfindən pulsuz olaraq yerli əhaliyə göstərilir. Tanzaniyada 2006-cı ildə USAİD-in dəstəyi ilə başlamış layihə çərçivəsində Lüterən səhiyyə sistemi vasitəsilə İİV/QİÇS-li xəstələr palliatvi xidmətlərlə təmin edilir.

AZƏRBAYCANDA PALLİATİV QAYĞININ İNKİŞAF TARİXİ.

Ölkə barədə məlumat.



Azərbaycan cənub-qərbi Asiyada yerləşən kiçik bir ölkədir. O, şimalda Rusiya və Gürcüstan, cənubda İran, qərbdə Ermənistan, şərqdə Xəzər dənizi ilə həmsərhəddir və ərazisi 86,6 min km²-dir. Hazırda əhalisi 9,8 milyondur, paytaxt Bakı şəhərində əhali təxminən 4 milyondur. Azərbaycanda müxtəlif millətlər yüzilliklərdi ki, tolerantlıq və harmoniya şəraitində yaşayır. Azərbaycanlılarla yanaşı (91%) burada ləzgilər (2%), ruslar (2%), ermənilər (1%) və başqa etnik millətlərdən olan insanlar yaşayır (4%). İslam dininə əhalinin böyük hissəsi itaət edir (93%), lakin bununla yanaşı burada rus pravoslav (2%) və başqa dinlərə (5%) itaət edən insanlar yaşayır.
Azərbaycanda 66 rayon, 77 şəhər, 14 şəhər rayonu, 257 qəsəbə, 1719 kənd ərazi dairəsi və 4260 kənd var. Ərazisinə görə ən böyük rayon Kəlbəcər rayonudur. Azərbaycanın 11 rayonu tamamilə, yaxud qismən işğal altındadır.
Azərbaycan ölkənin mərkəzi regionunda yerləşən Dağlıq Qarabağ ərazisi üzrə Ermənistanla uzunmüddətli münaqişəyə sürüklənmiş olaraq qalır. Ermənistan Dağlıq Qarabağda etnik erməni dövləti yaradanları dəstəkləyir və 1990-cı illərin əvvəllərində hərbi yolla 20% Azərbaycan torpağını işğal edib. Təxminən 1 mln-dan çox etnik azərbaycanlı işğal edilmiş torpaqlarından məcburi köçkün və Ermənistandan qaçqın düşüb.
Azərbaycan Respublikası prezident respublikasıdır və prezident ümumi səsvermə yolu ilə seçilir. Qanunverici hakimiyyət ümumi seçki yolu ilə seçilən 125 üzvlü bir palatalı Milli Məclisdən ibarətdir.
Nüfuzlu "Lancet" jurnalı tərəfindən davamlı inkişafın tibbi göstəriciləri üzrə tərtib edilən dünya reytinqində Azərbaycan 75-ci yeri tutub (2016). Jurnalın metodologiyasına əsasən tibb, həyat və sağlamlıqla bağlı olan davamlı inkişaf göstəriciləri üzrə ölkələrin reytinqi 0-100 bal arası şkala ilə qiymətləndirilən 33 göstərici üzrə ümumi hesablama əsasında tərtib edilib. Azərbaycan reytinqdə orta hesabla mümkün 100 baldan 63 bal toplayaraq 75-ci yerdə qərarlaşıb. Bu göstərici ilə Azərbaycan regionun digər ölkələrini üstələyib. Belə ki, reytinqdə Ermənistan 86-cı, Türkiyə 103-cü, İran 104-cü, Gürcüstan 106-cı, Rusiya isə 119-cu sırada qərarlaşıb. Reytinq tərtib edilərkən uşaq və körpə ölümü, yol qəzalarında ölüm, uşaqlarda artıq çəki, alkoqollu içki və tütün məmulatlarından istifadə, İİV, vərəm və hepatit B xəstəliyinə yoluxma, intiharların sayı və s. amillər nəzərə alınıb.

ÜST-nın hesabatına görə də Azərbaycan region ölkələrini üstələyib. Ümumi səhiyyə sisteminin göstəricisinin bu kompleks ölçüsü ölkənin səhiyyə sahəsi ilə bağlı məqsədlərinə, problemlərə cavab reaksiyasına və maliyyələşdirmədə ədalətliliyinə əsaslanır.[4]

Səhiyyə Xidmətinin Təminatı

Sovet İttifaqından ayrılaraq müstəqilliyini bərpa etməsinə baxmayaraq, Azərbaycan səhiyyə sistemi ənənəvi sovet tərzində fəaliyyət göstərməkdə davam edir. Səhiyyə xidmətləri dövlət tərəfindən maliyyələşdirilir, icbari tibbi sığorta ilə bağlı qanun çoxdan qəbul edilsə də, icbari tibbi sığortanın tətbiqi yalnız 2017-ci ildə pilot olaraq 2 rayonda başlanıb. Bakı və Gəncə şəhəri istisna olmaqla, son on ildə açılmış özəl klinikaların sayı məhduddur. Son illərdə aparılmış tədqiqatlar müəyyən edib ki, Azərbaycandakı xəstələrin böyük bir hissəsi (1999-cu il üçün 78%) göstərilən xidmətlərin ödənilməsi qeyri-rəsmi şəkildə aparılır. ÜST-nın hesablamalarına görə 2007-ci ildə qeyri-rəsmi və özəl klinikalarda göstərilən xidmətlərə görə "rəsmi ödənişlər" 62% olub.[1 5]

Səhiyyə xidmətinin təminatına görə məsuliyyət (tabeçilik) Səhiyyə Nazirliyi və yerli hökumət arasında bölüşdürülüb. Milli (respublika) xəstəxanalar və tədqiqat inistitutları daxil olmaqla mərkəzi və bəzi başqa müəssisələr Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyindədir. Yerli rayon xəstəxanaları və ixtisaslaşmış dispanserlər rayon və şəhər administrasiyasının tabeliyindədir. Bundan əlavə Müdafiə, Dəmir Yol, Ədliyyə nazirlikləri və neft sahəsi daxil olmaqla başqa nazirliklər də səhiyyə xidmətlərini parallel olaraq idarə edirlər. Bunların təxminən 5% əhaliyə xidmət etməsi güman olunur.

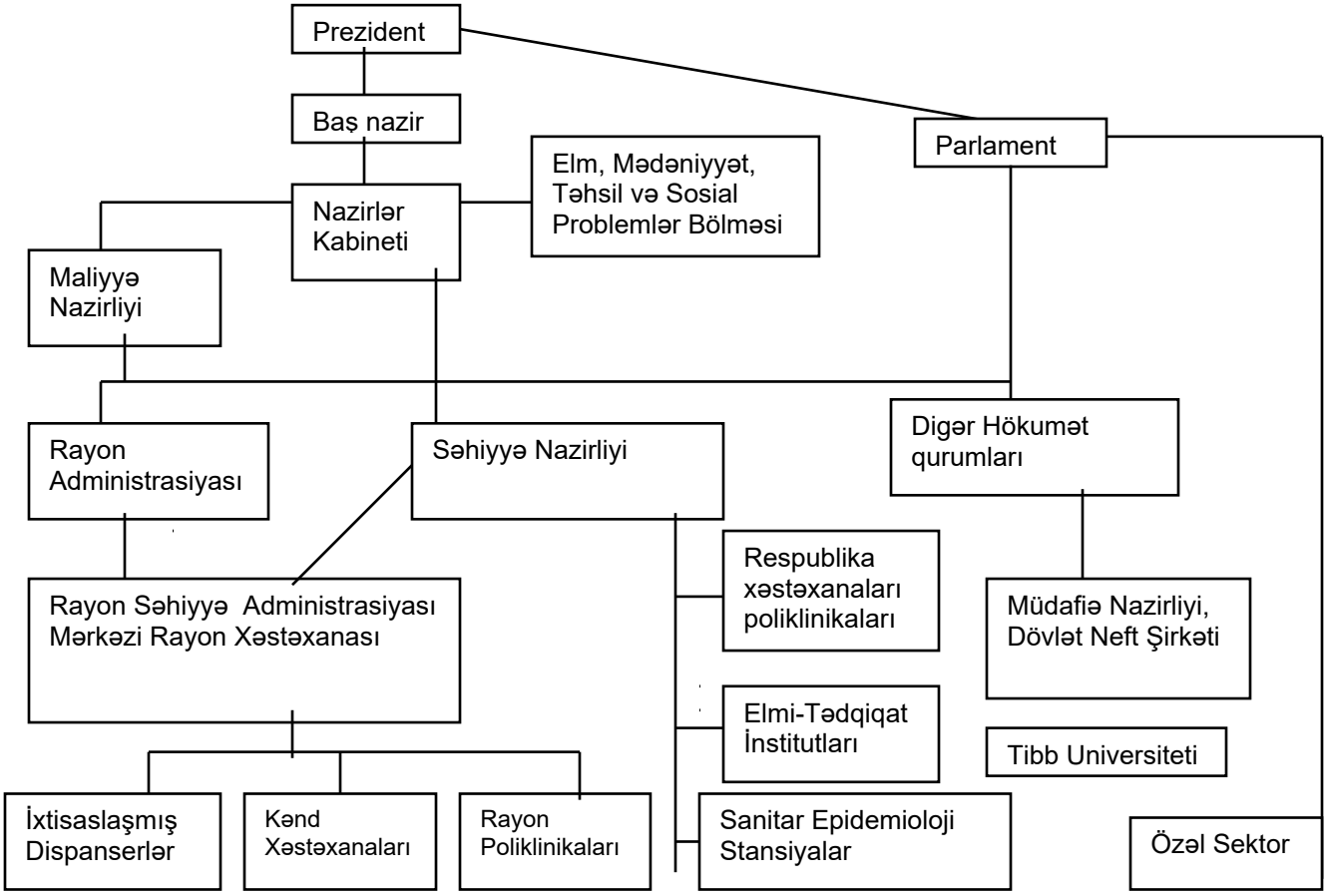
Azərbaycan Dövlət Tibb Universiteti əvvəllər Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyində idi, indi isə müstəqil olaraq idarə olunur.

Digər keçmiş sovet respublikalarında olduğu kimi tabeçilik sistemi maliyyə və səhiyyə siyasəti strukturunun bölünməsi ilə mürəkkəbləşib. Rayon səhiyyə administrasiyası xidmətə görə Səhiyyə Nazirliyinə tabedir, ancaq maliyyə cəhətdən rayon rəhbərliyinin ayırdığı vəsaitdən asılı olur ki, o da öz növbəsində maliyyə nazirliyindən maliyyələşir. Səhiyyə üçün ayrılan dövlət vəsaitinin təxminən 25%-i Səhiyyə Nazirliyi, qalan 75%-i isə rayon səviyyəsində idarə olunur.

Rayon səhiyyə administrasiyaları öz rayonlarında səhiyyə xidmətlərinin planlaşdırılması və göstərilməsi üçün cavabdehdirlər; rayon səhiyyə şöbəsinin müdirini rayon administrasiyası ilə məsləhətləşməklə Səhiyyə Nazirliyi təyin edir.

[1] Ibrahimov F, Ibrahimova A, Kehler J, Richardson E. Azerbaijan: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(3):1–117.

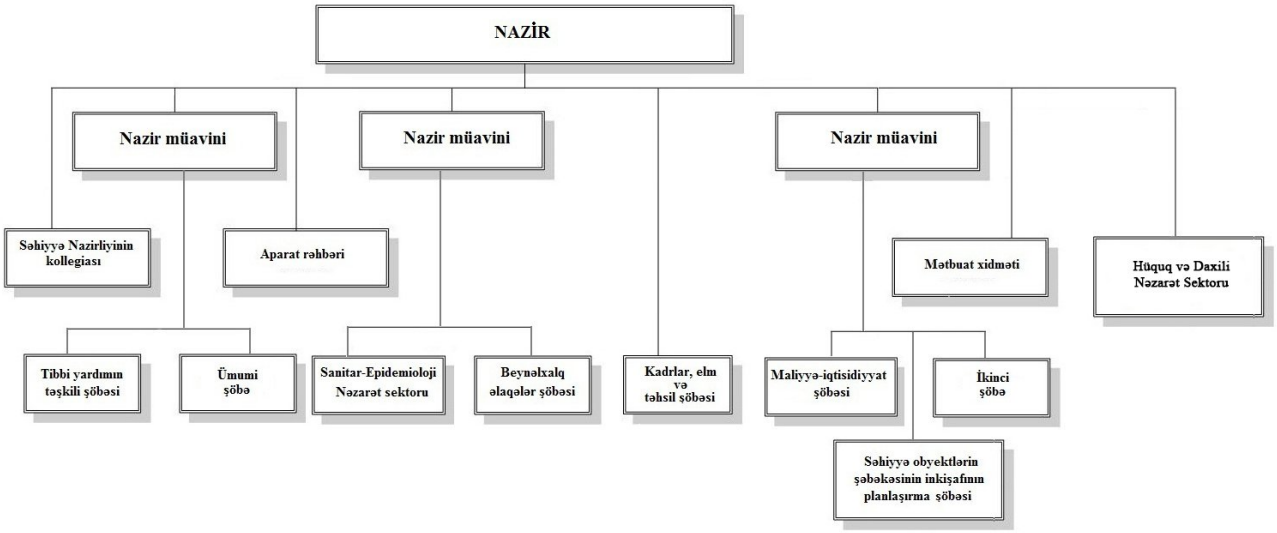
Səhiyyə Sisteminin təskilati quruluşu



Səhiyyə büdcəsinin müəyyən edilməsinə Maliyyə Nazirliyi məsuldur. QHT-lər və çoxsahəli təşkilatlar da səhiyyənin təminatında rol oynayırlar və siyasətin inkişafına müəyyən töhfə verirlər, buna misal olaraq UNİCEF və Beynəlxalq Tibb Korpusunun (İMC) səhiyyə xidməti təminatının yeni formalarını sınaqdan keçirmək üçün səhiyyə nazirliyi ilə birgə işləməsini göstərmək olar.

Səhiyyə Nazirliyi sistemin idarəedilməsinə birbaşa məsul olsa da, onun yerli xəstəxanalara təsir etmə vasitələri çox məhduddur, çünki onlar rayon administrasiyalarından maliyyə cəhətdən asılıdırlar. Tabeçiliyin bu mürəkkəb xətləri yerli səhiyyə müdirlərinin işini mürəkkəbləşdirir. [6]

Səhiyyə Nazirliyinin təşkilati strukturu



Müalicə və təhsil müəssisələri

Azərbaycanda təxminən 735 xəstəxana var. Bakıda yerləşən klinik xəstəxanalardan əlavə, hər birində orta hesabla 233 çarpayı olmaqla 63 mərkəzi rayon xəstəxanaları, hər birində orta hesabla 32 çarpayı olmaqla 360 kənd xəstəxanası və vərəm, cinsi yolla keçən xəstəliklər və dəri xəstəliklərinin müalicəsi üzrə xüsusi ixtisaslaşmış 90 dispanser var. Bu dispanserlər bütün əsas şəhərlərdə və rayonların əksəriyyətində mövcuddur. Bakıda yerləşən 21 xəstəxanda Dövlət Tibb Universiteti ya da Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun kliniki baza kimi istifadə olunur. Azərbaycanda 25-dən çox özəl idarə olunan xəstəxana var[7].

Hazırda milli palliativ qulluq assosiasiyası mövcud deyil, rəsmi şəkildə təhsil almış palliativ qulluq mütəxəssisləri (yəni, bu sahə üzrə təlim keçib diplom/sertifikat almış) yoxdur.

Həkimlər

Azərbaycanda ali tibb təhsili Azərbaycan Dövlət Tibb Universiteti tərəfindən verilir.

Tibb bacıları

Azərbaycanda 8 tibb məktəbi vardır, bunlardan ikisi Bakıda, hər şəhərdə biri olmaqla Sumqayıt, Gəncə, Şəki, Naxçıvan, Lənkəran və Mingəçevirdə fəaliyyət göstərirlər. Tibb bacılarının təkmilləşdirmə məktəbi Bakıda yerləşir.

Bir çox ölkələrdə olduğu kimi Azərbaycanda da şəhər və kənd yerlərində həkim və tibb işçilərinin sayı arasında qeyri-bərabərlik vardır. Azərbaycanda həkimlərin sayı Bakıda və Abşeron yarımadasında daha çoxdur.

Sosial İşçilər

Azərbaycanda sosial işçilərə ehtiyac xüsusilə çoxdur: məlumata görə ölkədə magistr dərəcəli social işçilərin sayı 10 nəfərdən azdır. Hökumətin daha yaşlı və ya özləri hərəkət etməyə qabil olmayan ev xəstələrinə bazarlıq və təmizləmə işini həyata keçirən proqramı vardır. Bu işçilərə "social işçi" kimi istinad edilməsinə baxmayaraq, onlar əslində təlim almış sosial işçidən çox "ev köməkçiləri" kimi çıxış edirlər

Azərbaycanda ölümün əsas səbəbləri.

Cəmiyyətin və səhiyyə sektorunun əsas sağlamlıq yükünü təşkil edən qeyri-infeksion xəstəliklər Azərbaycanda ölüm və xəstələnmə hallarının başlıca səbəbi hesab olunur. Azərbaycan Dövlət Statistika Komitəsinin (DSK) məlumatına əsasən 2007-ci ildə ölkə üzrə ümumilikdə 53.655 ölüm halı qeydə alınmış və bunların 53%-ni kişilər təşkil edib. Ölüm hallarının əsas beş səbəbi qan dövranı xəstəlikləri, xərçəng, tənəffüs sistemi orqanlarının xəstəlikləri, həzm orqanlarının xəstəlikləri, habelə zədələnmə və zəhərlənmə kimi kənar səbəblərdən ölüm halları təşkil etmişdir. Bu beş səbəb 2007-ci ildə ölüm hallarının 87,5%-ni təşkil etmişdir.

Əsas səbəblərdən ölüm halları ***(Şəhər və kənd yerləri üzrə - cəmi)***	**2000**	**2010**	**2015**
Bütün səbəblərdən ölənlərin sayı	**46701**	**53580**	**54697**
o cümlədən:			
- bəzi infeksion və parazitar xəstəliklərdən	1574	1013	510
- yenitörəmələrdən	5081	6633	7278
- qan və qanyaradıcı orqanların xəstəlikləri və immun mexanizmin prosesə cəlb olunması ilə gedən ayrı-ayrı pozğunluqlarından	163	70	51
- endokrin sistemin xəstəlikləri, qidalanma və maddələr mübadiləsi pozğunluqlarından	1082	1094	1264
- sinir sisteminin xəstəliklərindən	793	789	1047
- qan dövranı sisteminin xəstəliklərindən	26205	32554	32825
- tənəffüs sistemi xəstəliklərindən	4207	2377	1712
- həzm sisteminin xəstəliklərindən	2624	3137	2856
- sidik-cinsiyyət sisteminin xəstəliklərindən	909	1163	1136

İl	**Ürək-damar xəstəliklərindən ölənlərin sayı**
2014	33.291 nəfər
	Kişilər: 16.708
	Qadınlar: 16.583

Cədvəl. Əsas QİX səbəbindən ölənlərin sayı (mənbə: stat.gov.az)

Onkoloji xəstəliklər.

Ayrı-ayrı lokalizasiyalar üzrə əhalinin bədxassəli şişlərlə xəstələnməsi

	2005	2010	2015
İlk dəfə qoyulmuş diaqnozla qeydə alınmış xəstələrin sayı -cəmi, nəfər	**6 277**	**7 626**	**10 183**
onlardan:			
ağız boşluğunun və udlağın	116	133	188
dodaqların	41	27	21
qida borusunun	293	361	366
mədənin	715	925	1 066
düz bağırsağın, siqmaya bənzər hissənin, anusun	234	305	482
qırtlağın	154	167	217
traxeya, bronx, ağciyərin	765	981	1 147
süd vəzisinin	958	1 221	1 693
dərinin melanoması	32	39	52
Müalicə-profilaktika müəssisələrində qeydiyyatda olan xəstələrin sayı-cəmi	**23 088**	**28 052**	**40 653**

İİV/QİÇS.

Azərbaycan İİV-ə yoluxma səviyyəsi aşağı olan ölkələr sırasına daxildir və İİV-ə yoluxma halları əsasən yüksək riskli əhali qrupuna aid olan inyeksion narkotik istifadəçiləri arasında baş verir. ÜST və UNAİDS-in 2016-cı ilin məlumatına əsasən İİV-lə mübarizədə qalibiyyət yalnız yeni yoluxma hallarının qarşısının alınması və antiretrovirus müalicəsinə əlçatanlığın genişləndirilməsi yolu ilə mümkündür.

2016-cı il ərzində Azərbaycanda yeni İİV-ə yoluxma faktı 556 nəfərdə təsdiqlənmişdir. Onlardan 97,3% Azərbaycan vətəndaşı, 2,7% isə əcnəbidir. Qeydiyyata alınmış 541 Azərbaycan vətəndaşından 64,0% kişi, 36,0% qadındır. Ümumilikdə 2016-cı ilin sonunadək Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzində 5376 nəfər İİV-lə yaşayan insan rəsmi qeydiyyatdadır. Onlardan 72,3% kişi, 27,7% qadındır. QİÇS mərhələsində olanlar 1312 nəfər təşkil edir.

Respublika QİÇS-lə mübarizə mərkəzi tərəfindən qeydiyyata götürülən vətəndaşların 48,7%-də İİV-ə yoluxma inyeksion narkotik istifadəsi nəticəsində, 40,4%-da heteroseksual, 1,9%-da isə homoseksual kontakt nəticəsində, 1,8%-da anadan uşağa keçməklə, 7,3%-də yoluxma yolu müəyyən edilməmişdir.

Cədvəl. İnsanın immunçatışmazlığı virusunun (İİV) törətdiyi xəstəliklə xəstələnlərin sayı (nəfər)

	2000	2010	2015
İnsanın immunçatışmazlığı virusunun (İİV) törətdiyi xəstəliklə ilk dəfə qeydə alınmış xəstələrin sayı - cəmi	63	459	704
Qazanılmış immunçatışmazlıq sindromu (QİÇS) ilə	4	250	187
- onlardan18 yaşa qədər uşaqlar	-	1	1

Müalicə -profilaktika müəssisələrində qeydiyyatda olan insanın immunçatışmazlığı virusunun (İİV) törətdiyi xəstəliklə xəstələrin sayı -cəmi	...	2621	5439
- onlardan qazanılmış immunçatışmazlıq sindromu (QİÇS) ilə	...	691	1682

Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən İİV-lə yaşayan insanlara profilaktika, müalicə, qulluq və dəstəyin göstərilməsinin təmin edilməsi işi əvvəlki illərdə olduğu kimi Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzində davam etdirilir.

#		Sayı, nəfər
1	İİV-ə görə qeydiyyatda olanların sayı	5376
2	İİV/QİÇS səbəbindən ölənlərin sayı	788

Diaqram. Azərbaycanda QİÇS-lə mübarizə Mərkəzində qeydiyyatda olan və ölən İİV xəstələrinin sayı (1987-2016).

Cədvəl. Ayrı-ayrı lokalizasiyalar üzrə əhalinin aktiv vərəmlə xəstələnməsi

	2000	2010	2015
İlk dəfə qoyulmuş diaqnozla qeydə alınmış xəstələrin sayı -cəmi, nəfər	5 113	4 801	3 989
onlardan:			
• **ağciyər vərəmi**	4 868	3836	3107
• **sümük və oynaqların vərəmi**	60	118	133
• **sidik - cinsiyyət yollarının vərəmi**	9	35	41
• **vərəmli plevrit**	…	…	460
• **döş qəfəsidaxili limfa düyünlərinin vərəmi**	…	…	77
• **qırtlaq, traxeya və bronxların vərəmi**	…	…	20
Müalicə-profilaktika müəssisələrində qeydiyyatda olan xəstələrin sayı - cəmi, nəfər	14 274	12 469	9 695

Cədvəl. Vərəm səbəbindən ölüm (say), ÜST/WHO, 2015.

Vərəm yükü, 2015	**Say (min)**	**100.000 nəfərə**

Ölüm (İİV+Vərəm istisna olmaqla)	0.038 (0.035-0.042)	12 469
Ölüm (yalnız İİV+Vərəm)	0.02 (<0.01-0.055)	0.21 (0.03-0.56)

- **Təhsil**

Hazırda palliativ qulluq üzrə ali və orta ixtisas tibb təhsili, və ya icma əsaslı xidmət üçün sistemləşdirilmiş təhsil və milli yanaşma yoxdur. Həkim, orta tibb və digər səhiyyə işçilərinin təhsili bir dövlət qurumu tərəfindən planlaşdırılır, universitet fakültələri tərəfindən kurrikulum yaradılır və lazım olduqda dəyişdirilir. Palliativ qayğı məsələləri geniş mənada tədris proqramlarında əhatə edilmir.

ATU-da məhdud sayda dərs saatları istisna olmaqla, səhiyyə/tibb işçilərinin professional təlimlərində palliativ qulluq üzrə ayrıca modul və ya tədris materialı yoxdur. Qiymətləndirmə prosesi zamanı qeyd olunmuşdur ki, tibbi təhsil alan tələbələr ağrının idarə edilməsi üzrə heç bir rəsmi didaktik təcrübə keçmirlər, baxmayaraq ki, onlar təhsilin ilk iki ilində farmokologiya dərslərində narkotik ağrıkəsicilərin farmakokinetikası haqqında kifayət qədər məlumat verilir. Ağrının idarəolunması üzrə alınan təlimin həcmi praktika zamanı tələbələrin gördükləri xəstələrin vəziyyəti və ehtiyaclarından asılı olur.

Səhiyyə işçilərinin təliminə rəsmi olaraq palliativ qulluğun daxil edilməsi təklifinə cavab bu oldu ki, əlavə palliativ qulluq modulunun hazırlanması çox çətin olardı, ancaq mövcud bakalavr kurrikulumuna palliativ qulluq elementlərinin daxil edilməsi məqsədəuyğun olardı.
Palliativ qulluq üzrə təhsilə digər maneə - bu mövzunun kurrikuluma inteqrasiya olunması prosesinin mürəkkəb olduğunu düşünməkdir. Palliativ qulluq üzrə təlimin təkmilləşdirmə zamanı keçilməsi təklifi alqışlanmadı.

Azərbaycanda palliativ qulluq sahəsində həkimlərin və tibb işçilərinin rəsmi akreditə olunması və ya tanınması prosesi mövcud deyil. Bu sahədə təhsil üçün heç bir tanınmış diplom, ixtisas, ixtisas kursları və ya razılaşdırılmış kurrikulum yoxdur. Palliativ qulluq sahəsində işləyənlər əsasən QHT-lərdir, onların da heç bir rəsmi təlimi yoxdur.

- **Dərmanların istifadəsinin mümkünlüyü**

Azərbaycan Narkotik Dərmanlar Siyahısı üzrə 1961-ci il Vahid Konvensiyasını imzalayıb. Bu o deməkdir ki, hökumət Beynəlxalq Narkotik Nəzarət Şurası (BNNŞ) ilə razılaşmaya imza atıb – bu şuranın əsas məqsədi üzv dövlətlərin narkotik (və psixotrop) kimi təsnif olunan dərmanların yalnız tibbi və elmi məqsədlə, 1961, 1972 və 1988-ci il beynəlxalq dərman nəzarəti müqavilələrinə (beynəlxalq hüquq) uyğun olaraq istifadəsinə əməl etməsini təmin etməkdir.

Bu müqavilələr üzv ölkələrdən ölkə üzrə narkotik vasitələrin keçən ilki istifadəsi üzrə təfsilatlı məlumatın təmin olunmasını, növbəti ildə istifadənin həcmini müəyyən etməyi və eyni məlumatı könüllü olaraq psixotrop dərmanlar üçün də verməyi tələb edir. Azərbaycan hər il ölkə üzrə narkotik vasitələri həm tənzimləyən, həm də təchiz edən dövlət şöbələrindən istifadə olunmuş dərmanlar barədə məlumatı toplamaq və gələcək istifadənin həcmini müəyyən etməklə bu məlumatı BNNŞ-yə verir. Növbəti ilə aid rəqəmlər keçən ilki istifadənin nəticələrinə əsasən müəyyən edilir.

Resursların az olduğu mühitdə narkotik vasitələrin xroniki olaraq az istifadəsini göstərən kifayət qədər məlumat var. Eyni zamanda hökumət narkotik vasitələrin qanuni tibbi və tədqiqat məqsədi ilə istifadə olunması öhdəliyini yerinə yetirmək məqsədilə, dərmanların qeyri-qanuni istifadəsindən yaxa qurtarmaq üçün narkotik vasitələrin istifadəsini məhdudlaşdırır.[11]

Bu kateqoriyadan olan dərmanlar arasında narkotik vasitələr hərtərəfli palliativ qulluqda ağrının müalicəsində əsas və aparıcı rol oynayır, ancaq bunlar çox zaman əldə olunması ən çətin olan dərmanlardır. Bu dərmanların istifadəsi üçün daha məhdudlaşdırıcı və bürokratik prosedurlar tətbiq edilir. [12]

2008-ci ildə aparılmış tədqiqatdan aşağıdakılar müəyyən edilmişdir. Qeyd edilməlidir ki, 8 il sonra aparılmış hazırki tədqiqat nəticəsində ciddi dəyişikliklər və vəziyyətin yaxşılaşması qeyd edilməyib.

- İynə morfinin istifadəsi xərçəng xəstələri üçün xəstəxanalarda məhdud sayda mümkündür, ancaq praktikada onun yazılması yuxarıda göstərildiyi kimi əlavə məsuliyyət tələb edir. Tramadol tabletlərinin istifadəsi bu xəstəxanalarda həmçinin mümkündür.
- Fentanil trans-dermal aplikatorlarından istifadə bəzi xəstəxanalarda mümkündür, ancaq onkoloq tərəfindən yazılmalıdır.
- Morfin tabletləri evdə istifadə məqsədi ilə xəstələrə verilə bilməz.
- Tramadol tabletləri evdə istifadə üçün xəstələrə verilə bilər.
- Kodein yalnız öskürək əleyhinə yazıla və verilə bilər.
- Asetaminofen (Tilenol) və aspirinin bütün xəstəxanalarda və ambulator olaraq reseptsiz istifadəsi mümkündür.

- Metadon Azərbaycanda ağrıkəsici dərman kimi istifadə edilmir və yalnız Narkoloji Dispanserdə narkotik asılılıqdan müalicə üçün əvəzləyici terapiya vasitəsi kimi istifadə edilir.
- Karbamazepin, qabapentin və trisiklik antidepressant amitriptilin ağrıkəsici kimi yalnız neyropatik ağrı üçün istifadə edilirlər.
- Benzodiazepin, alprazolam və diazepamın xəstəxanalarda həb formasında istifadəsi mümkündür; klinikalarda və ya hökumət qurumları nümayəndələri ilə sorğularda bunların ambulator şəkildə istifadəsinin mümkün olub-olmaması barədə söyləmədilər. Diazepam və lorazepamın iynə formasında istiafadəsi mümkündür. İki pərakəndə satış kommersiya aptekində əczaçılar bildirdilər ki, onlar dövri olaraq benzodiazepin preparatlarını verirlər ki, bu da ambulator xəstələrə iki həftə müddəti üçün yazıla bilər.

Azərbaycanda narkotik vasitələri yalnız həkimlər təyin edə bilər. Nəzəriyyəyə görə bütün həkimlər narkotik vasitələri təyin edə bilər. Praktikada həkim qeyri-narkotik vasitələrdən fərqli olaraq, xüsusi resept formasından istiafadə etməlidir. Xəstəxanada istifadə üçün narkotik vasitələri reseptlərinə müəssisənin baş həkiminin imzası ilə əlavə səlahiyyət verən sənəd alınması tələb olunur. Sorğu aparılan həkimlər göstərdilər ki, narkotikin stasionar istifadəsi üçün xüsusi resept formasının əldə edilməsi yalnız AİDS-lə mübarizə Mərkəzi və Onkoloji Mərkəzdə mümkündür, məhdud sayda xərçəng xəstələri üçün xəstəxanalardan təmin olunur.

Tədqiqatın Metodologiyası

Tədqiqat Səhiyyə Nazirliyinin 07.03.2016-cı il tarixli 16 nömrəli əmri ilə təsdiq edilmiş “Azərbaycan Respublikasında qeyri-infeksion xəstəliklərlə mübarizəyə dair 2015-2020-ci illər üçün Strategiyanın həyata keçirilməsi üzrə Səhiyyə Nazirliyinin Fəaliyyət Planı”nın 9.3.1 və Səhiyyə Nazirliyinin 24.04.2014-cü il tarixli 30 nömrəli əmri ilə təsdiq edilmiş “Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 2014-2020-ci illər üçün Strateji Planı üzrə Fəaliyyət Planı”nın 3.3.11-ci bəndlərinin icrası ilə əlaqədar keçirilib.

Araşdırmada həm kəmiyyət, həm də keyfiyyət tədqiqat metodları tətbiq olunmuşdur

- Sorğu
- Fərdi müsahibələr
- Fokus qrup müzakirələri

Respondentlər

1. Benefisiantlar- xəstəlikdən əziyyət çəkən şəxslər və ya xəstənin yaxınları.
2. Qeyri-benefisiantlar- ailəsində və əhatəsində bu halla qarşlaşmayan şəxslər.
3. İxtisaslaşmış tibb işçiləri - xəstəliyin son mərhələsində olan və ya çox ağır xəstələrə tibbi yardım göstərən (onkoloq, ftiziatr, reanimotoloq, pulmonoloq) şəxslər.
4. Tibb işçiləri- müvafiq xəstəxanalarda çalışan şəxslər.
5. Din xadimləri

Coğrafi əhatə
Bakı
Sumqayıt
Quba
Şəki
Lənkəran
Gəncə
Göyçay
Şirvan

Sorğu ümumilikdə 325 nəfər arasında aparılmışdır. Onların 161 nəfəri palliativ yardımdan bəhrələnə biləcək və ya yaxınlarının ölüm prosesini izləmiş şəxslər olmuş, 164 nəfəri isə qeyri-benefisiant və ya hazırda ağır sağlamaz xəstəliyi olmayan, yaşı gənc olan və ölüm prosesini yaxından izləməyən şəxslər olub. Sorğuda iştirak etmiş tibb işçilərinin ümumi sayı 223 nəfər olub. Onların 75 nəfəri ixtisaslaşmış tibb işçiləri, 148 nəfəri isə terapiya, ailə həkimi və orta tibb işçiləri olub.

ƏHALİ ARASINDA APARILMIŞ SORĞUNUN NƏTİCƏLƏRİ.

Əhali arasında aparılmış sorğu əslində iki fərqli qrupu əhatə etmişdir. Sorğunun dizaynı dövründə belə bir hipoteza irəli sürülmüşdü ki, daha yaşlı, o cümlədən, ahıl yaşda olan insanların ağır sağalmaz xəstəlik və ya ölümə münasibəti və bu sahədəki düşüncələri, yaşca daha gənc olan insalardan əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir. Guman edilmişdir ki, yaşlı insanlar artıq ömürləri ərzində ağır xəstəliyi olan (valideynləri, qohumları və ya digər yaxın insaların) və ya müxtəlif səbəblərdən ölən insanlarla yaxın təmasda olduğundan, onların həmin məsələlərə yanaşması fərqli ola bilər. Eyni ilə, daha gənc yaşlı insanların bu məsələlərdə şəxsi təcrübəsi az olduğundan (məs., valideynləri hələ sağdır), onların yanaşması özünəməxsus ola bilər. Potensial fərqi müəyyən etmək və həmçinin insan yaşlaşdıqca onun həyatın sonu, ölüm və ağır xronik xəstəliyə olan münasibətinin necə dəyişdiyini öyrənmək olduqca əhəmiyyətlidir. Belə ki, bu fərqlə daha effektiv və hədəfli maarifləndirmə və məlumatlandırma kampaniyalarının qurulmasına yardımçı ola bilər.
Beləliklə, sorğuda iştirak üçün həm yaşlı, həm də gənc insanlar dəvət edilmişdir. Yaşlı insanlar həm xəstəxanada intervyu edilmiş, həm də tibb müəssisələri ətrafında olan şəhər və kənd icmalarında. Gənc yaşlı əhali üzvləri isə şəhərin mərkəzində, tibb müəssisələrindən kənar yerlərdə intervuya cəlb edilmişdir.

Yaşlı əhali arasında sorğunun nəticələri.
Aşağıdakı cədvəllərdə **gənc yaşlı** və hazırda özündə və yaxın qohumunda heç bir ağır xəstəliyi olmayan respondentlərin sosial-demoqrafik xüsusiyyətləri qeyd edilib.

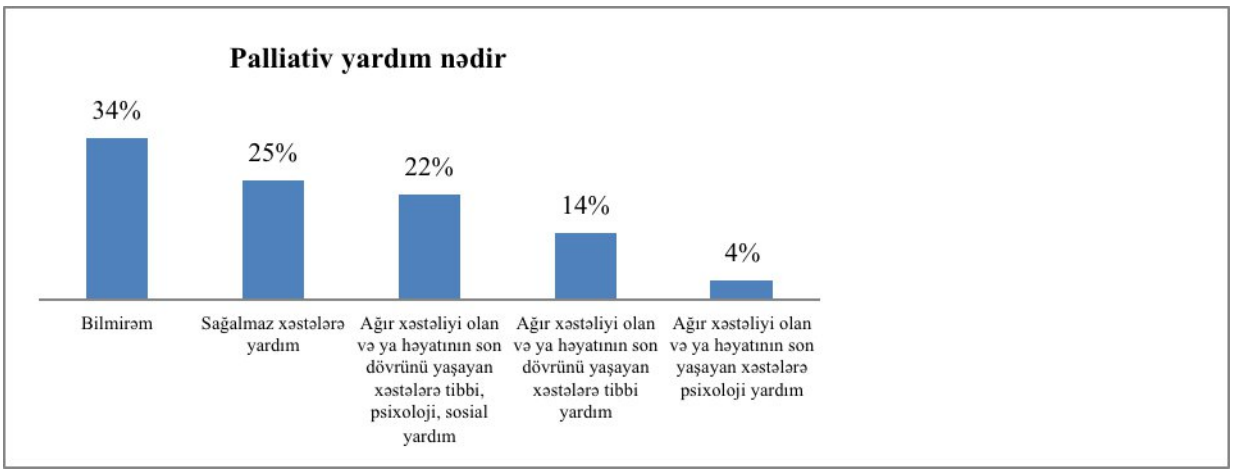
Benefisiantlar qrupundan olan respondentlərin sosial-demoqrafik göstəriciləri:

Cins	Faiz
Kişi	49.69%
Qadın	50.31%

Yaş	Faiz
50-55 yaş	36.02%
56-60 yaş	26.09%
61-65 yaş	24.84%
66-70 yaş	13.04%

Təhsil	Faiz
Natamam orta	5 %
Tam orta	23.6%
Orta ixtisas	31.1%
Ali	38.5%

İntervyuya cəlb edilmiş yaşlı və ahıl insanlar arasında palliativ yardım barədə məlumatlılığın aşağı səviyyədə olduğu müəyyən edilmişdir.
Belə ki, respondentlərin 34%-I ümumiyyətlə pallitiv yardımın nə olduğunu bilmədiyini bildirmişdir. Bununla yanaşı rəyi soruşulanların 25%-I palliativ qayğının sağalmaz xəstəyə göstərilən yardım və 22%-I isə ağır xəstəliyi olan və ya həyatlarının son dövrünü yaşayan insanlara tibbi, social, psixoloji və s. yardım olduğunu qeyd etmişdir.



Palliativ yardım nədir	Say	Faiz
Bilmirəm	55	34%
Sağalmaz xəstələrə yardım	41	25%
Ağır xəstəliyi olan və ya həyatının son dövrünü yaşayan xəstələrə tibbi, psixoloji, sosial yardım	35	22%
Ağır xəstəliyi olan və ya həyatının son dövrünü yaşayan xəstələrə tibbi yardım	22	14%
Ağır xəstəliyi olan və ya həyatının son dövrünü yaşayan xəstələrə psixoloji yardım	6	4%

Həyatın sonunda qayğı ilə bağlı düşüncələr.
Dünyanın bir çox yerində, o cümlədən, Azərbaycanda ölüm və ölüm prosesi barədə açıq müzakirələrin aparılması qadağan olmasa da, heç də yaxşı qarşılanmır. Bəzi mədəniyyətlərdə ölüm haqqında danışmaq hörmətsizlik hesab edilir. Qərbdə və Şərqdə ölüm o dərəcədə emosional sarsıntı yaşadır ki, bir çox insanlar onun barəsində danışmaqdan çəkinir və ya həmin mövzuda müzakirədən qaçır. Məhz bu cür yanaşma palliativ yardıma olan müraciətlərin gecikməsinə və ya ümumiyyətlə insanların müraciət etməməsinə gətirib çıxara bilir. Məsələn, Çində palliativ qayğı xidmətləri əlçatan olsa da, ölüm prosesi ilə bağlı edilən müraciətlərin sayı aşağıdır. Geniş ictimaiyyət arasında həyatın sonu ilə bağlı müzakirələrin aparılması baxımından ÜST-nın hesabatında Çin ən aşağı yerlərdən birini tutub.

Azərbaycan əhalisi arasında ölüm ayağında olan xəstələrin qayğısı ilə bağlı rəyi soruşulanlardan aşağıdakı cavablar alınmışdır. Xüsusi vurğulanmalıdır ki, rəspondentlərin böyük əksəriyyəti vəziyyəti ağır və ya ölüm ayağında olan xəstənin əlavə köməyə ehtiyac duyduğunu vurğulamışdır. Təəccüblü deyil ki, respondentlərin 87.6% xəstələrin məhz həkimə və 55.3%-i tibb bacısının yardımına ehtiyac duyduğunu bildirib.

Bununla yanaşı, həmin xəstələrin qayğısında ailə üzvlərinin rolunu danmaq mümkün deyil. Bu da respondentlərin cavablarında öz məntiqi nəticəsini tapıb. Belə ki, rəyi soruşulanların 64%-i xəstənin ölüm ayağında məhz ailə üzvlərinə ehtiyac duyduğunu bildirib.
Psixoloji yardımın isə tələb olunduğu yalnız 39.8% respondent tərəfindən vurğulanıb.
Sosial işçilərə ehtiyacın olduğu isə 27.3% respondent qeyd edib. Burada ehtimal etmək olar ki, cavablar sosial işçilərin regionlarda olmaması, bu kateqoriyadan olan mütəxəssislərin rolu və vəzifələrinə dair əhali arasında məlumatsızlıq, habelə xəstələrin real həyatında onların iştiraksızlığından qaynaqlanır.

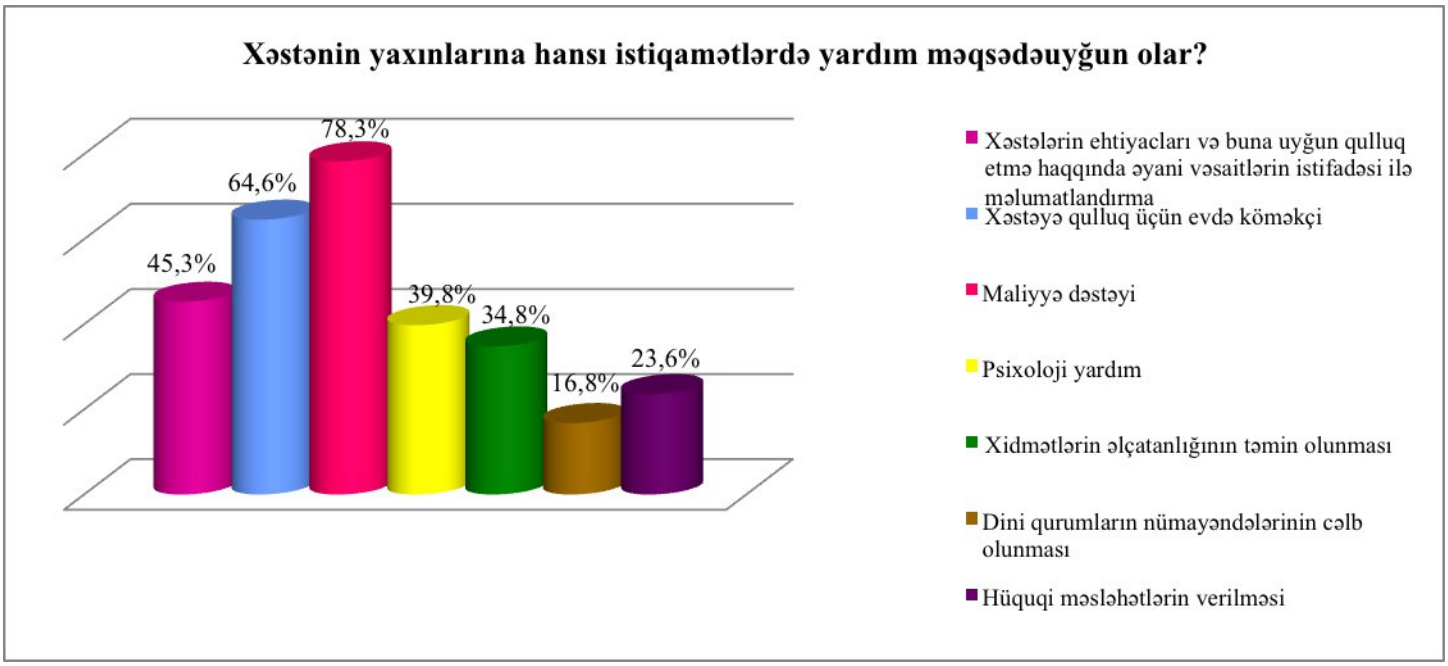


Ağır və ya ölüm ayağından olan xəstələrin ehtiyac duyduqları yardımı almasında ən mühüm əngəllər və ya problemləri aşkar etmək üçün respondentlərə müvafiq sual verilmişdir. Rəyi soruşulanların 34%-I bunun palliativ yardım göstərən xüsusi müəssisələrin, 18%-I isə mütəxəssislərin olmaması ilə əlaqələndirmiş, 19%-i isə həmin xəstələrin xəstəxanalar tərəfindən qəbul edilməməsi ilə izah etmişdir.



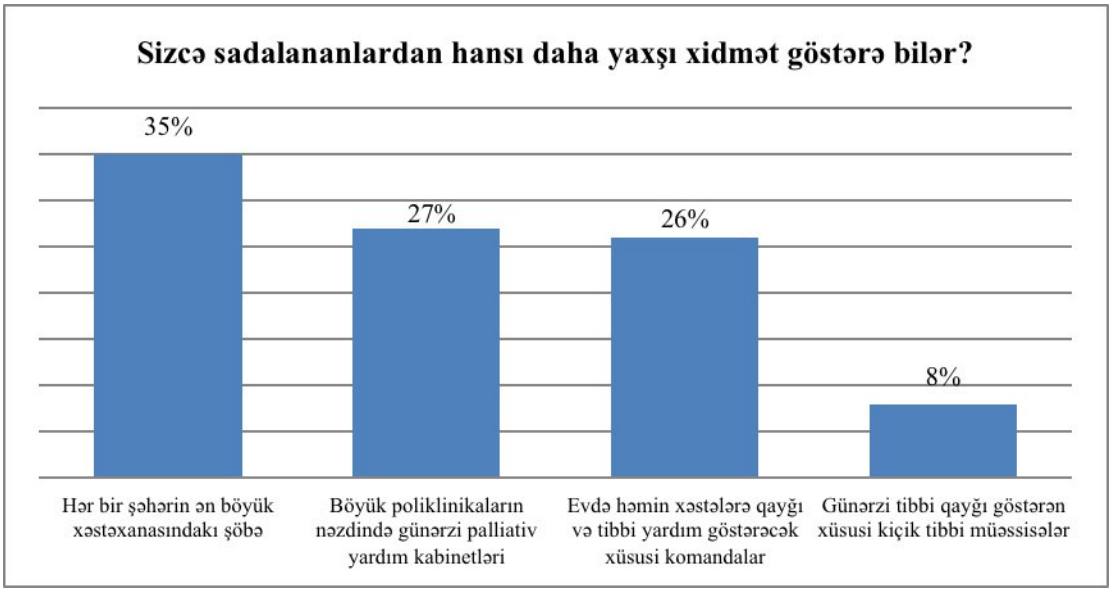
Sizcə çox ağır xəstəliyi olan və ya xəstəliyin son mərhələsində (terminal) olan xəstələrə yardımın göstərilməsində ən böyük problem nədir		
	Say	Faiz
Palliativ yardım göstərən xüsusi müəssisələrin olmaması	55	34%
Xəstələrin ehtiyacları və buna uyğun qulluq etmə haqqında məlumatsızlığı	40	25%
Xəstəxanaların həmin xəstələri qəbul etməməsi	30	19%
Həmin xəstələrə yardım göstərə biləcək mütəxəssislərin olmaması	29	18%

Heç kimə sir deyil ki, ağır və ya ölüm prosesində olan xəstələrə qayğı və qulluğun əsas və əksər hallarda isə yeganə ağırlığı onun yaxınlarının çiyninə düşür. Xəstənin yaxınlarının ehtiyaclarını öyrənmək üçün respondentlərə müvafiq sual ünvanlanmışdır. Bu suala cavab verən respondentlərin 45.3%-i əsasən xəstələrin ehtiyaclarına uyğun qayğı və qulluğun göstərilməsinə dair müvafiq bilik və bacarıqlara dair məlumatın vacib olduğunu bildirmişdir. 64.6%-i evdə olan ağır və ya ölüm ayağında olan xəstələrə qulluq üçün səriştəli (müvafiq bacarıqlara malik) köməkçinin olmasını istəyir. Göründüyü kimi xəstələrin yaxınları ölüm prosesində olanlara yardım etmək üçün daha dərin bilik və bacarıqlara malik olmağa və ya bu sahədə daha təcrübəli birinin olmasına üstünlük verir.
Bununla yanaşı respondentlərin 78.3%-i maliyyə vəsaitinə ehtiyac duyduqlarını bildirmişdir. Yalnız respondentlərin 45.3%-i əlavə maliyyə yardımına ehtiyac duyduqlarını bildirib. Xəstəyə qulluq edən ailə üzvlərinin psixoloji yardıma ehtiyac duyduğu respondentlərin 39.8%-i, din xadimlərinin yardımına isə cəmi 16.8% ehtiyacın olduğunu bildirib.



Ağır və ya ölüm prosesində olan xəstələrə qayğının harada təşkil edilməsinin daha əlverişli və yaxşı olduğuna dair verilən suala aşağıdakı cavablar alınıb. Respondentlərin 35%-i bunun üçün

şəhər/rayon xəstəxanasında müvafiq şöbənin yaradılması, 27%-i böyüklər üçün poliklinikalarda günərzi palliativ xidmət kabinetlərinin təşkili ilə daha əlverişli olacağını qeyd etmişdir. Bununla yanaşı respondentlərin 26%-i bildirib ki, xəstələrə evdə qayğı və tibbi yardım göstərmək üçün xüsusi mobil briqdaların yaradılması daha əlverişli ola bilər. Rəyi soruşulanların yalnız 8%-i xəstələrə ən yaxşı qayğının xüsusilə yaradılmış günərzi kiçik palliativ mərkəzlərdə göstərilməsinin daha yaxşı olduğunu bildirmişdir.
Göründüyü kimi, hətta ağır və ya ölüm ayağında olan xəstələrin tibbi yardıma ehtiyac duymasını, habelə əvvəlki sualada məhz həkim və tibb bacısının ən effektiv yardım göstərən olduğunu nəzərə alaraq, palliativ xidmətlərin məhz xəstəxana və/və ya poliklinikalarda təşkili (~62%) daha məqsədə uyğundur.



Sizcə sadalananlardan hansı daha yaxşı xidmət göstərə bilər?		
	Say	Faiz
Hər bir şəhərin ən böyük xəstəxanasındakı şöbə	57	35%
Böyük poliklinikaların nəzdində günərzi palliativ yardım kabinetləri	43	27%
Evdə həmin xəstələrə qayğı və tibbi yardım göstərəcək xüsusi komandalar	42	26%
Günərzi tibbi qayğı göstərən xüsusi kiçik tibbi müəssisələr	13	8%

Gənc yaşlı və ya qeyri-benefisiant olan əhali nümayəndələri arasında sorğunun nəticələri.

Aşağıdakı cədvəllərdə gənc yaşlı və hazırda özündə və yaxın qohumunda heç bir ağır xəstəliyi olan və ya valideynləri və ya yaxın ailə üzvlərinin ölümü ilə rastlaşmamış respondentlərin sosial-demoqrafik xüsusiyyətləri qeyd edilib.

Cins	Faiz
Kişi	43.3%
Qadın	56.7%

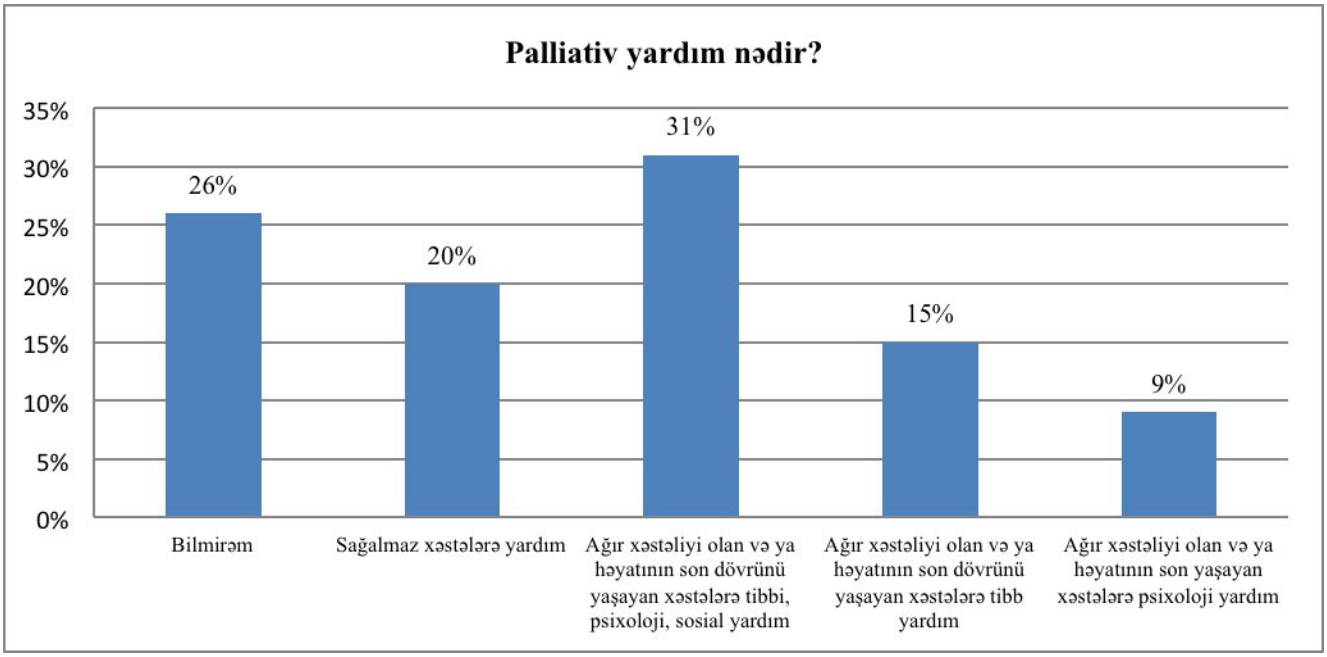
Yaş	Faiz
20-25 yaş	24.4%
26-30 yaş	26.8%
31-35 yaş	24.4%
36-40 yaş	24.4%

Təhsil	Faiz
Natamam orta	4.3%
Tam orta	26.8%
Orta ixtisas	26.2%
Ali	42.1%

Palliativ yardım barədə məlumatlılıq və bilgilər.

Rəyi soruşulan gənc yaşlı respondetlərin 26%-i palliativ yardımın nə olduğunu bilmədiyini qeyd etmişdir. Bununla yanaşı rəyi soruşulanların 20%-i palliativ yardımın sağalmaz xəstələrə yardım, 31%-i isə ağır xəstəliyi olan və ya həyatlarının sonunda olan xəstələrə sosial, tibbi və psixoloji yardımın olduğunu bildirib. Göründüyü kimi, benefisiantlar (yaşlı əhali qrupu) və qeyri-benefisiantlar (gənc yaşlı əhali qrupu) arasında palliativ yardıma dair ümumi məlumatlılıq ciddi fərqlənmir. Hər gənc nəsil, həm də yaşlı əhalinin mühüm bir hissəsi palliativ yardımın nə olduğunu, digər bir hissəsi ilə özündə nəyi ehtiva etdiyini tam bilmir və ya başa düşmür. Nəticələrin əsasən bu sahədə son 8 ildə heç bir məlumatlandırma və ya maarifləndirmə kampaniyalarının aparılmaması ilə əlaqələndirmək olar.

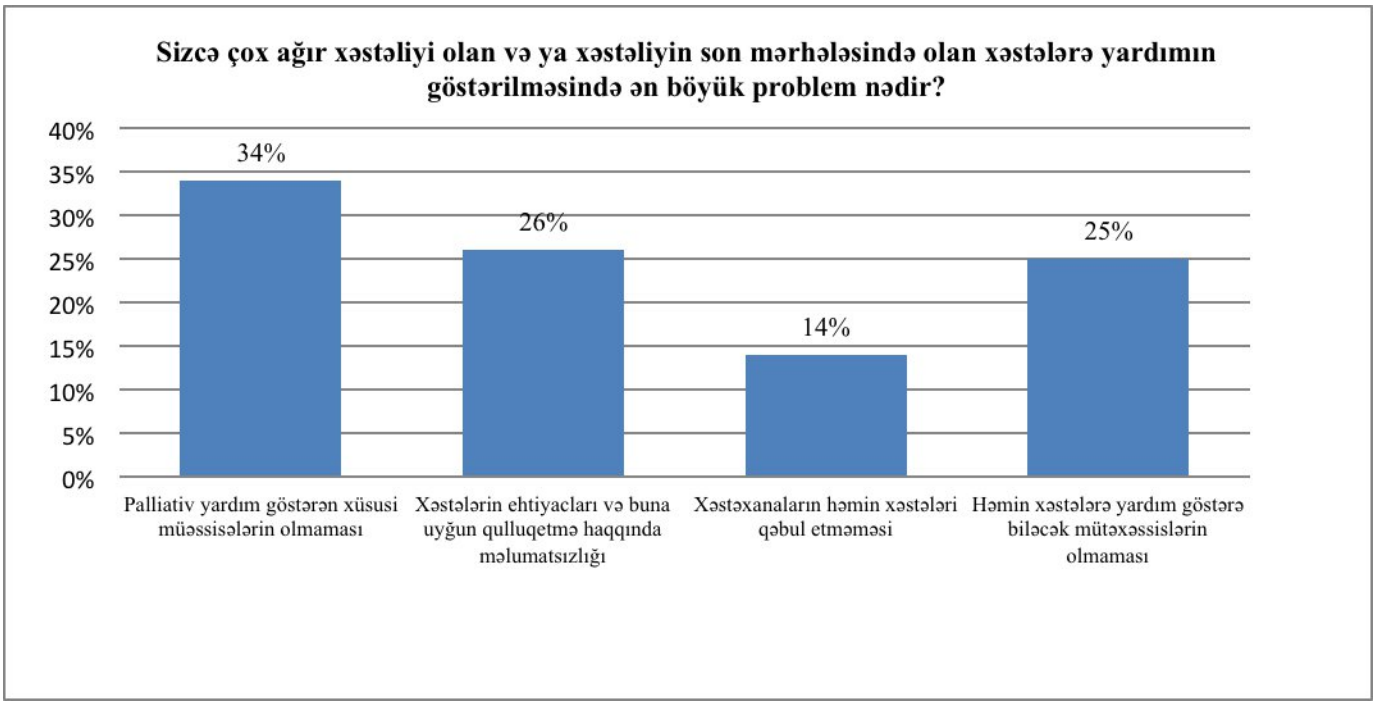
SN-nin İSİM-i tərəfindən 2016-cı ildə palliativ yardıma dair xüsusi buklet çap edilsə də, onun paylanması tədqiqatdan sonra baş vermişdir. Beləliklə, həmin buklet sorğunun nəticələrinə təsir etməmişdir.



Palliativ yardım nədir?	Say	Faiz
Bilmirəm	42	26%
Sağalmaz xəstələrə yardım	32	20%
Ağır xəstəliyi olan və ya həyatının son dövrünü yaşayan xəstələrə tibbi,	51	31%

psixoloji, sosial yardım		
Ağır xəstəliyi olan və ya həyatının son dövrünü yaşayan xəstələrə tibbi yardım	24	15%
Ağır xəstəliyi olan və ya həyatının son dövrünü yaşayan xəstələrə psixoloji yardım	15	9%

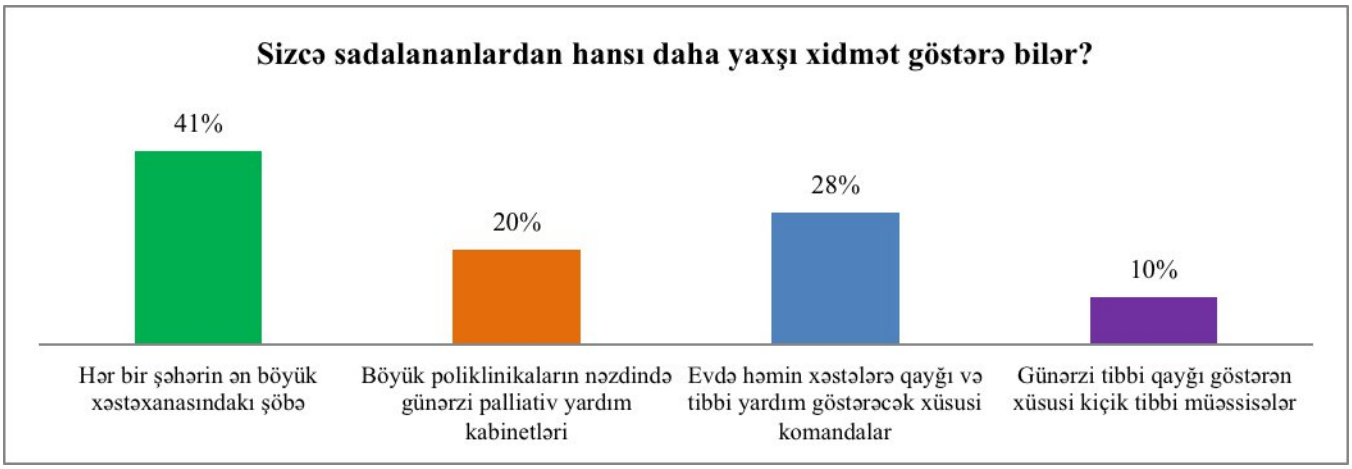
Maraqlıdır ki, rəyi soruşulanların 34%-i çox ağır xəstəliyi olan və ya xəstəliyin son mərhələsində olan xəstələrə yardımın göstərilməsində ən böyük problem kimi palliativ yardım göstərən xüsusi müəssisələrin olmamasını, 25%-i bu qrup xəstələrə qayğı göstərə biləcək mütəxəssislərin olmamasını və 14%-i isə mövcud tibb müəssisələrinin (xəstəxanaların) həmin xəstələri qəbul etməməsini qeyd edib. Respondentlərin 26%-i isə həmin xəstələrə qulluq etmək və ya qayğı göstərmək üçün müvafiq məlumatın, bilgi və bacarıqların olmamasını əsas problem kimi göstərib.



Sizcə çox ağır xəstəliyi olan və ya xəstəliyin son mərhələsində (terminal)olan xəstələrə yardımın göstərilməsində ən böyük problem nədir?		
	Say	**Faiz**
Palliativ yardım göstərən xüsusi müəssisələrin olmaması	56	34%
Xəstələrin ehtiyacları və buna uyğun qulluq etmə haqqında məlumatsızlığı	42	26%
Xəstəxanaların həmin xəstələri qəbul etməməsi	23	14%
Həmin xəstələrə yardım göstərə biləcək mütəxəssislərin olmaması	41	25%

Palliativ qayğıya ehtiyac olan xəstələrə (sağalmaz ağır xəstəliyi və ya ölüm ayağında olanlara) daha yaxşı xidmətin harada göstərilə bildiyinə dair verilmiş suala aşağıdakı cavablar alınıb. Respondentlərin 41%-i bunun şəhərin/rayonun ən böyük xəstəxanasında, 20%-i – poliklinikalarda və

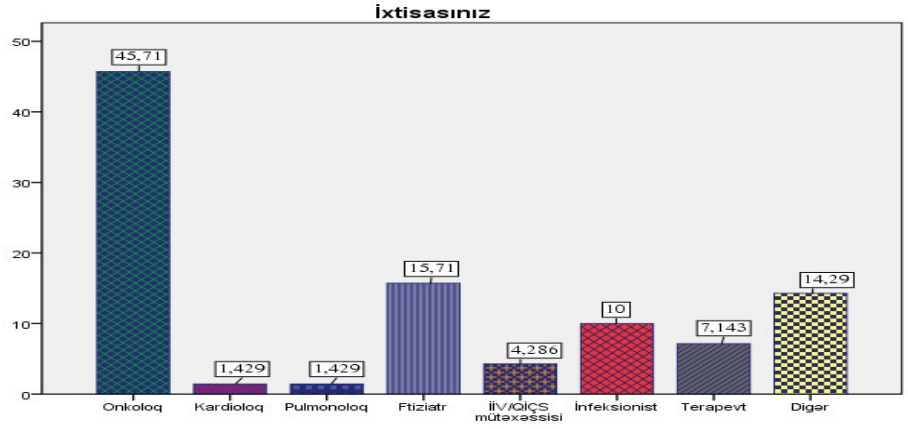
yalnız 10%-i – bu məqsəd üçün yaradılmış kiçik günərzi tibb müəssisələrində daha yaxşı təmin olunacağını qeyd edib. Maraqlıdır ki, gənc yaşlı respondentlərin 28%-i həmin xəstələrə xidmətin evdə göstərilməsinin daha yaxşı olduğunu vurğulamış və burada mobil briqadaların xüsusi rolunu qeyd etmişdi.



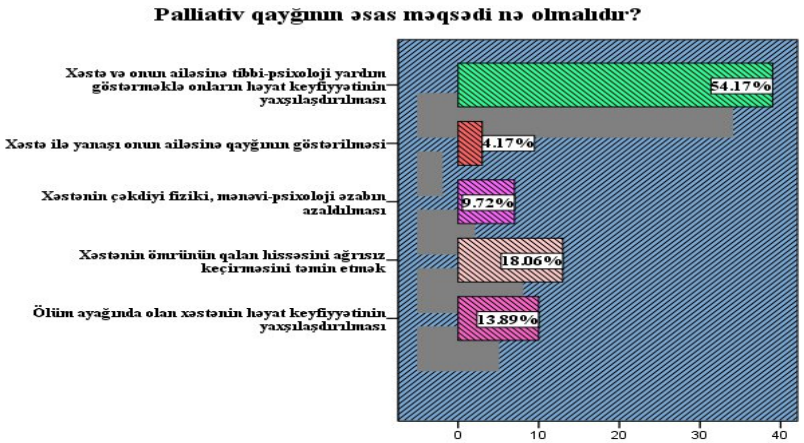
Sizcə sadalananlardan hansı daha yaxşə xidmət göstərə bilər?		
	Say	**Faiz**
Hər bir şəhərin ən böyük xəstəxanasındakı şöbə	67	41%
Böyük poliklinikaların nəzdində günərzi palliativ yardım kabinetləri	32	20%
Evdə həmin xəstələrə qayğı və tibbi yardım göstərəcək xüsusi komandalar	46	28%
Günərzi tibbi qayğı göstərən xüsusi kiçik tibbi müəssisələr	17	10%

Ümumi praktika tibb işçiləri və dar ixtisas sahibləri arasında sorğunun nəticələri.

Ümumi əhali ilə müqayisədə, tibb işçilərinə verilən suallar daha analitik və dərin biliklər tələb edib. Burada palliativ qayğının xüsusiyyətləri, məqsəd və vəzifələri ilə yanaşı, palliativ yardıma ehtiyac duyan xəstələrin əziyyət çəkdiyi xəstəliklər, narkotik ağrıkəsicilərin təyin edilməsi və s. mühüm əhəmiyyət kəsb edən suallara da cavablar alınmışdır.
Ümumi praktika həkimləri və tibb bacıları ilə aparılan araşdırma və müzakirələr palliativ qayğıya ehtiyacı olan xəstələrin ehtiyacları, üzləşdikləri çətinliklər və problemlər barədə məlumatları əldə etməyə imkan verib. Bununla yanaşı palliativ yardımla bağlı müvafiq mütəxəssislərə müraciət edən xəstələrə qayğı göstərən ixtisaslaşmış tibb işçiləri arasında aparılmış sorğu və fokus qrup müzakirələrinin əsas məqsədi daha ətraflı məlumatın əldə edilməsi olub. Belə ki, həmin tibb işçilərinin üzləşdikləri çətinliklər, xüsusilə də, analgetiklərin təyin edilməsi ilə bağlı, xüsusi əhəmiyyət kəsb edir.



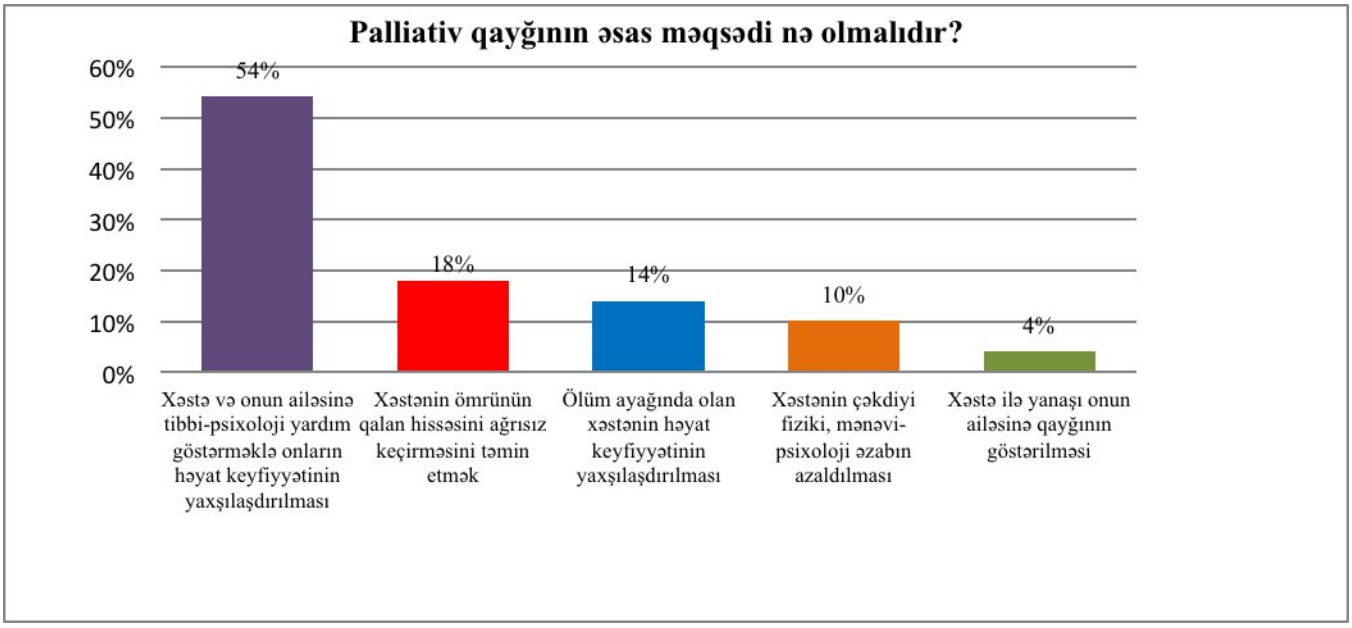
Sorğuda əsasən onkoloqlar (45.7%), ftiziatrlar (15.7%), habelə kardioloq (1.4%), pulmonoloqlar (1.4%) və İİV/QİÇS üzrə mütəxəssislər (4.28%) iştirak etmişdir.
Maraqlıdır ki, mütəxəssislərin 54.1%-i əmindir ki, palliativ yardıma ehtiyacı olan xəstələrə göstərilən qayğının əsas məqsədi tibbi-psixoloji yardım göstərməklə həyat keyfiyyətlərini yaxşılaşdırmaqdır.



Palliativ qayğının əsas məqsədinə dair verilən suala tibb işçilərinin 58%-i bunun xəstə və onun ailəsinə tibbi-psixoloji yardım göstərməklə onların həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması olduğunu bildirmiş, 14% isə bunun ölüm ayağında olan xəstənin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması olduğunu qeyd etmişdir. Maraqlıdır ki, tibb işçilərinin əksəriyyəti xəstə ilə yanaşı xəstənin ailə üzvlərinə də dəstəyin göstərilməsinin vacib olduğunu vurğulayıb. Tibb mütəxəssislərinin ümumilikdə 18%-i fiziki ağrının və 10%-i mənəvi-psixoloji əzabın azaldılmasının palliativ qayğının əsas məqsədi olduğunu bildirib.

Cavablar bir daha göstərir ki, palliativ yardıma ehtiyacı olan xəstələrə qayğıya gəlincə tibbi işçiləri üstünlüyü xəstələrin və ailə üzvlərin həyat keyfiyyətinə verir. Bununla yanaşı, onlar bunu tibbi-psixoloji yardımı təmin etməklə həyata keçirilməsinə üstünlük verir.

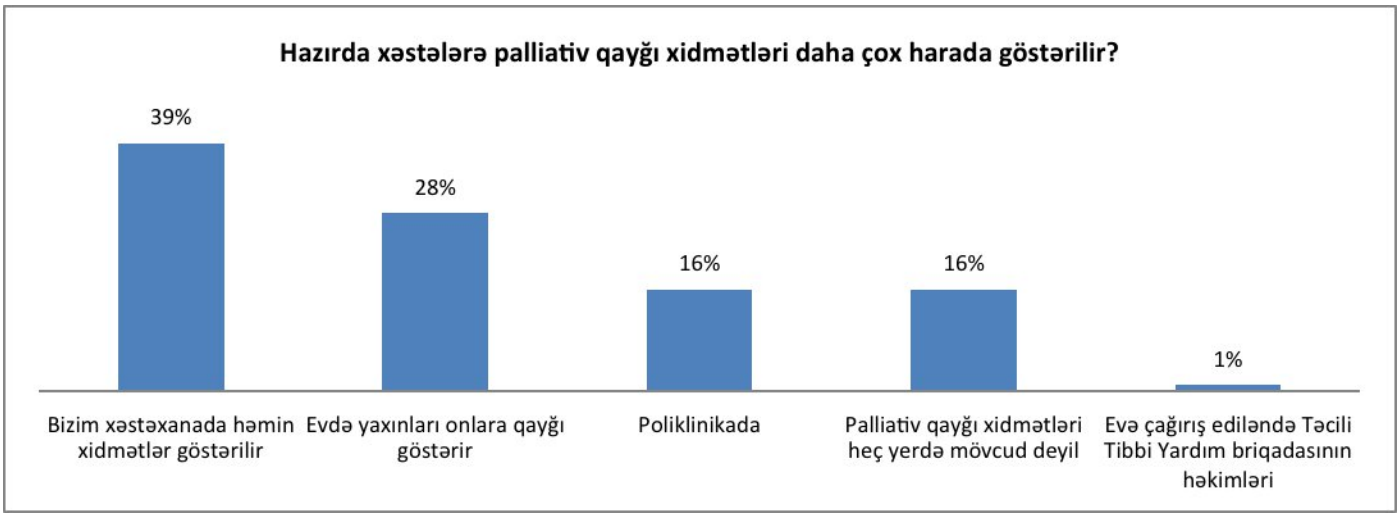
Ağrısızlaşdırmanın bu qədər az sayda (18%) tibb işçisi tərəfindən qeyd edilməsinin tamamilə fərqli səbəbi ola bilər. Lakin, daha çox ehtimal olunan səbəb tibb işçilərinin xəstələrin keçirdiyi ağrı barədə məlumatsızlığı və ya onun düzgün dəyərləndirilməməsidir. Tibb işçilərinin kəskin və xronik ağrının tənzimlənməsi, xüsusilə də, həyatın sonunda müşahidə edilən ağrının aradan qaldırılmasında bilik və təcrübəsi bu tədqiqatın bir başa predmeti olmasa da, fokus qrup müzakirələrindən belə qənaətə gəlinib ki, bu sahədə ciddi boşluqlar vardır. Opiat qrupuna aid preparatların təyin edilməsi ilə bağlı tibb işçiləri çox tərəddüd keçirir və bu həm opiatların dövriyyəsinə ciddi nəzarətin olması, həm də preparatların artıq dozalanması və/və ya aludəçiliyin inkişaf etməsi ilə bağlıdır. Halbuki, çoxsaylı tədqiqatlar göstərib ki, həyatın sonunda olan xəstələr arasında aludəçilik riski çox aşağıdır. Artıq dozalanma nəticəsində isə tənəffüsün depressiyası və ölüm hallarının riski təyin edilmiş opiatların dozası artdıqca artmış olur. Lakin, inkişaf etmiş ölkələrdə xəstə və onun ailə üzvlərinin maarifləndirilməsi və inyeksion və ya burundaxili nalokson preparatının evdə və təcili tibbi yardım həkimləri arasında əlçatan olması ilə həmin halların qarşısı yüksək effektivliklə alınmış olur.



Palliativ qayğının əsas məqsədi nə olmalıdır?	Tezlik	Etibarlı Faiz
Xəstəyə və onun ailəsinə tibbi, psixososial yardım göstərməklə onların həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması	39	54%

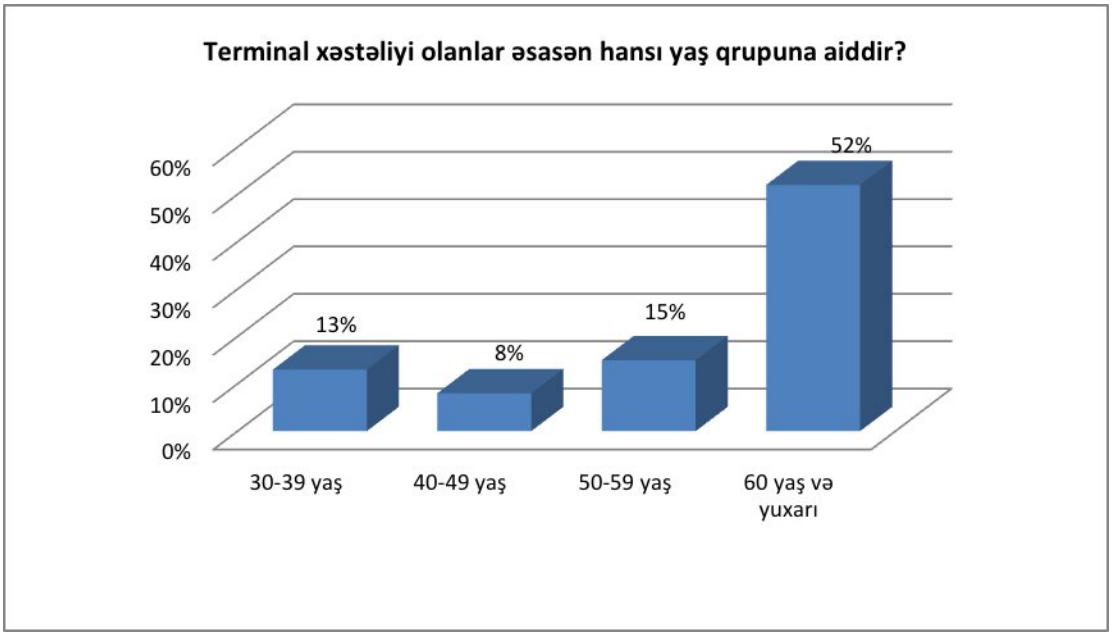
Xəstənin ömrünün qalan hissəsini ağrısız keçirməsini təmin etmək	13	18%
Ölüm ayağında olan xəstənin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması	10	14%
Xəstənin çəkdiyi fiziki, mənəvi-psixoloji əzabın azaldılması	7	10%
Xəstə ilə yanaşı onun ailəsinə qayğının göstərilməsi	3	4%

Azərbaycanda palliativ qayğı mərkəzləri və ümumiyyətlə, rəsmi palliativ xidmətlərin olmadığına baxmayaraq, tibb mütəxəssisləri ilə aparılan fokus qrup müzakirələrdən məlub olmuşdur ki, ağır sağalmaz xəstəliyi olan və ya həyatın sonunda olan xəstələrə müvafiq xidmətlər göstərilir. Belə ki, rəyi soruşulan tibb işçilərinin 39%-i qeyd edib ki, palliativ qayğıya oxşar xidmətlər onların çalışdığı tibb müəssisəsində (xəstəxanada) göstərilir. 16% bildirib ki, uyğun xidmətlər poliklinikalarda və yalnız 1%-i qeyd edib ki, təcili tibbi yardım briqadaları palliativ xidmətləri evə çağırış ediləndə evdə göstərir.
Bununla yanaşı respondentlərin 28%-i palliativ xidmətlərin de-fakto məhz evdə xəstənin yaxınları tərəfindən göstərildiyini vurğulayıb.



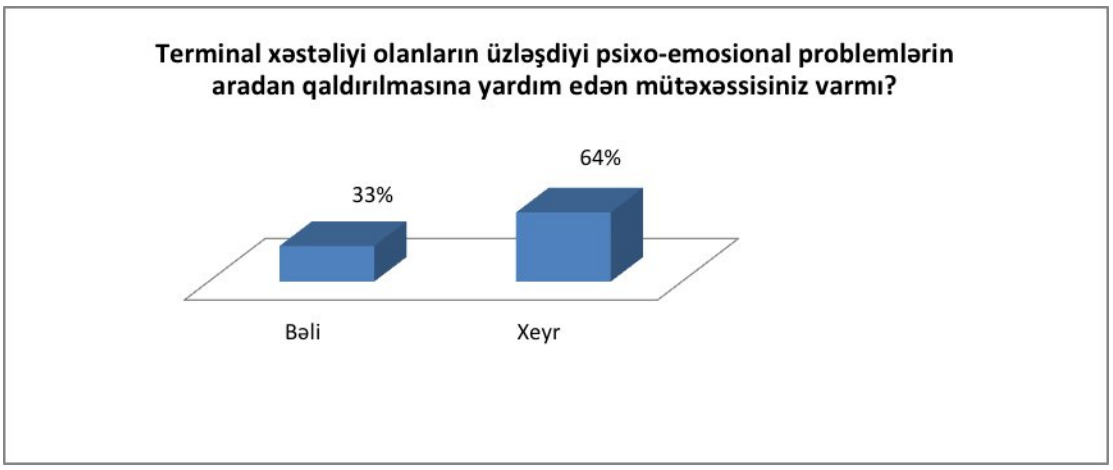
Hazırda xəstələrə palliativ qayğı xidmətləri daha çox harada göstərilir?	Say	Faiz
Bizim xəstəxanada həmin xidmətlər göstərilir	29	39%
Evdə yaxınları onlara qayğı göstərir	21	28%
Poliklinikada	12	16%
Palliativ qayğı xidmətləri heç yerdə mövcud deyil	12	16%
Evə çağırış ediləndə Təcili Tibbi Yardım briqadasının həkimləri tərəfindən yardım göstərilir	1	1%

Palliativ yardıma ehtiyac duyan xəstələri müəyyən etmək üçün tibb işçilərinə müvafiq suallar verilmişdi. Tibb işçilərinin fikrincə, terminal xəstəliyi olanların böyük əksəriyyətinin (52%) 60 yaşdan yuxarı olduğunu bildirib. Maraqlıdır ki, tibb işçilərinin 13%-i terminal xəstəliyi olanların 30-39 yaş arası olduğunu qeyd edib.



Terminal xəstəliyi olanlar əsasən hansı yaş qrupuna aiddir?		
	Say	**Faiz**
30-39 yaş	10	13%
40-49 yaş	6	8%
50-59 yaş	11	15%
60 yaş və yuxarı	39	52%

Yuxarıdan göründüyü kimi, tibb işçilərinin böyük bir qismi (58%) palliativ yardımın əsas məqsədinin xəstə və onun ailə üzvlərini tibbi və psixoloji yardımın göstərilməsində görür. Buna uyğun olaraq, onlardan işlədikləri müəssisələrdə psixo-emosional problemlərin aradan qaldırılmasına yardım edə biləcək mütəxəssisin olub olmadığına dair sual verilmişdi. Respondentlərin 64%-i (44 nəfər) belə bir mütəxəssisin olmadığını vurğulayıb.



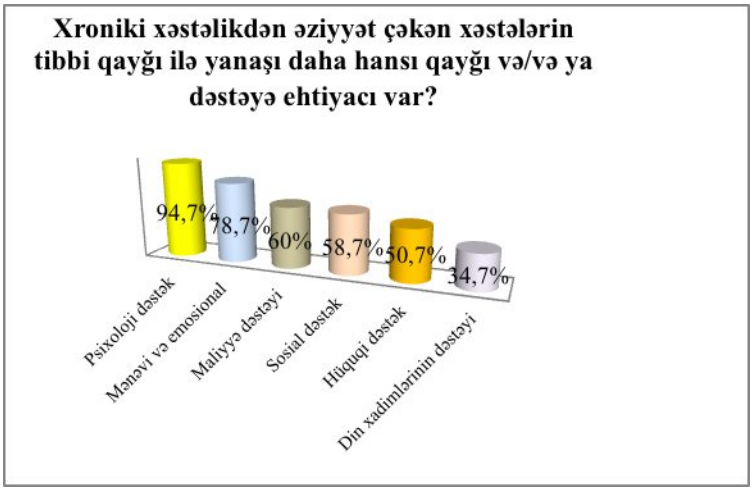
Tibb işçilərinin 55%-i işlədikləri xəstəxana (39%) və ya poliklinikada (19%) palliativ yardıma oxşar xidmətlərin göstərildiyini bildirib. Bununla yanaşı, tibb işçilərinin yalnız 45%-i bu növ xidmətlərin məhz şəhər/rayonun iri xəstəxanasında (27%) və ya böyüklər üçün poliklinikalarında (18%) təşkil edilməsinə tərəfdar çıxıb. Bununla yanaşı 17%-i hesab edir ki, daha yaxşı palliativ xidmətlər günərzi tibbi qayğı göstərən xüsusiləşdirilmiş kiçik tibb müəssisələrində göstərilə bilər. Bununla yanaşı respondentlərin 38%-i xidmətlərin evdə göstərilməsinə və bu məqsədlə səyyar tibbi yardım briqadalarının cəlb edilməsinin daha yaxşı olduğunu bildirib.
Tibb işçilərinin üstünlük verdiyi (38%) evdə palliativ yardım xidmətlərinin təşkili əslində hazırda palliativ qayğı və hospis məsələləri ilə yaxından məşğul olan beynəlxalq təşkilatların tövsiyə etdiyi modellə üst-üstə düşür. Belə ki, Dünya Palliativ Qayğı və Hospis Assosiasiyasının (WPCHA) tövsiyələrinə görə xəstələrə göstərilən palliativ qayğı xidmətləri məhz əsasən evdə göstərilməlidir. Stasionar qayğı isə müvəqqəti olmaqla yanaşı, yalnız ev şəraitində aradan qaldırılması mümkün olmayan halların və ya ağırlaşmaların müalicəsi və ya tənzimlənməsi üçün nəzərdə tutulmalıdır.



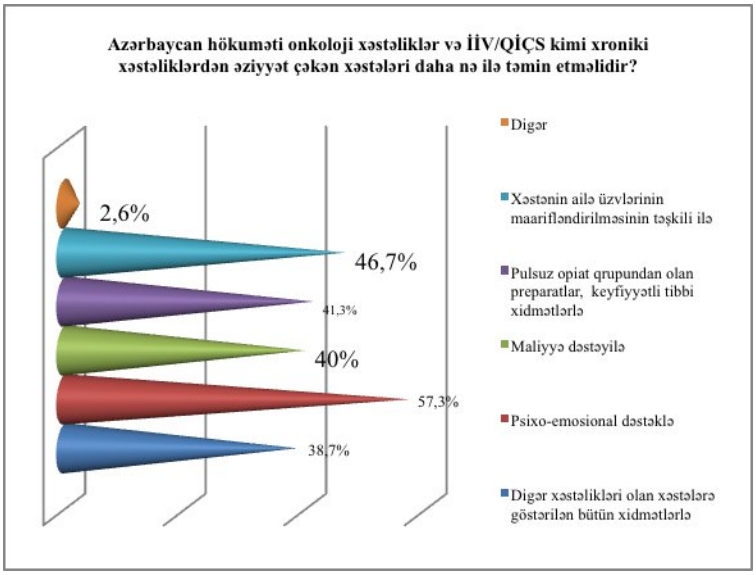
Sizcə sadalananlardan hansı daha yaxşı xidmət göstərə bilər?

	Say	Faiz
Hər bir şəhərin ən iri xəstəxanasında şöbə	19	27%
Böyük poliklinikaların nəzdində günərzi palliativ yardım kabinetlərinin yaradılması	13	18%
Evdə həmin xəstələrə qayğı və tibbi yardım göstərəcək xüsusi komandalar və ya xidmətlərin yaradılması	27	38%
Günərzi (ambulator) tibbi qayğı göstərən xüsusi kiçik tibbi müəssisələrin yaradılması	12	17%

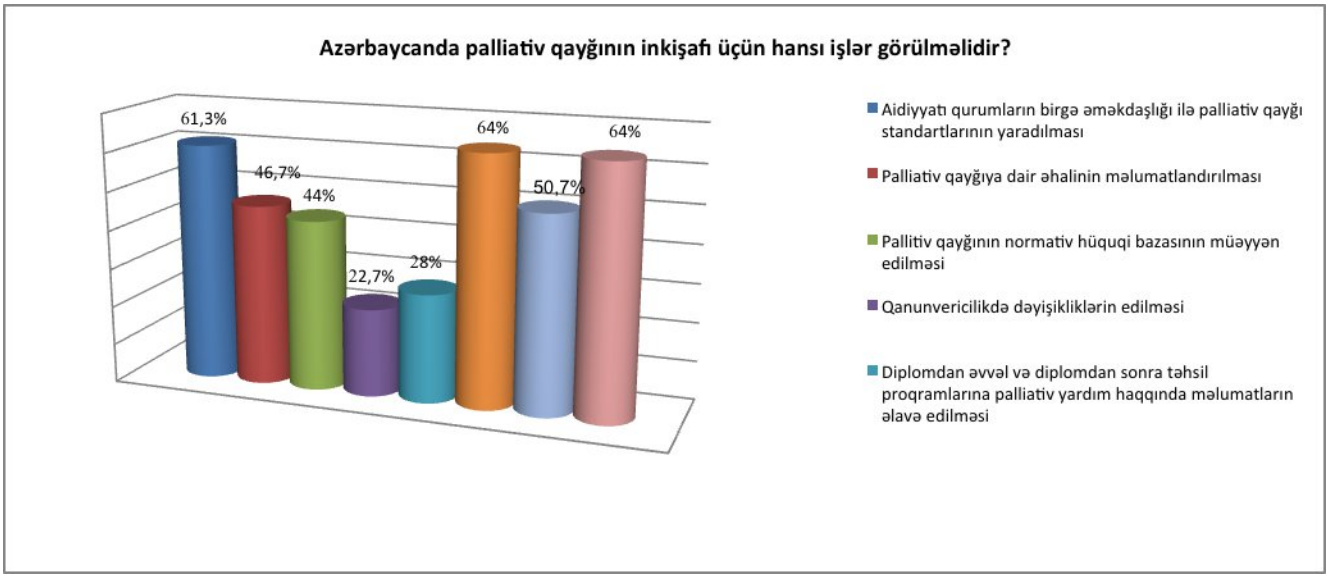
Maraqlıdır ki, tibb işçilərinin 94.7%-i tibbi yardımla yanaşı psixoloji yardımın, 78.7%-i mənəvi və emosional dəstəyin və 60%-i maliyyə dəstəyin göstərilməsinin vacib olduğunu vurğulamışdır.



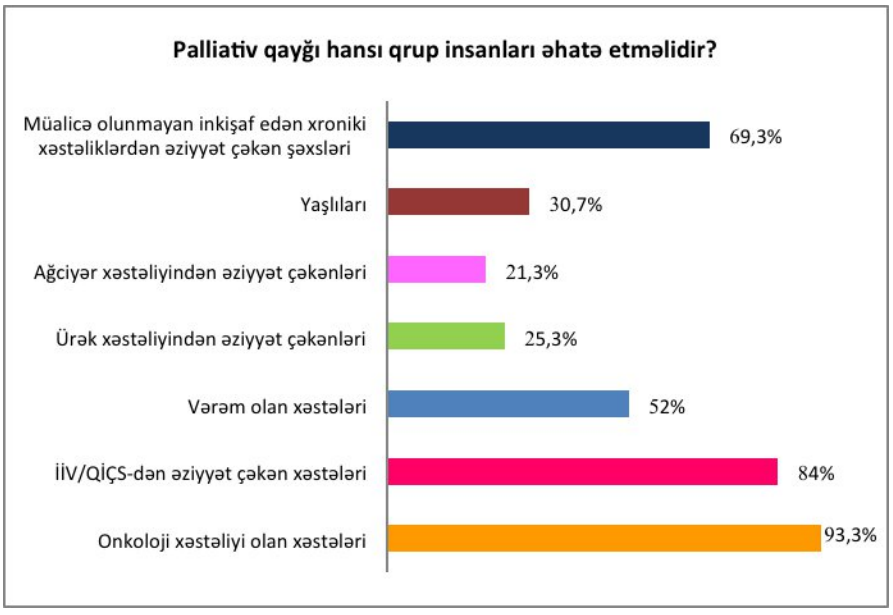
Palliativ yardıma ehtiyacı olan xəstələrin böyük bir qisminin onkoloji və İİV/QİÇS xəstəliklərdən əziyyət çəkdiyini nəzərə alaraq, həkimlərdən daha nələrin edilməsinin tələb olunduğu soruşulub. Müətəxxislərin həmin xəstələrin 57.3%-i psixo-emosional dəstəyin, 46.7%-i xəstələrin ailə üzvlərinin maarifləndirilməsinin təşkili, 40%-i maliyyə dəstəyinin göstərilməsini və 41%-i pulsuz olaraq opiat qrupundan olan preparatlarla təmin edilməsinin əhəmiyyətli olduğunu qeyd edib.



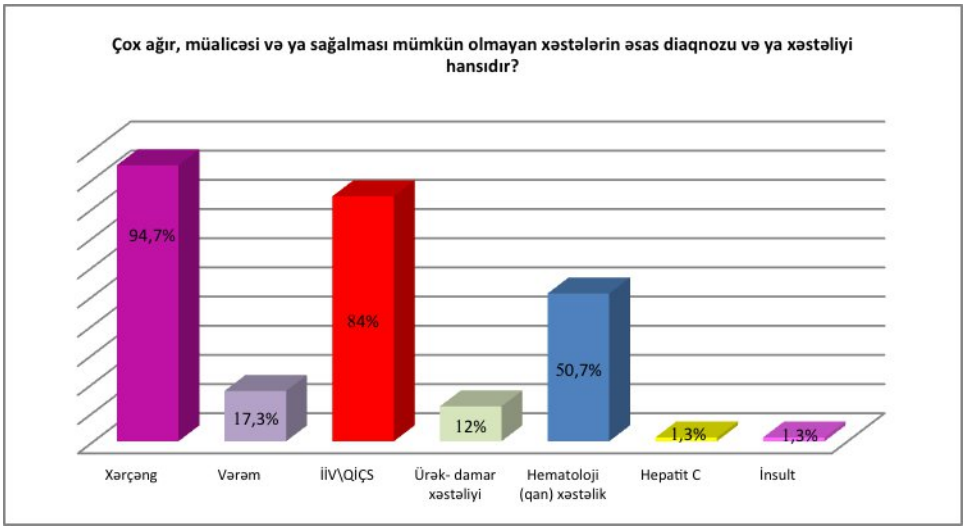
Azərbaycanda palliativ qayğı sisteminin inkişafı üçün görülməsi tələb olunan işlərə gəldikdə isə, mütəxəssislərin 64%-i dövlət səviyyəsində palliativ qayğı sisteminin tanınmasının, 46.7%-i əhalinin məlumatlandırılmasının, 61.3%-i palliativ yardım üzrə standartların yaradılmasının, 64%-i ölüm ayağından olan xəstələr üçün hospislərin yaradılmasını və 50.7%-i isə maliyyələşdirmə mexanizminin gücləndirilməsinin vacib olduğunu bildirib.



Palliativ qayğı ilə hansı əhali qruplarının əhatə edilməsinə gəlincə isə, mütəxəssislərin 69.3%-i müalicəsi mümkün olmayan xronik xəstəliklərdən əziyyət çəkən xəstələri, 93.3%-i onkoloji xəstələri, 84%-i İİV/QİÇS xəstələrini və 52% isə vərəm xəstələrini vurğulayıb. Maraqlıdır ki, həkimlərin 25.3%-I və 21.3%-i müvafiq olaraq ürək və ağciyər xəstəliklərindən əziyyət çəkən xəstələrin də palliativ qayğı ilə əhatə olunmasının tələb olunduğunu bildirib.



Müalicəsi mümkün olmayan xəstəliklər adı altında hansı xəstəliklərin başa düşüldüyünü müəyyən etmək üçün verilmiş suala həkimlərin 94.7%-i onkoloji, 84%-i İİV/QİÇS və 50.7%-i hematoloji (qan) xəstəliklərini qeyd edib. Həkimlərin 1.3%-i həmçinin hepatit C, 12%-i ürək-damar xəstəlikləri və 1.3%-i insult xəstəliyinin də bu qrupa aid edib. Həmçinin həkimlərin 17.3%-i vərəmi də çox ağır, müalicəsi və ya sağalması mümkün olmayan xəstəliklərə aid edib.



Ağrıkəsicilərlə təminat və ya onların əlçatanlığı.

Bir çox aşağı və orta gəlirli ölkələrdə analgetiklərin (opiat və qeyri-opiat qrupu analgetiklər) əlçatanlığı aşağı səviyyədədir. Hesablanıb ki, dünyada istehsal olunan opiat qrupu preparatlarının 94%-i dünya əhalisinin 15%-i tərəfindən istifadə edilir. Və bu əhalinin böyük hissəsi yüksək gəlirli ölkələrdə yaşayır. Digər təhlillər göstərib ki, ÜST-nın həyat üçün vacib preparatları siyahısında olmasına baxmayaraq, dünya əhalisinin 80%-nin morfinə çıxışı yoxdur.

Tibbi Onkoloji üzrə Avropa Cəmiyyəti (ESMO) tərəfindən qlobal səviyyədə ağrıkəsicilərə olan əlçatanlığı araşdırmış və aşağıdakı nəticələrə gəlmişdir:

1. Əsas opiat qrupu preparatlarının əlçatanlığı aşağı səviyyədədir. ÜST-nın həyat üçün vacib dərman preparatları siyahısına 7 opiat qrupu analgetikləri (kodein, per os qısa təsirli morfin, per os uzunmüddətli morfin, əzələdaxili və ya venadaxili morfin, qısa müddətli oksikodon, per os metadon və transdermal fentanil) daxil edilib. Lakin əksər apteklərdə və tibb müəssisələrində bunların yalnız 3 və ya 2 mövcud olur.
2. Köhnəlmiş səhiyyə siyasəti opiat analgetiklərinin istifadəsindən çəkindirir. Araşdırmalar göstərir ki, dünya ölkələrinin 80%-də ağrıkəsicilərin dövriyyəsi və istifadəsinə ciddi məhdudiyyətlər və nəzarət mövcuddur. Həmin ölkələrdə olan mövcud qanunvericilik və səhiyyə siyasəti xəstələrin ağrıkəsicilərə çıxışını məhdudlaşdırır. Bəzi ölkələrdə opiat qrupu analgetiklərinin yalnız müəyyən xəstəxanalarda istifadəsinə icazə verilir, digərlərində təyin edilən opiat analgetiklərinin dozası və qəbulu tezliyində məhdudiyyətlər vardır. Ümumiyyətlə, 1961-ci ildə BMT tərəfindən qəbul edilmiş Narkotik vasitələr haqqında Konvensiyaya əsasən narkotiklərin qeyri-qanuni dövriyyəsi və qanunsuz istifadəsinin qarşısının alınmasına daha çox üstünlüyün verilməsi, tibbi məqsədlər üçün opiat qrupu preparatlarının təyini praktik cəhətdən çətinləşdirilib. Bu həmçinin təxminən 5 mlrd insanın narkotik ağrıkəsicilərlə təmin edilməsinin qarşısını alır.
3. İnzibati maneələr. Opiat qrupu preparatlarının əlçatan olduğu ölkələrin bir qismində onların əldə edilməsində çətinliklər mövcuddur. Belə ki, opiat qrupu analgetiklərinin əldə edilməsi üçün tələb olunan icazələrin və ya təsdiqedici sənədlərin sayının çoxluğu, həmin dərmanların qiyməti və təyin edilən dərmanların dozalarında məhdudiyyətlər xəstələr üçün ciddi maneələr törədir.

4. Tibb işçilərinin təhsili və səlahiyyətlərinin artırılması. Ağrıkəsicilərin, xüsusilə də, narkotik analgetiklərin təhlükəsiz təyin olunması ilə bağlı tibbi işçilərinin bilikləri yetərli deyildir. Bu isə həmin preparatların təyin olunmasında əlavə çətinlik və ya maneədir.

Bütün sadalanmış maneələrə və çətinliklərə baxmayaraq, bəzi ölkələrdə narkotik analgetiklərin əlçatan olması üçün müvafiq tədbirlər görülmüşdür. Belə ki, Kolumbiyanın bütün 32 ştatında opiat analgetiklərinin əlçatanlığının artırılması üçün hər bir ştatda müvafiq ehtiyyat yaradılıbdır. Bunun nəticəsində Kolumbiyada opiat analgetiklərinin istifadəsində çətinliklər əhəmiyyətli dərəcədə aradan qalxmışdır.

Opiat qrupu analgetiklərinin istifadəsi son 10 il ərzində (2001-2013) qlobal miqyasda artmışdır. Lakin onların istifadəsində artım əsasən Şimali Amerika, qərbi və mərkəzi Avropa və Avstraliya, Yeni Zellandiyada müşahidə edilib. Dünyanın digər regionlarında, o cümlədən, Asiya, Afrika, Mərkəzi Amerika, Şərq və Cənub-Şərqi Avropada, Cənubi Amerikada əhəmiyyətli artım qeydə alınmamışdır. Opiat analgetiklərinin əlçatanlığının aşağı səviyyədə olmasına təsir edən amillər və səbəblər əslində ESMO-nun təsvir etdiyi səbəblərdən fərqlənmir. Əksər hallarda opiat qrupu analgetiklərinin istifadəsində məhdudiyyətlər aşağıdakı səbəblərlə bağlı olub:

- asılılığın yaranması ilə bağlı qorxu,
- opiat analgetiklərin importu ilə bağlı problemlər,
- tibb işçilərinin məlumatlığı və biliklərinin yetərsiz olması,
- məhdud maliyyə imkanları,
- ciddi nəzarət.

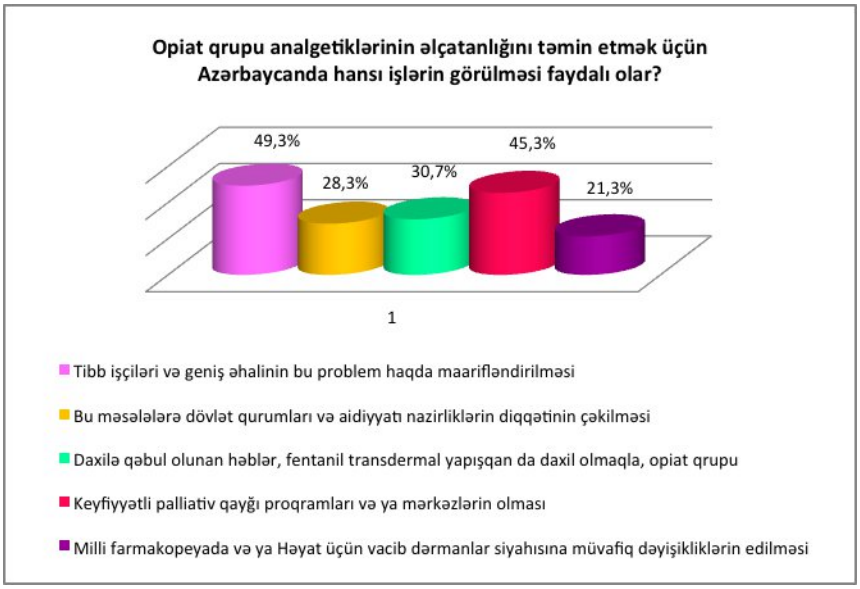
Maraqlıdır ki, BMT-nin hesabatında opiat qrupu analgetiklərinin istifadəsinə əsas manea kimi qeyd edilmiş sərt qanunvericilik və ciddi tənzimləmə/nəzarət mexanizmləri, habelə asılılığın yaranmasına dair qorxu 1995-ci illə müqayisədə 2015-ci ildəki hesabatda daha az qeyd edilmişdir.

Azərbaycanda narkotik analgetiklərin əlçatanlığı.

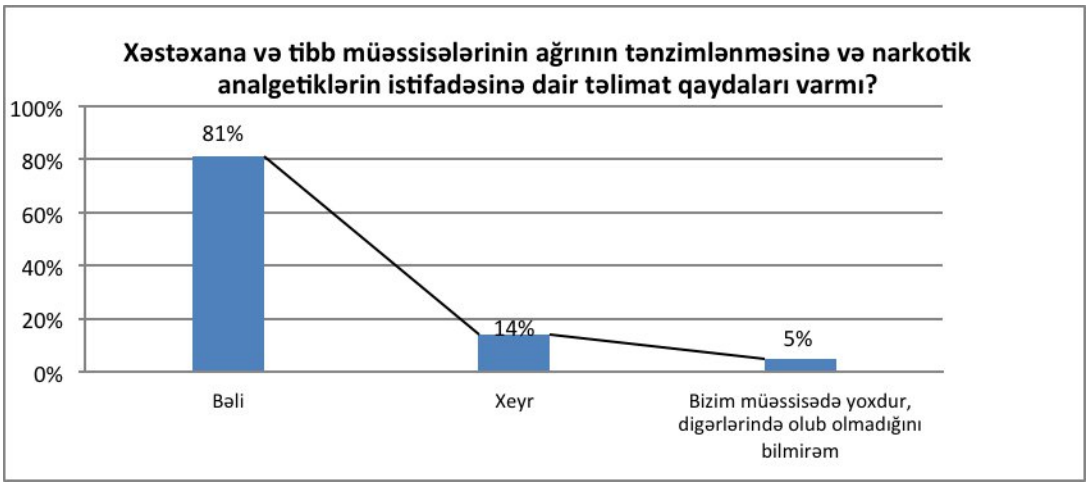
Heç kimə sirr deyil ki, terminal mərhələ, sağalmaz ağır xəstəliyi olan və ya həyatın sonunu yaşayan insanlar çox vaxt ağrıdan əziyyət çəkir. Tipik iltihab prosesi ilə bağlı və həmçinin bəzi növ kəskin ağrının azaldılması və ya aradan götürülməsi üçün birinci sıra preparatlarına QSİƏP-lar və asetaminofen aid olsa da, palliativ yardıma ehtiyacı olan xəstələrdə müşahidə edilən ağrının daha çox məhz opiate qrupu analgetiklərlə tənzimlənməsi mümkün olur. Bu səbəbdən də, bütün dünya ölkələrində palliativ qayğı sisteminin qurulması zamanı həll edilməsi tələb olunan əsas problemlərdən biri də məhz narkotik analgetiklərin əlçatanlığıdır.

Palliativ qayğı sisteminin yaradılması zamanı ən çox çətinlik yaradan məsələ də məhz xəstələrin narkotik və ya opiat qrupundan olan analgetiklərlə təmin edilməsidir. 2008-2009-cu illərdə ACİ-YF tərəfindən Azərbaycanda, habelə müxtəlif illərdə Rusiya Federasiyası, Qazaxstan, Gürcüstan və digər keçmiş Sovetlər İttifaqının süqutundan sonra yaranmış müstəqil ölkələrdə aparılmış araşdırmalar bird aha təsdiq edir ki, məhz narkotik analgetiklərlə təminat palliativ xidmətlərin yaradılmasına ən böyük əngəl törədən amildir. Belə ki, narkotik analgetiklərlə təminat məsələsi gündəmə gəldikdə daha çox diqqəti xəstələrin ağrısı deyil, məhz narkotik asılılıq və narkotiklərin qeyri-qanuni dövriyyəsinin azaldılması və ya qarşısının alınması çəkir. Narkotik preparatların dövriyyəsinə ciddi nəzarəti təşviq edən şəxslər öz fikirlərini digər inkişaf etmiş ölkələrdə narkotiklərdən asılı olan şəxslərin sayının artması, artıq doza ilə yüklənmə hallarının çoxalması riski ilə bağlı olması ilə müdafiə edir. Lakin dünyanın bir çox ölkələrində aparılmış tədqiqatlar göstərib ki,

palliativ qayğıya ehtiyacı olan şəxslərin narkotik analgetiklərdən asılılığının yaranması riski çox aşağıdır, artıq dozalanma isə daha az hallarda rast gəlinir.
Azərbaycanda narkotik analgetiklərin daha əlçatan olması üçün görülməsi tələb olunan işlərin müəyyən edilməsi məqsədilə tibb işçilərinə müvafiq sual ünvanlanmışdır. Tibb işçilərinin 49.3%-i hesab edib ki, əhali və tibb işçiləri bu problem barəsində daha ətraflı məlumatlandırılmalıdır. Respondentlərin 45.3%-i isə hesab edir ki, ixtisaslaşmış palliativ qayğı mərkəzləri və ya hospislərin yaradılması bu problemin aradan qaldırılmasına xidmət edə bilər. Maraqlıdır ki, tibb işçilərinin 30.7%-i narkotik analgetiklərin həb, transdermal yapışqan və s. qeyri-inyeksion formalarının ölkədə əlçatan olması vacibdir.



Azərbaycanda palliativ qayğıya ehtiyacı olan xəstələrin narkotik analgetiklərin əlçatanlığını müəyyən etmək üçün tibb işçilərini xüsusi suallar ünvanlanmışdır. Məqsəd həm müvafiq təlimatların olub olmadığını, həm də praktik baxımdan real həyatda bu preparatların istifadəsi dərəcəsini müəyyən etmək olub.
Respondentlərin 81%-i ağrının tənzimlənməsinə və narkotik analgetiklərin istifadəsinə dair təlimat qaydalarının işlədikləri müəssisədə olduğunu vurğulamışdır.



Xəstəxana və digər tibb müəssisələrinin ağrının tənzimlənməsinə və narkotik analgetiklərin istifadəsinə dair təlimat qaydaları varmı?		
	Say	**Faiz**
Bəli	53	81%
Xeyr	9	14%
Bizim müəssisədə yoxdur, lakin digərlərində olub olmadığını bilmirəm	3	5%

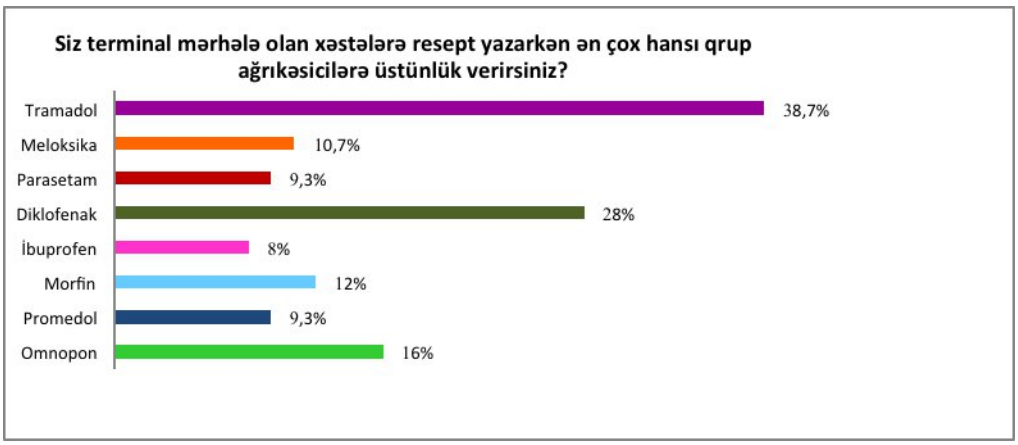
Bununla yanaşı tibb işçilərinin 53%-i narkotik analgetiklərinin məhz onkoloji xəstəliklərə verildiyini, 35%-i bu preparatların yalnız məhdud qaydada verildyini bildirmişdir. Həmçinin rəyi soruşulanların 12%-i bu preparatların tələb olunandan daha az miqdarda olduğunu bildimişdir.



Opiat qrupundan olan narkotik analgetiklərin xəstəxanada/tibb müəssisəsində istifadəsində hansısa çətinliklər varmı?		
	Say	**Faiz**
Həmin preparatlar məhdud qaydada verilir	20	35%
Xəstəxanada onların miqdarı tələb olunandan az olur	7	12%
Əsasən xərçəng xəstələrinə verilir	31	53%

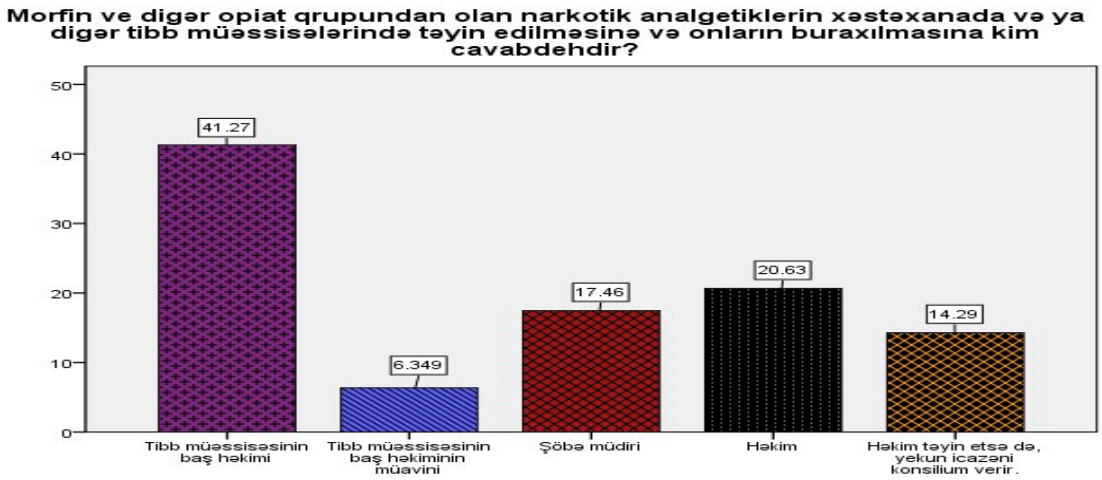
Xəstəxanalarda və poliklinikalarda terminal mərhələdə olan xəstələrdə ağrının tənzimlənməsi üçün real praktikada daha çox hansı analgetiklərdən istifadə edildiyi tibb işçilərindən soruşulub. Suala cavab olaraq, respondentlərin 38.7%-i tramadol, 28%-i diklofenak, 16-i omnopon və 12%-i morfinə üstünlük verdiyini qeyd edib.

Göründüyü kimi, həkimlərin böyük əksəriyyəti terminal xəstəliyi olanlarda ağrının tənzimlənməsi üçün daha çox (56%) QSİƏP və asetamenofendən istifadəyə üstünlük verir.



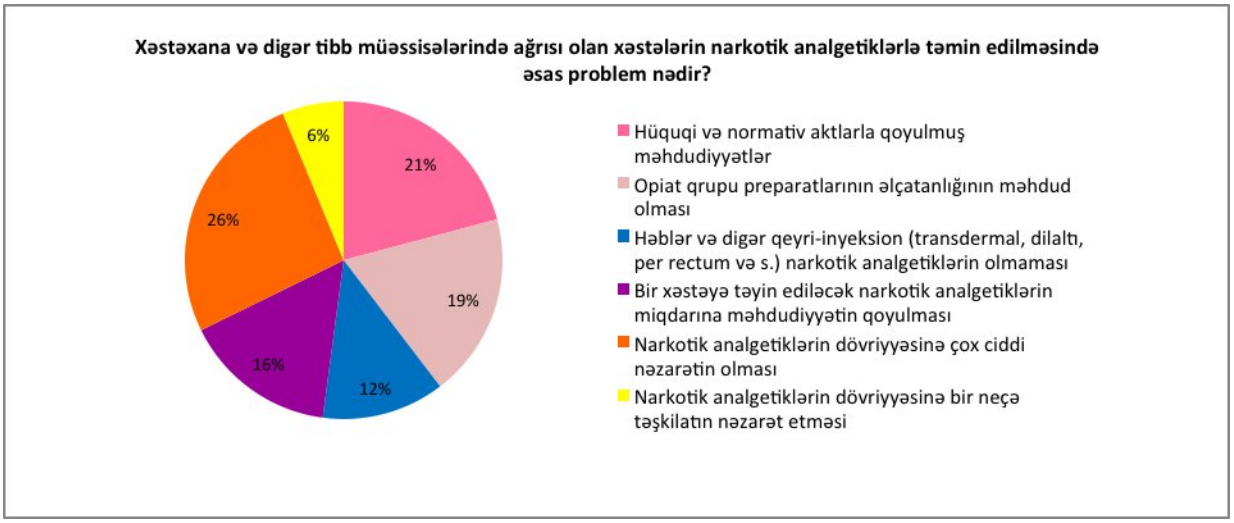
Fokus qrup müzakirələrindən müəyyən edilib ki, narkotik analgetiklərin təyin edilməsi əslində ciddi nəzarət altındadır. Narkotik analgetiklər yalnız həkimin resepti ilə və yalnız göstərişi olan xəstələrə təyin edilir. Narkotik analgetiklərin verilməsi uyğun sayılan xəstəliklər və ya klinik hallara gəlincə isə, bunların konkret bir siyahısının olmadığı müəyyən edilib. Bununla yanaşı tibb işçiləri tərəfindən xəstəxanada narkotik preparatların istifadəsinə dair daxili təlimat qaydalarının olduğunu vurğulasalar da, bu təlimatlarda narkotik preparatların təyin edilməsinə dəqiq göstərişlər, onların təyin olunmadı müddəti və dozası, narkotik preparatlarla müalicə alan xəstələrin davamlı təqibi və s. bu kimi vacib məsələlərin təsvir edilmədiyi müəyyən edilib.

Tibb müəssisələrində çalışan respondentlərin 41.2%-nin dediyinə görə narkotik preparatların saxlanması və buraxılmasına bir başa nəzarəti tibb müəssisəsinin baş həkimi həyata keçirir. Bununla yanaşı respondentlərin 20.6%-i buna cavabdeh şəxs kimi şöbə müdiri və 17.4%-i – həkimin özünün olduğunu vurğulayıb.



Narkotik analgetiklərin xəstələrə təyin edilməsinə əsas əngəlləri və ya problemləri müəyyən etmək üçün tibb mütəxəssislərinə müvafiq sual verilmişdir. Onların 19%-i hesab edir ki, əsas problem narkotik analgetiklərinin əlçatan olmamasıdır. Bununla yanaşı, respondentlərin 26%-i düşünür ki, bu ilk növbədə narkotik analgetiklərin dövriyyəsinə çox ciddi nəzarətin mövcudluğundan və 21%-i hesab

edir ki, mövcud normativ hüquqi aktlarda narkotik analgetiklərin istifadəsinə məhdudiyyətlər vardır. Maraqlıdır ki, ölkədə həb şəklində yalnız bir narkotik analgetikin (tramadol) olmasına baxmayaraq, həkimlərin yalnız 12%-i narkotik analgetiklərin həb və digər qeyri-inyeksion (transdermal, dilaltı və s.) formalarının olmamasını problem kimi vurğulayıb.



ÜMUMİLƏŞDİRMƏ.

İlk addımların hələ 2007-2009-cu illərdə atılmasına baxmayaraq, Azərbaycanda palliativ qayğı xidmətlərinin yaradılması və inkişafı istiqamətində ciddi irəliləyiş əldə edilməyib. Qonşu ölkələrin əksəriyyətində, o cümlədən, Gürcüstan, İran İslam Respublikası, Rusiya Federasiyası, Türkiyə Cümhuriyyəti, Qazaxstan və Qırğıstanda da palliativ qayğı mərkəzləri və hospislər artıq bir neçə ildir fəaliyyət göstərməsinə baxmayaraq, Azərbaycanda hələ də münbit qanunvericilik və normativ-hüquqi baza yaradılmayıbdır. De-fakto bir çox tibb müəssisələri tərəfindən ölümə yaxın olan və ya terminal xəstəliyi olan pasiyentlərə palliativ qayğıya bənzər xidmətlərin göstərildiyinə baxmayaraq, onlar pərakəndə və sistemsiz şəkildə göstərilir və həm əhatəliyi, həm də xidmətlərin keyfiyyəti və çeşidi çox aşağıdır.

Palliativ qayğı xidmətlərinə böyük ehtiyacın olmasına baxmayaraq, aşağıdakı məsələlər onun inkişafını əlgəlləyir:

1. Palliativ qayğı və hospis xidmətlərinin yaradılması və inkişaf etdirilməsi həm QİX-lə mübarizə üzrə Strategiya və SN-nin Strateji planında sadəcə qeyd edilsə də, bir başa palliativ xidmətlərin qurulması üçün tədbirlər planı və ya milli strategiya və ya dövlət proqramı mövcud deyil.
2. Palliativ qayğı və hospisin çox dar çərçivədə başa düşülməsi. Belə ki, hazırda palliative qayğı və hospis xidmətləri tək onkoloji xəstələrə deyil, terminal xəstəliyi olan və ya ölümə yaxın olan xəstələrə (Alzeymer demensiyası, İİV/QİÇS, qaraciyər və ürək çatışmazlığı, pediatrik xəstələrə və s.) də göstərilir. Bu isə həmin sahələrdə müvafiq mütəxəssislərin olmasını və palliative xidmətlərin çeşidi və əhatəliyinin genişləndirilməsini tələb edir.
3. Palliativ qayğı və hospis üzrə beynəlxalq standartlar və klinik protokolların olmasına baxmayraq, Azərbaycanda bu sahədə əhəmiyyətli iş görülməyibdir. Hətta de-fakto palliativ xidmətlərə ehtiyacı olan xəstələrə göstərilən qayğı şəhərdən şəhərə və tibb ocaqları arasında ciddi fərqlənir.
4. Palliativ qayğı ilə bağlı ilk tədris vəsaiti 7 il bundan əvvəl hazırlanmış olsa da, yeni dərsliklər və kitablar nəşr edilməmişdir. Qeyd edilmiş tədris vəsaiti əsasında dərslər yalnız ATU-da onkologiya kafedrasında tədris alan tibb tələbələri üçün keçirilir. Müvafiq tədris proqramı və dərslər nə ADHTİ, nə də tibb texnikumları səviyyəsində keçirilmir. BDU-də social işçilərin hazırlanması zamanı palliativ qayğı və hospis məsələləri səthi və məhdud həcmdə olsa da araşdırılır və tədris edilir.
5. Palliativ qayğı və hospis xidmətlərinin göstərilməsi mexanizmləri inkişaf etdirilməyib. Halbuki, 8-10 il əvvəl Bakı və Sumqayıtda həm evdə, həm də stasionar şəraitdə və poliklinikada bu kimi xidmətlər sınaqdan keçirilmişdir.
6. Palliativ və hospis xidmətlərinin yaradılması üçün tələb olunan xərclər hesablanmamışdır. Bura həm texniki, həm insan resursları ilə bağlı xərclər daxildir.
7. Təxminən 10 ildən çoxdur palliativ qayğı ilə bağlı ölkədə işin aparılmasına baxmayaraq, əhalinin mühüm bir hissəsi hələ də bu xidmətlərin nə olduğu və nəyə xidmət etdiyi barədə dəqiq biliyə və məlumata malik deyil.
8. Tibb işçilərinin də palliativ qayğı xidmətləri barədə məlumatlığı aşağı səviyyədədir.
9. Həyatın sonunda olan xəstələr, xüsusilə də, onkoloji və QİÇS xəstələrinin keçirdikləri xronik ağrının ciddiliyi və onların həyat keyfiyyətinə təsiri tibb işçiləri tərəfindən çox vaxt tanınmır, qəbul edilmir və nəticədə düzgün tənzimlənmir.

Tövsiyyələr

Bu qiymətləndirmənin yekun tövsiyyəsi ondan ibarətdir ki, Azərbaycan hökuməti bu imkandan istifadə edərək, de-fakto mövcud palliativ qayğı xidmətlərini genişləndirə və palliativ qulluğu milli səhiyyə sisteminin və icbari tibbi sığorta sisteminin ayrılmaz komponenti kimi və vətəndaşların sağlamlığa olan hüququ olduğunu tanıya bilər. Hazırkı xidmətlərin pərakəndə və məhdud olmasına baxmayaraq, onlar akademik mühitdəki resurs və xidmətləri ev, icma, poliklinika və xəstəxana sahələri ilə birləşdirməklə milli palliativ qayğı proqramının qurulmasında əsas ola bilər.
Aşağıdakı tövsiyyələr bu məqsədə çatmaq üçün birbaşa yol göstərə bilər. Bu tövsiyyələrin bir qisminin həyata keçirilməsi maliyyə və insan resurslarından asılı olmasına baxmayaraq, digər bir çox fəaliyyətlərin həyata keçirilməsi heç bir ciddi maliyyə və texniki sərmayələr tələb etmir.

Ümumi tövsiyyələr

- Azərbaycanda palliativ qayğı sisteminin inkişafını planlaşdırmaq və bu məqsədlə **Milli Palliativ Qulluq üzrə İşçi Qrup** yaratmaq. Palliativ qayğının aşağıdakı sahələri üzrə müvafiq strategiya və digər normativ sənədləri işləyib hazırlamaq.

<u>Palliativ qayğı sistemi və xidmətlərinin yaradılması</u>
- Milli palliativ qayğı üzrə strategiya
- Palliativ qayğının yaradılması və inkişaf etdirilməsi üzrə Tədbirlər Planı
- Palliativ qayğı məsələlərinin milli qanunvericilikdə əks etdirilməsi məqsədilə milli qanunvericiliyin təhlilini aparmaq və müvafiq əlavələr və ya dəyişikliklər təklif etmək
- Palliativ qayğı xidmətlərinin sınaqdan keçirilməsi və xüsusi tədris-təcrübə mərkəzinin yaradılması məqsədilə Bakı şəhərinin iri xəstəxanalarının birində pilot 5 çarpayılı Palliativ Qayğı Şöbəsi və böyüklər üçün poliklinika və ərazi üzrə təcili tibbi yardım xidməti ilə müvafiq əməkdaşlıq qurmaq.

<u>Maliyyə</u>
- Palliativ qayğı xidmətlərinin göstərilməsi üçün stasionar, poliklinika və ev şəraitində xəstələrə qayğı üzrə standartlar və meyarların tərtib etmək və xərcləri hesablamaq.

<u>Təhsil/Təlim</u>
- ATU nəzdində tədric edilən palliativ qayğı dərslərinin əhatəliyini genişləndirmək, ADHTİ və 2 saylı Baza Tibb Texnikumu nəzdində ixtisaslaşmış pallitiv qayğı üzrə təkmilləşdirmə kurslarının yaradılmasını təmin etmək.
- Palliativ qayğı məsələlərini rezidentura və magistr təhsil səviyyələrinə inteqrasiya etmək

<u>Xidmət göstərilməsi</u>
- Palliativ qayğı xidmətlərinin göstərilməsi üçün stasionar, poliklinika və ev şəraitində xəstələrə qayğı üzrə protokollar və alqoritmləri tərtib etmək.
- Keyfiyyətli palliativ qayğı xidmətlərinin göstərilməsinə təminat üçün monitorinq və qiymətləndirmə strategiyalarını yaratmaq

<u>Dərmanların istifadəsinin mümkünlüyü</u>
- Palliativ və hospis qayğısında olan xəstələr arasında xronik ağrının idarə edilməsində baha olmayan per os narkotik analgetiklərin əlçatanlığını və düzgün istifadəsini təmin etmək

- Narkotik analgetiklər, habelə opiatların artıq dozalanması zamanı istifadə edilən nalokson preparatlarının istehsalı, idxalı, təyin edilməsi və reseptlərin yazılması məsələlərini tənzimləyən müvafiq qanun və normatik hüquqi aktları təkmilləşdirmək.

BİBLİOQRAFİYA.

1. Worldwide palliative care alliance. The need. http://www.thewpca.org/about-hospice-and-palliative-care/the-need/ (Accessed on September 08, 2015).
2. World Health Organization. Health statistics and information systems. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/ (Accessed on September 08, 2014).
3. World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life. http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/ (Accessed on September 08, 2014).
4. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. J Pain Symptom Manage 2013; 45:1094.
5. Medicine AfP. Commissioning guidance for specialist palliative Care. London: Association for Palliative Medicine, 2012.
6. Palliative Care Australia. Standards for providing quality palliative care for all Australians. www.palliativecare.org.au/ Portals/46/Standards (Accessed on September 08, 2014).
7. Seya MJ, Gelders SF, Achara OU, et al. A first comparison between the consumption of and the need for opioid analgesics at country, regional, and global levels. J Pain Palliat Care Pharmacother 2011; 25:6.
8. AITKEN-SWAN J, PATERSON R. The cancer patient: delay in seeking advice. Br Med J 1955; 1:623.
9. Abrams RD. Social casework with cancer patients. Soc Casework 1951; 52:425.
10. Abrams R, Jameson G, Poehlman M, Snyder S. Terminal Care in Cancer — A Study of Two Hundred Patients Attending Boston Clinics. N Engl J Med 1945; 232:719.
11. The deadly truth. A history of disease in America, Grob GN (Ed), Harvard University Press, Cambridge, MA 2002.
12. National Council for Palliative Care. The distinctive characteristics of cancer., The National Council for Palliative Care, London 2006.
13. Mount B. The Royal Victoria Hospital Palliative Care Service: a Canadian experience. In: Hospice care on the international scene, Saunders C, Kastenbaum R (Eds), Springer, New York 1997.
14. Clark D. The development of palliative medicine in the UK and Ireland. In: Textbook of palliative medicine, Bruera E, Higginson I, Ripamonti C, von Gunten C (Eds), Hodder Arnold, London 2006. p.3.
15. Recommendations on palliative care (24) http://www.eapcnet.eu/Themes/Policy/Europeaninstitutions/CouncilofEurope/COE_Recommend.aspx (Accessed on October 29, 2014).
16. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013 - Full edition. http://dspace.unav.es/dspace/handle/10171/29291?locale=en (Accessed on September 08, 2014).
17. Scottish Palliative Care Guidelines. http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/ (Accessed on January 26, 2016).
18. Atlas of palliative care in Latin America. http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/12/Atlas%20of%20Palliative%20Care%20in%20Latin%20America.pdf (Accessed on September 08, 2014).

19. Hunt RW, Fazekas BS, Luke CG, et al. The coverage of cancer patients by designated palliative services: a population-based study, South Australia, 1999. Palliat Med 2002; 16:403.
20. Chung Y. Palliative care in Korea: a nursing point of view. Prog Palliat Care 1999; 8:12.
21. Kumar S. Models of delivering palliative and end-of-life care in India. Curr Opin Support Palliat Care 2013; 7:216.
22. Morris K. Cancer? In Africa? Lancet Oncol 2003; 4:5.
23. Wright M, Clark D. Hospice and palliative care development in Africa. A review of developments and challenges, Oxford University Press, Oxford 2006.
24. Harding R, Stewart K, Marconi K, et al. Current HIV/AIDS end-of-life care in sub-Saharan Africa: a survey of models, services, challenges and priorities. BMC Public Health 2003; 3:33.
25. Sepulveda C, Habiyambere V, Amandua J, et al. Quality care at the end of life in Africa. BMJ 2003; 327:209.
26. Sixty-seventh World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf (Accessed on January 26, 2016).
27. Knapp C, Woodworth L, Wright M, et al. Pediatric palliative care provision around the world: a systematic review. Pediatr Blood Cancer 2011; 57:361.
28. The Quality of Death: Ranking end-of-life care across the world. www.eiu.com/sponsor/lienfoundation/qualityofdeath (Accessed on September 08, 2014).
29. Mosoiu D, Ryan KM, Joranson DE, Garthwaite JP. Reform of drug control policy for palliative care in Romania. Lancet 2006; 367:2110.
30. ÜST-ün Palliativ Qulluq tərifi. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
31. Merkadent, S: Nat Clin Pract Oncol. 2007; 4(3):138-139.
32. Həyatın Sonunda Qayğı üzrə Beynəlxalq Müşahidə. http://www.eolc-observatory.net/global_analysis/azerbaijan.htm
33. ÜST Səhiyyə Sisteminin Göstəriciləri. http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHAZE/20050131_3
34. Health Care Systems in Transition: Azerbaijan. Holley, Akhundov, Nolte et al.
35. http://www.euro.who.int/document/E84991.pdf Keçid Dövründə Səhiyyə Sistemləri – Azərbaycan (2004)
36. BMT AIDS Ölkə Hesabatı-Azərbaycan. http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/azerbaijan.asp
37. ÜST Avropa Regional Ofisi: Farmasevtika/Azərbaycan http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overview/20020430_8
38. Ağrı və Siyasətləri Beynəlxalq Araşdırma Qrupu; Wisconsin Universiteti, ABŞ. http://www.painpolicy.wisc.edu/
39. International Pain and Policies Study Group; University of Wisconsin, USA. http://www.painpolicy.wisc.edu/
40. Stjernsward J; Doyle, D. və başqalarında, Oksford Paliativ Qulluq Dərsliyi, Oxford Univ. Press 2005.
41. Hiqqins I. London Paliativ Qulluq Regional Siyasəti: Ehtiyaclar, Təcrübə və Gələcək Strategiyalar. NCHSPC 2003
42. Moiseau, Daniela M.D. Moldovada Paliativ Qulluq üzrəEhtiyacların Qiymətləndirilməsi/Açıq Cəmiyyət İnstitutunun tapşırığı iləAraşdırma Hesabatı

43. Moiseau, Daniela M.D. Palliative Care Needs Assessment in the Country of Moldova/ Study Report Commissioned by the Open Society Institute.
44. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə, HIV/AIDS və Xərçəngə dair Qanunları (azərbaycan dilində)
45. Azərbaycan rəqəmlərdə: Statistik məlumat və ümumi səhiyyə http://www.azstat.org/publications/azfigures/2006/en/004.shtml
46. Azərbaycan Respublikası Qanunu: Azərbaycan Respublikası ərazisində dövriyyəsi qadağan edilmiş, məhdudlaşdırılmış və nəzarət edilən narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və prekursorların siyahıların təsdiq edilməsi haqqında.
47. Həyatın Sonunda Qayğı üzrə Beynəlxalq Müşahidə: Azərbaycan Ölkə üzrə Hesabat; Palliativ Qulluq Xidmətinin Təminatı: http://www.eolc-observatory.net
48. BMT AIDS/DST Epidemioloji Fakt Cədvəli – 2004
49. Azerbaijan International “Həmin qorxulu söz: azərbaycanlıların xərçəngə münasibəti” C. Əliyev, Onkoloji Mərkəzin direktoru; 1995
50. Azərbaycan Milli Mərkəzinin AIDS-ə cavab reaksiyası 2000 http://www.aids.mednet.az/center/hivaidsce.htm
51. Azərbaycanda Səhiyyə/HIV/AIDS http://www.unicef.org/infobycountry/azerbaijan_statistics.html
52. Azərbaycan üzrə HIV/AIDS, Malariya, vərəmə dair statistika: http://www.mednet.az/
53. Azərbaycanda qadınlar arasında HIV/AIDS http://www.engenderhealth.org/ia/cbc/azerbaijan
54. Dünya Fakt Kitabı Azərbaycan
55. DST Avropa: Azərbaycanda səhiyyə xüsusiyyətləri 2005: http://www.euro.who.int/document/E88388.pdf
56. Səhiyyə Sistemi və Siyasətləri üzrə Avropa Müşahidəsi “Keçid Dövründə Səhiyyə Sistemləri-Azərbaycan” (2004). http://www.euro.who.int/document/E84991.pdf
57. DST Səhiyyə Qanunvericiliyinin Beynəlxalq Toplusu. http://www3.who.int/idhl-rils/frame.cfm?language=english
58. Beynəlxalq Narkotika Nəzarət Şurasının İllik Hesabatı. http://www.incb.org/incb/annual_report_2005.html
59. BMT AIDS Regional Hesabatı: Azerbaijan. http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/azerbaijan.asp