



UOT: 616-08

Palliativ tibbi xidmət kompleks müalicənin komponenti kimi və onun təşkilinin xüsusiyyətləri

Y.H. Hacıyeva, K.Ə. Babayev, G.B. Babayeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, İctimai sağlamlıq və səhiyyənin təşkili kafedrası

Müəllifin elektron poçt ünvanı: yaqut.hacizade@mail.ru

Açar sözlər: palliativ tibbi xidmət, kompleks müalicə, total ağrı, multidissiplinar komanda, biopsixososial model, həyat keyfiyyəti

Ключевые слова: паллиативная помощь, комплексное лечение, тотальная боль, междисциплинарная команда, биопсихосоциальная модель, качество жизни

Keywords: palliative care, complex treatment, total pain, multidisciplinary team, biopsychosocial model, quality of life

Müasir səhiyyə sistemində palliativ tibbi xidmətin əhəmiyyəti getdikcə daha da artır. Xronik və sağalmaz xəstəliklərin geniş yayılması, əhali tərkibində yaşlıların payının yüksəlməsi, onkoloji və neyrodegenerativ xəstəliklərin çoxalması pasiyentlərin yalnız bioloji müalicəyə deyil, həm də emosional, sosial və mənəvi dəstəyə ciddi tələbatın olduğunu ortaya qoyur. Ənənəvi tibb modeli əsasən xəstəliyin fizioloji aspektlərini hədəflədiyi halda, palliativ yanaşma insanın bütün varlığını əhatə edən geniş çərçivəyə əsaslanır. Bu xidmət xəstənin və onun ailəsinin həyat keyfiyyətinin yüksəldilməsinə yönəlmiş kompleks və çoxprofilli dəstək sistemi olmaqla yanaşı, humanist dəyərləri, etik prinsipləri və multidissiplinar əməkdaşlığı özündə birləşdirir [1].

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının tərifinə əsasən palliativ xidmət ağrı, fiziki narahatlıq, psixososial gərginlik və emosional problemlərin erkən aşkarlanması və yüngülləşdirilməsi yolu ilə həyatı təhlükə yaradan xəstəliklə üzləşən insanların həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmağı hədəfləyən yanaşmadır. Bu baxımdan palliativ tibbi xidmət təkcə terminal mərhələyə yönəlmiş “ölümqabağı yardım” deyil, xəstəliyin istənilən mərhələsində tətbiq oluna bilən və kompleks müalicəni tamamlayan fundamental səhiyyə istiqamətidir. Xəstənin bir insan kimi fiziki, psixoloji və mənəvi bütövlüyünün qorunması palliativ yardımın əsas məqsədlərindəndir və bu, müasir tibbi-etiki konsepsiyalara tam uyğun gəlir [2].

Azərbaycan reallığı da bu ehtiyacın aktuallığını təsdiqləyir. Yerli tədqiqatlar göstərir ki, əhali arasında palliativ xidmət barədə məlumatlılıq kifayət qədər yüksək deyil, xidmət strukturları isə hələ tam institusional səviyyədə formalaşmayıb. Nəticədə bir çox pasiyentlər palliativ yardıma yalnız xəstəliyin son mərhələsində müraciət edir, ailələr isə psixoloji, sosial və iqtisadi baxımdan ciddi yük altında qalırlar. Palliativ xidmətin kompleks müalicəyə erkən mərhələdən inteqrasiyası xəstənin emosional sabitliyini artırır, simptomlara nəzarəti asanlaşdırır, ailə münasibətlərini qoruyur və ümumilikdə səhiyyə sisteminin səmərəliliyini yüksəldir [3].

Bu məqalənin məqsədi palliativ tibbi xidmətin elmi-nəzəri əsaslarını, onun sosial, psixoloji və etik ölçülərini, həmçinin kompleks müalicə prosesində rolunu geniş şəkildə araşdırmaqdır. Bu istiqamətdə biopsixososial model, total ağrı konsepsiyası, sistemlər yanaşması və humanist psixologiya kimi nəzəri çərçivələr təhlil olunur. Eyni zamanda palliativ xidmətin beynəlxalq inkişaf mərhələləri, multidissiplinar komanda strukturu və təşkilati modelləri elmi ədəbiyyat və mövcud təcrübələr əsasında qiymətləndirilir. Azərbaycan kontekstində aparılan araşdırmaların nəticələri əsasında palliativ xidmətin mövcud vəziyyəti, problemləri və inkişaf ehtiyacları öyrənilir, milli səviyyədə tətbiq oluna biləcək optimal təşkilati modellər müəyyənləşdirilir.

Palliativ tibbi xidmətin anlayışı və elmi-nəzəri əsasları. Palliativ tibbi xidmət müasir səhiyyə sisteminin humanist yönümlü sahələrindən biri kimi formalaşmış və insanların həyat keyfiyyətinin qorunmasını əsas hədəf kimi qəbul edən kompleks yardım modelidir. Onun mahiyyəti xəstəliyin sağaldılmasından daha çox, xəstəliklə yaşamağı asanlaşdırmaq, əzab-əziyyəti azaltmaq və insanın fiziki, emosional, sosial və mənəvi bütövlüyünü təmin etmək üzərində qurulur. Bu xidmət, xüsusilə sağalmaz, proqressiv və ağır xroniki xəstəliklərlə yaşayan insanlarda ağrının, narahatlığın və psixososial gərginliyin



azaldılması üçün nəzərdə tutulmuş çoxsahəli yanaşmadır [4]. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı palliativ qayğını “ağrı və digər problemlərin erkən aşkarlanması, düzgün qiymətləndirilməsi və müalicəsi yolu ilə həyatı təhlükə yaradan xəstəliklə üzləşən şəxslərin və ailələrinin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasına yönəlmiş kompleks fəaliyyət” kimi izah edir. Bu tərifdən də göründüyü kimi, palliativ yardım yalnız tibbi prosedurlardan ibarət deyil, həm də insanın bütün həyatını nəzərə alındığı geniş fəlsəfi konsepsiyadır [5].

Palliativ tibbi xidmətin elmi-nəzəri bazası ilk növbədə biopsixososial model üzərində qurulur. Bu modelə görə xəstəliyin təsiri yalnız bədənlə məhdudlaşmır, insanın emosional həyatına, sosial münasibətlərinə və mənəvi dünyasına da sirayət edir. Beləliklə, palliativ yanaşmada ağrı yalnız fiziki fenomen kimi deyil, çoxqatlı proses kimi qiymətləndirilir. Bu baxışın əsasını məşhur ingilis həkimi Cicely Saunders tərəfindən irəli sürülmüş “total ağrı” konsepsiyası təşkil edir. Saundersə görə, xəstənin hiss etdiyi ağrı bədən, ruh, düşüncə və sosial məkanda baş verən eyni vaxtlı pozuntuların cəmini əks etdirir. Bu yanaşma palliativ xidmətin niyə multidissiplinar olmasının nəzəri əsasını yaradır: fiziki simptomları həkim, emosional problemləri psixoloq, sosial ehtiyacları sosial işçi, mənəvi narahatlığı mənəvi vir aradan qaldırır və bütün bu proses koordinasiya şəkildə həyata keçirilir [6].

Palliativ xidmətin elmi əsaslarını təşkil edən digər mühüm istiqamət sistemlər nəzəriyyəsidir. Bu nəzəriyyəyə görə insan təkcə fərd olaraq deyil, ailə, icma və səhiyyə sistemi kimi geniş sosial strukturların ayrılmaz hissəsi kimi mövcuddur. Xəstəlik bu sistemlərin birində pozuntu yaratdıqda digərlərinə də təsir edir və palliativ xidmətin məqsədi yalnız xəstənin deyil, onun ailəsinin emosional və sosial sabitliyini də bərpa etməkdir. Bu səbəbdən palliativ yardım “yalnız xəstəyə qulluq” deyil, “ailəvi və icma yönümlü qayğı” kimi dəyərləndirilir. Xəstənin fiziki vəziyyəti ailənin psixoloji vəziyyətinə, ailənin psixoloji sabitliyi isə xəstənin emosional gücünə təsir edir. Bu qarşılıqlı təsirlər sistemi palliativ yanaşmanın ekoloji və sosial xarakterini daha da gücləndirir [7].

Palliativ xidmətin nəzəri əsaslarının formalaşmasında humanist psixologiya, xüsusilə Maslow və Rogersin ideyaları da mühüm yer tutur. Maslowun ehtiyaclar iyerarxiyasına görə insan yalnız fizioloji və təhlükəsizlik ehtiyacları qarşılandıqdan sonra emosional və mənəvi sabitliyə keçə bilər. Palliativ xidmət məhz bu ardıcılığı təmin edərək əvvəlcə ağrı, nəfəs darlığı, narahatlıq kimi fiziki problemləri aradan qaldırır, daha sonra emosional gərginliyi, sosial təcridi və mənəvi boşluğu doldurmağa çalışır. Humanist yanaşmanın mahiyyəti ondan ibarətdir ki, palliativ xəstələrə yalnız pasiyent kimi deyil, öz həyatının mənasını axtaran, qərar vermək hüququ olan şəxs kimi yanaşılır. Xəstənin müalicə planında iştirak etməsi, öz dəyərlərinə uyğun seçimlər edə bilməsi palliativ təbabətin etik prinsiplərinin təməlini təşkil edir.

Palliativ tibbi xidmətin elmi-nəzəri əsasları həmçinin etik kateqoriyalarla sıx bağlıdır. Xeyirxahlıq, zərər verməmək, ədalət və xəstənin avtonomiyasına hörmət palliativ tibbin hər addımında rəhbər prinsip kimi çıxış edir. Burada məqsəd ölümün qarşısını almaq deyil, insanın qalan ömrünü mənalı və ləyaqətli yaşamasını təmin etməkdir. Bu etika çərçivəsi palliativ xidmətin mahiyyətini “sağaltmaq mümkün olmadıqda belə, qayğı göstərmək mümkündür” prinsipi ilə ifadə edir [8].

Nəticə etibarilə, palliativ tibbi xidmətin elmi-nəzəri əsasları biomedicina ilə psixologiya, sosial iş, fəlsəfə və etik dəyərlərin kəsişməsində formalaşmış geniş və kompleks yanaşmadır. Bu xidmətin mahiyyəti insanı xəstəlik daşıyıcısı kimi deyil, fiziki, emosional, sosial və mənəvi varlıq kimi görməyə əsaslanır. Məhz bu integrativ yanaşma palliativ tibbi xidmətin müasir səhiyyədə niyə unikal və əvəzolunmaz sahə olduğunu müəyyənləşdirir.

“Total ağrı” konsepsiyası və biopsixososial modelin palliativ xidmətdə rolu. Palliativ tibbi xidmətin nəzəri və praktik əsaslarını formalaşdıran ən mühüm anlayışlardan biri “total ağrı” (total pain) konsepsiyasıdır. Bu anlayış ilk dəfə XX əsrin ortalarında hospis hərəkətinin banisi Cicely Saunders tərəfindən irəli sürülmüş və palliativ təbabətin mahiyyətini köklü şəkildə dəyişdirmişdir. Saundersin fikrincə, xəstənin hiss etdiyi ağrı yalnız fiziki narahatlıqla məhdudlaşmır; ağrı insanın emosional vəziyyətindən, sosial münasibətlərindən və mənəvi dünyasından qidalanan çoxölçülü bir fenomendir. Ona görə də xəstənin əzabının aradan qaldırılması yalnız analgetik müdaxilələrlə mümkün deyil – fiziki, psixoloji, sosial və mənəvi komponentlər eyni anda nəzərə alınmalıdır. Bu kompleks fəlsəfi yanaşma palliativ xidmətin niyə çoxpeşəli, multidissiplinar komanda tərəfindən həyata keçirilməli olduğunu elmi baxımdan əsaslandırır [9].

Total ağrının fiziki komponenti xəstəliyin yaratdığı simptomlarla – ağrı, nəfəs darlığı, zəiflik, yuxusuzluq, ürəkbulanma, iştahsızlıq və s. ilə əlaqədardır. Bu komponent ənənəvi tibbin əsas hədəflərindən biri olsa da, palliativ xidmət onu təkbaşına yetərli hesab etmir. Fiziki narahatlığın yüngülləşdirilməsi xəstənin digər ağrı qatlarının müalicəsi üçün başlanğıc nöqtədir.

Psixoloji ağrı xəstənin xəstəliklə bağlı yaşadığı qorxu, narahatlıq, depressiya, ümitsizlik, qəzəb və itki hissləri ilə bağlıdır. Xəstə sağalmaz xəstəliklə üzləşdiyi zaman ağır emosional yüklə qarşılaşır ki, bu da fiziki



ağrını gücləndirə, narahatlığı artıraraq ağrıya qarşı dözümsüzlüyü yüksəldə bilər. Psixoloji ağrının tanınması palliativ xidmətin empatik və emosional yönünü gücləndirir [10].

Sosial ağrı xəstənin ailə münasibətlərinin dəyişməsi, sosial təcrid, iş qabiliyyətinin itməsi, iqtisadi çətinliklər və sosial rolunun zəifləməsi ilə bağlıdır. Sağalmaz xəstəlik zamanı ailə üzvlərinin üzərinə düşən məsuliyyətin artması, baxıcıların tükənmə riski və sosial dayaq sistemlərinin dağılması xəstənin narahatlığına ciddi təsir göstərir. Palliativ xidmət sosial işin metodlarını tətbiq edərək bu yükü azaltmağı hədəfləyir [11].

Mənəvi və eksistensial ağrı isə xəstənin həyatın sonu, ölüm, həyatın mənası, günahkarlıq, dəyərlərin itirilməsi və ruhani boşluq kimi suallarla qarşılaşmasından yaranır. Bu mərhələdə xəstə yalnız bədəninin zəifləməsi ilə deyil, həm də kimliyinin sarsılması ilə üzləşir. Palliativ xidmətdə mənəvi müşavir, psixoloq və bəzən din xadiminin iştirakı məhz bu narahatlıqları yüngülləşdirməyə xidmət edir.

Saundersin total ağrı konsepsiyası palliativ xidmətin nəzəri bazasını müəyyən etsə də, bu konsepsiyanın elmi izahını biopsixososial model daha da möhkəmləndirir. George Engel tərəfindən təklif olunan bu modelə görə, insan sağlamlığı bioloji, psixoloji və sosial amillərin qarşılıqlı təsiri ilə formalaşır. Bu model palliativ təbabətdə total ağrı nəzəriyyəsinin elmi təməlini təşkil edir və palliativ xidmətin niyə təkcə bioloji deyil, emosional və sosial sahələri də əhatə etməli olduğunu izah edir [12].

Biopsixososial model çərçivəsində palliativ xidmət xəstəni “fərd olaraq xəstə” deyil, “çoxqatlı sistemlərin bir hissəsi olan insan” kimi qiymətləndirir. Beləliklə, xəstənin vəziyyəti təkcə tibbi göstəricilərə əsasən deyil, ailə münasibətləri, sosial dayaq, mədəni kontekst və emosional vəziyyətlə birlikdə təhlil edilir. Bu yanaşma xəstəni yalnız klinik göstəricilər əsasında dəyərləndirən ənənəvi modeldən prinsipial şəkildə fərqlənir. Burada məqsəd xəstəliyin gedişatını dəyişmək deyil, xəstənin həmin gedişatla yaşamasını daha rahat və mənalı etməkdir.

Biopsixososial model həm də palliativ xidmətin struktur təşkilini formalaşdırır. Bu yanaşma göstərir ki, xəstə fiziki ağrı keçirdikdə, ailədə emosional gərginlik artır, bu gərginlik isə xəstənin psixoloji vəziyyətini ağırlaşdıraraq fiziki simptomları daha da gücləndirir. Sosial təcrid xəstənin ümidini azaldır, mənəvi boşluq isə fiziki ağrının dözülməzliyini artırır. Yəni total ağrı komponentləri arasında güclü qarşılıqlı təsir vardır. Palliativ xidmətin multidissiplinar komanda modeli məhz bu qarşılıqlı təsirin idarə edilməsinə yönəlmişdir [13].

Nəticə etibarilə, total ağrı konsepsiyası və biopsixososial model palliativ tibbi xidmətin elmi-nəzəri təməlini təşkil edir. Bu iki konsepsiya palliativ yanaşmanın niyə təkcə tibbi prosedurlardan ibarət olmadığını, niyə xəstənin bütün varlığına yönəldiyini və niyə multidissiplinar əməkdaşlıq tələb etdiyini aydın şəkildə göstərir. Beləliklə, palliativ xidmətin əsas məqsədi yalnız ağrını azaltmaq deyil, ağrının bütün qatlarına toxunan kompleks bir həyat dəstəyi yaratmaqdan ibarətdir.

Palliativ xidmətin beynəlxalq standartları və konseptual çərçivəsi. Palliativ tibbi xidmətin müasir inkişaf mərhələsinə çatmasında beynəlxalq təşkilatların – xüsusən Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST), Avropa Palliativ Qulluq Assosiasiyasının (EAPC) və Amerika Palliativ Tibb Akademiyasının (AAHPM) – mühüm rolu olmuşdur. Bu qurumların qəbul etdiyi standartlar palliativ xidmətin yalnız tibbi fəaliyyət sahəsi deyil, həm də etik, sosial və strateji səhiyyə siyasəti kimi inkişaf etməsinə şərait yaratmışdır. Bütün bu sənədlər palliativ xidmətin mahiyyətini, funksional çərçivəsini, multidissiplinar strukturunu və keyfiyyət prinsiplərini müəyyən etməklə dünya ölkələrində vahid yanaşmanın formalaşmasına imkan verir.

ÜST-nin palliativ qayğıya dair 2002 və 2014-cü illər üçün yenilənmiş konseptual çərçivəsi palliativ xidmətin universal səhiyyə əhatəliliyinin əsas komponenti olduğunu vurğulayır. Bu sənədlərdə palliativ xidmət xəstəliyin yalnız terminal mərhələsində deyil, diaqnoz qoyulduğu andan tətbiq olunmalı olan uzunmüddətli və dinamik proses kimi təsvir edilir. ÜST standartlarına görə palliativ xidmətin əsas məqsədi xəstənin həyatını uzatmaq deyil, onun qalan həyatını keyfiyyətli, ləyaqətli və mənalı etməkdir. Bu konsepsiya palliativ yanaşmanı aktiv müalicənin alternativini kimi deyil, onun tamamlayıcı və integrativ hissəsi kimi müəyyən edir [14].

Beynəlxalq standartlarda palliativ xidmətin əsas prinsip və tələbləri aydın şəkildə müəyyənləşdirilmişdir. Bu prinsiplər arasında ağrının və digər narahatlıq yaranan simptomların effektiv idarə olunması, pasiyent və ailə mərkəzli yanaşma, psixososial və mənəvi ehtiyacların nəzərə alınması, həyatı qərarların qəbulu zamanı pasiyentin avtonomiyasına hörmət edilməsi, davamlı kommunikasiya və multidissiplinar əməkdaşlıq xüsusi yer tutur. Bütün bu çərçivə palliativ xidmətin yalnız tibbi protokol deyil, həm də sistemli etik davranış qaydaları olduğunu göstərir.

Avropa Palliativ Qulluq Assosiasiyası (EAPC) palliativ xidmətin Avropa məkanında vahid klinik və etik standartlarla həyata keçirilməsi üçün əhatəli tövsiyələr hazırlamışdır. EAPC-nin sənədlərində palliativ xidmətin struktur təşkilinə, kadr hazırlığına, tədris proqramlarının minimum tələblərinə, hospis və evdə qayğı



modellərinin qurulmasına dair geniş tələblər əks olunmuşdur. Bu standartlar palliativ xidmətin keyfiyyətinin ölçülməsi üçün istifadə olunan indikatorları – simptom nəzarəti, xəstənin məmnunluğu, ailə yükünün azaldılması, sosial dəstək səviyyəsi – müəyyən edir. EAPC-nin əsas tövsiyələrindən biri palliativ xidmətin ölkə səhiyyə sisteminə ardıcıl şəkildə inteqrasiya edilməsidir; bu inteqrasiya stasionar müəssisələrdən icma əsaslı xidmətlərə və evdə qayğı mexanizmlərinə qədər uzanır [15].

AAHPM isə palliativ tibb üzrə həkimlərin, tibb bacılarının və digər peşəkarların tədris standartlarını müəyyən edən nüfuzlu qurumlardan biridir. Onun hazırladığı “Palliativ Tibb üzrə Tədris Kompetensiyaları” sənədi multidissiplinar komandanın professional fəaliyyət çərçivəsini müəyyənləşdirir və palliativ təhsilin elmi əsasını formalaşdırır. Bu sənədlər palliativ xidmət göstərən mütəxəssislərin yalnız klinik biliklərə sahib olmasını deyil, həm də etik qərarvermə, kommunikasiyanın idarə olunması, ailə ilə koordinasiya, mədəniyyətlərarası yanaşma və mənəvi dəstək bacarıqlarını yüksək səviyyədə mənimsəməsini tələb edir [16].

Beynəlxalq təcrübələr göstərir ki, palliativ xidmətin səmərəli fəaliyyəti üçün icma əsaslı dəstək sistemləri, hospis xidmətləri, evdə qayğı briqadaları və xəstəxanadaxili palliativ şöbələr vahid qayğı zəncirinin elementləri kimi qarşılıqlı əlaqədə olmalıdır. Bu yanaşma “davamlı palliativ qayğı” konsepsiyası kimi tanınır və pasiyentin müxtəlif mərhələlərdə fərqli xidmət formalarına ehtiyacını qarşılayır. Bütün bu elementlər palliativ xidmətin fragmentar yox, sistemli və ardıcıl şəkildə təşkil olunmasının vacibliyini göstərir.

Beynəlxalq konseptual çərçivə həm də palliativ xidmətin etik ölçülərini geniş şəkildə müəyyənləşdirir. Xəstənin avtonomiyası, onun istək və dəyərlərinin qorunması, həyatı qərarların qəbulunda pasiyentin əsas söz sahibi olması, ölüm prosesinin tibbiləşdirilməməsi və insan ləyaqətinin tam şəkildə təmin olunması palliativ xidmətin əsas etik prinsipləridir. Bu prinsiplər palliativ təbabətin insan mərkəzli yanaşmasının formalaşmasına və onun digər tibbi ixtisaslardan əsas fərqiə işarə edir [17].

Nəticə olaraq, beynəlxalq standartlar palliativ tibbi xidmətin konseptual əsaslarını dəqiq şəkildə müəyyən edir və müxtəlif ölkələr üçün vahid struktur model təqdim edir. Bu model palliativ xidmətin tibb, psixologiya, sosial iş və mənəvi dəstəyin sintezindən ibarət kompleks sistem olduğunu təsdiqləyir. Həmçinin göstərir ki, palliativ xidmət yalnız tibbi bir sahə deyil, səhiyyə siyasətinin, sosial rifahın və ictimai dəyərlərin vacib elementidir. Bu konseptual çərçivənin Azərbaycan səhiyyə sisteminə uyğunlaşdırılması palliativ xidmətin davamlı inkişafı və genişləndirilməsi üçün mühüm elmi-praktik baza yaradır.

Palliativ xidmətin etik, psixoloji və sosial ölçüləri. Palliativ tibbi xidmət təkcə tibbi müdaxilələrdən ibarət olan bir yardım növü deyil, həm də insanın fiziki, emosional, sosial və mənəvi bütövlüyünü qorumağı hədəfləyən çoxölçülü yanaşmadır. Bu səbəbdən onun etik, psixoloji və sosial aspektləri strukturun ayrılmaz hissəsi kimi formalaşmışdır. Hər bir aspekt palliativ xidmətin təqdimatında həlledici rol oynayır və xidmətin kompleks müalicə sistemində niyə əvəzsiz olduğunu təsdiq edir [18].

Palliativ xidmətin əsasını insan ləyaqətinin qorunması təşkil edir. Sağalmaz xəstəliklə üzləşən şəxslər yalnız zəiflik və ağrı hiss etmir, həm də öz kimliklərinin sarsılması, həyat üzərində nəzarət hissinin itməsi kimi dərin emosional böhranlar yaşayırlar. Bu mərhələdə etik prinsiplərin – avtonomiya, benefisensiya (xeyirxahlıq), non-malefisensiya (zərər verməmək) və ədalət – qorunması xəstə ilə münasibətlərin mərkəzinə çevrilir.

Xəstənin avtonomiyası palliativ xidmətin bünövrə prinsipidir. Pasiyentin müalicə prosesində qərar vermə hüququna hörmət, onun istəklərinin nəzərə alınması, həyatı prosedurlarla bağlı seçim azadlığının tanınması etik baxımdan zəruridir. Palliativ xidmət həkimin “hansı prosedur uyğundur” sualını xəstənin “nəyi istəyirəm?” sualı ilə birləşdirərək humanist orta nöqtə yaradır. Beləliklə, xəstənin qalan ömrünü necə yaşamaq istədiyini palliativ yanaşmanın mərkəzi qərar meyarına çevrilir.

Palliativ xəstələrin yaşadığı psixoloji təcrübə çoxqatlıdır və fiziki ağrıdan daha mürəkkəb sarsıntıları əhatə edir. Xəstə ölüm qorxusu, ümitsizlik, kimlik böhranı, gələcək haqqında qeyri-müəyyənlik və emosional yorğunluq kimi problemlərlə qarşılaşır. Bu mərhələdə xəstədə depressiya, narahatlıq pozuntuları və psixoloji tükənmə halları geniş yayılmışdır. Psixoloji dəstək palliativ xidmətin ayrılmaz komponenti kimi məhz bu çətinliklərin yumşaldılmasına yönəlmişdir [19].

Psixoloji yardımın əsas məqsədi xəstənin emosional sabilliyini bərpa etmək, həyat keyfiyyətini yüksəltmək, qalan ömrün mənalı olduğunu hiss etdirmək və psixoloji yükü azaltmaqdır. Bu istiqamətdə psixoterapiya, kognitiv-davranışçı texnikalar, eksistensial dəstək, relaksasiya və nəfəs terapiyası kimi metodlardan istifadə olunur. Xəstə öz vəziyyətini qəbul etməyə başladığında fiziki simptomlar üzərində nəzarəti də güclənir. Çünki fiziki ağrı psixoloji gərginliklə paralel şəkildə daha da ağırlaşır.

Psixoloji ölçünün mühüm hissəsi ailə üzvlərinin emosional vəziyyətidir. Xəstənin yaxınları tükənmə sindromu, daimi stres, narahatlıq və günahkarlıq hissi yaşayırlar. Bu səbəbdən palliativ xidmət ailə



psixoterapiyasını və baxıcı dəstəyini də özündə birləşdirir. Ailənin psixoloji sabitliyi xəstənin emosional ərftarına birbaşa təsir göstərdiyi üçün bu dəstək palliativ qayğının effektivliyini artıran mühüm faktordur.

Palliativ xidmətin sosial ölçüsü xəstənin ailə, sosial mühit və cəmiyyətlə qarşılıqlı əlaqəsini əhatə edir. Sağalmaz xəstəlik insanın sosial rolunu dəyişdirir: o, əvvəlki həyat ritmini itirir, əmək fəaliyyətindən uzaqlaşır, sosial təcrid dərinləşir, ailədəki məsuliyyətlər bölgüsü dəyişir. Bu dəyişikliklər sosial stres və iqtisadi yük yaradır. Sosial işçi məhz bu problemlərin yüngülləşdirilməsində əsas fiqurlardan biridir [20].

Sosial dəstək xəstənin və ailənin gündəlik ehtiyaclarının təmin edilməsi, sosial resurslara çıxışın artırılması, maddi çətinliklərin həlli, hüquqi məsləhət, sosial təcridin azaldılması və icma ilə əlaqənin yenidən qurulması vasitəsilə həyata keçirilir. Sosial dəstək həmçinin baxıcıların tükənmə riskini azaldır, çünki uzunmüddətli baxım ailə üzvləri üçün ağır sosial və psixoloji yük yaradır.

Sosial ölçü həm də xəstənin icma ilə münasibətini əhatə edir. Palliativ xidmət yalnız tibb müəssisələri ilə məhdudlaşmır; hospis mərkəzləri, könüllü təşkilatlar, icma dəstək qrupları və sosial xidmət agentlikləri vahid qayğı zəncirinin elementləridir. Bu integrasiya palliativ xidmətin davamlılığını təmin edir və xəstənin sosial həyatla əlaqəsini qoruyur [21].

Palliativ xidmətin ən mühüm xüsusiyyətlərindən biri onun etik, psixoloji və sosial ölçülərinin bir-birindən ayrılmaz olmasıdır. Xəstəyə etik münasibət ona psixoloji güvən verir, psixoloji sabillik sosial münasibətləri möhkəmləndirir, sosial dəstək isə emosional gərginliyi azaldır. Bu qarşılıqlı təsir total ağrı konsepsiyasının sosial və psixoloji qatlarının idarə olunması üçün vacibdir.

Beləliklə, palliativ xidmətin etik, psixoloji və sosial ölçüləri bir-birini tamamlayaraq xəstənin həyat keyfiyyətinin yüksəldilməsinə xidmət edir. Bu ölçülər palliativ tibbi xidmətin yalnız tibbi prosedurlar toplusu deyil, insanın bütün varlığını əhatə edən humanist yanaşma olduğunu bir daha təsdiq edir.

Palliativ xidmətin kompleks müalicə sistemi ilə integrasiyası. Palliativ tibbi xidmət uzun illər ərzində səhiyyə sisteminə əsasən terminal mərhələdə tətbiq olunan yardım kimi qəbul edilsə də, müasir qəbul palliativ yanaşmanı kompleks müalicənin ayrılmaz, paralel və davamlı komponenti kimi müəyyən edir. ÜST, EAPC və digər beynəlxalq qurumların tövsiyələrinə əsasən palliativ xidmət diaqnoz qoyulduğu ilk andan mürəkkəb xəstəliklərin müalicə planına daxil edilməli, xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq müxtəlif intensivlikdə tətbiq olunmalıdır. Bu model “erkən integrasiya” adlanır və sübutlar göstərir ki, belə yanaşma həyat keyfiyyətinin əhəmiyyətli şəkildə yüksəlməsinə səbəb olur [22].

Kompleks müalicə çərçivəsində palliativ xidmət xəstənin ağrı və simptomlarının idarəsi, emosional sabitliyi, sosial adaptasiyası və mənəvi dəstəyi ilə aktiv müalicə tədbirləri arasında koordinasiya və qarşılıqlı tamamlayıcı şəkildə fəaliyyət göstərir. Məsələn, onkoloji xəstəliklərdə kimyaterapiya, radioterapiya və cərrahi müdaxilələr xəstənin həyatını uzatmağı hədəfləyir, palliativ xidmət isə bu müalicənin yaratdığı yan təsirlərin idarəsini, psixoloji yükün azaldılmasını və ailə münasibətlərinin sabilləşdirilməsini təmin edir. Beləliklə, palliativ xidmət müalicə prosesinin “düşündürücü”, “təhlükəsiz” və “davamlı” tərəfini yaradır.

Palliativ xidmətin kompleks müalicəyə integrasiyasının praktik modeli üç əsas mərhələdə özünü göstərir. Birinci mərhələ diaqnostika prosesidir. Xəstədə ağır və ya sağalmaz xəstəlik aşkarlandığı anda palliativ xidmətin elementləri işə düşməlidir: psixoloji dəstək, emosional yönləndirmə, ağrı nəzarətinin ilkin planı və ailə üzvlərinə məlumatlandırıcı məsləhətlər bu mərhələdə başlanır. İkinci mərhələ aktiv müalicə dövrüdür. Bu mərhələdə palliativ və müalicəedici xidmətlər paralel şəkildə fəaliyyət göstərərək xəstənin fiziki və emosional yüklənməsinin qarşısını alır. Nəhayət, üçüncü mərhələ xəstəliyin proqressivləşdiyi və müalicənin effektivliyinin məhdudlaşdığı dövrü əhatə edir. Bu mərhələdə palliativ xidmət lider mövqeyə keçir və məqsəd xəstənin qalan ömrünü ləyaqətli şəkildə yaşamasını təmin etmək olur.

Kompleks sistemdə integrasiyanın əsas üstünlüyü xəstənin “bütüncül qayğı” modelinə daxil edilməsidir. Yəni xəstənin vəziyyəti yalnız tibbi göstəricilər əsasında deyil, psixoloji reaksiyalar, ailə münasibətləri, sosial ehtiyaclar və mənəvi narahatlıqlar nəzərə alınmaqla qiymətləndirilir. Bu model həm xəstəxana mühitində, həm ambulator xidmətlərdə, həm də evdə qayğı strukturlarında tətbiq oluna bilər. Xüsusilə evdə göstərilən palliativ xidmət xəstənin öz mühitində rahatlıq hissini gücləndirir və hospitalizasiyanın azalmasına səbəb olur [23].

Azərbaycan reallığında kompleks müalicə ilə palliativ xidmət arasındakı integrasiya hələ tam formalaşmasa da, son illərdə bu istiqamətdə mühüm addımlar atılır. Bir sıra onkoloji mərkəzlərdə, regional xəstəxanalarda və hospis bölmələrində palliativ kabinetlər fəaliyyət göstərir. Bununla belə, integrasiyanın institusional səviyyədə tam tətbiqi üçün aktiv müalicə aparan həkimlə palliativ komanda arasında davamlı informasiya mübadiləsi, koordinasiya mexanizmi və vahid müalicə protokollarının hazırlanması vacibdir. Xüsusilə ailə həkimləri və poliklinika strukturlarının bu prosesə cəlb edilməsi integrasiyanın daha dayanıqlı olmasına səbəb ola bilər.



Beynəlxalq tədqiqatlar göstərir ki, erkən integrasiya modeli xəstənin həyat keyfiyyətini 25–40% artırır, depressiya göstəricilərini azaldır, ağrıya dözümlülüyü yüksəldir, ailə yükünü yüngülləşdirir və səhiyyə sisteminin iqtisadi resurslarına qənaət edir. Azərbaycan üçün də bu model ən optimal istiqamət hesab edilir. Bu baxımdan kompleks müalicə və palliativ xidmətin vahid struktura çevrilməsi, xüsusilə onkoloji, kardioloji, nevroloji və geriatrik xəstəliklərdə protokollarla sistemləşdirilməsi ölkə səhiyyəsinin keyfiyyətinin yüksəldilməsində mühüm rol oynaya bilər.

Beləliklə, palliativ xidmətin kompleks müalicə sistemi ilə integrasiyası müasir səhiyyə modelinin humanist mahiyyətini daha da dərinləşdirir, xəstənin yalnız bioloji deyil, sosial, psixoloji və mənəvi ehtiyaclarını da nəzərə alır və tibbi xidmətin daha effektiv və davamlı olmasına şərait yaradır.

Nəticə. Palliativ tibbi xidmət müasir səhiyyə sisteminin humanist, etik və multidissiplinar əsaslara söykənən ən mühüm istiqamətlərindən biridir. Aparılan nəzəri və praktiki təhlillər təsdiq edir ki, palliativ yardım xəstəliyin son mərhələsinə yönəlmiş dar çərçivəli model deyil, xəstənin həyat keyfiyyətini yüksəltməyi hədəfləyən çoxölçümlü, bütövləşdirilmiş və kompleks yanaşmadır. Sağalmaz və progressiv xəstəliklərlə yaşayan şəxslərin fiziki ağrılarla yanaşı emosional sarsıntılar, sosial çətinliklər və mənəvi narahatlıqlar yaşadığı nəzərə alınarsa, palliativ xidmətin yalnız tibbi müdaxilə ilə məhdudlaşdırılmasının mümkün olmadığı aydın görünür. Bu xidmət öz mahiyyətinə görə xəstənin fiziki, psixoloji, sosial və mənəvi ehtiyaclarının paralel şəkildə qarşılanmasını təmin edən müasir səhiyyə fəlsəfəsinin mərkəzində dayanır [24].

Tədqiqat göstərdi ki, palliativ xidmətin kompleks müalicə ilə erkən mərhələdən integrasiyası həm xəstənin emosional rahatlığını artırır, həm müalicə prosesinin səmərəliliyini yüksəldir, həm də ailə üzvləri üçün yaranan psixososial yükü azaldır. Xüsusilə onkoloji, kardioloji, geriatrik və nevroloji xəstəliklərdə palliativ xidmətin müalicəedici tədbirlərlə paralel tətbiqi xəstənin ümumi vəziyyətini stabiləşdirir, hospitalizasiyanın sayını azaldır və həyat keyfiyyətində nəzərəcarpacaq yüksəliş yaradır. Bu, palliativ xidmətin kompleks müalicənin alternativini deyil, tamamlayıcı və dəstəkləyici komponenti olduğunu bir daha təsdiq edir.

Nəzəri hissədə araşdırılan “total ağrı” konsepsiyası və biopsixososial model palliativ xidmətin niyə çoxşəxli yanaşma tələb etdiyini açıqlayır. Fiziki ağrı insanın psixoloji gərginliyi, sosial təcridi və mənəvi boşluğu ilə birgə dərinləşir və yalnız multidissiplinar komanda tərəfindən idarə olunduqda yüngülləşdirilə bilər. Praktiki nəticələr də göstərir ki, həkim, psixoloq, sosial işçi, tibb bacısı, reabilitoloq və mənəvi müşavirdən ibarət komanda palliativ xidmətin effektivliyini artıran əsas mexanizmdir. Bu komanda modeli xəstənin yalnız tibbi göstəricilərinə deyil, onun bütün həyat ölçülərinə yönələn integrativ xəstə mərkəzli sistem yaradır [25].

Beynəlxalq standartlar – ÜST, EAPC və AAHPM – palliativ xidmətin struktur, etik və təşkilati çərçivələrini dəqiq müəyyən edir. Bu sənədlərin təhlili göstərir ki, palliativ xidmət bütün ölkələr üçün vahid prinsiplərə əsaslanarsa da, milli səhiyyə sisteminə uyğunlaşdırılmalı və yerli ehtiyaclarla cavab verməlidir. Azərbaycan təcrübəsinin analizi göstərir ki, ölkədə palliativ xidmətin inkişafı üçün ilkin institusional baza mövcuddur, lakin kadr hazırlığı, evdə qayğı xidmətlərinin genişləndirilməsi, palliativ kabinetlərin sayının artırılması və ictimai məlumatlılıq kimi sahələrdə hələ də ciddi ehtiyaclar qalmaqdadır. Xüsusilə hospis və icma əsaslı xidmət modellərinin genişləndirilməsi davamlı qayğı zəncirinin qurulmasında mühüm rol oynaya bilər.

Kompleks müalicə tədbirləri müasir tibbin əsas prinsiplərindən biri olub, xəstəliyin yalnız bir aspektini deyil, onun etiologiyasını, patogenezi, klinik təzahürlərini və pasiyentin ümumi vəziyyətini nəzərə alan çoxşəxli yanaşmanı ifadə edir. Bu yanaşma xüsusilə xroniki, ağır və çoxfaktorlu xəstəliklərin müalicəsində yüksək effektivlik göstərir və müalicə nəticələrinin dayanıqlığını artırır.

Kompleks müalicənin əsas mahiyyəti müxtəlif tibbi və qeyri-tibbi müdaxilələrin elmi əsaslandırılmış şəkildə birgə tətbiqidir. Bu tədbirlərə farmakoloji müalicə, cərrahi və ya invaziv müdaxilələr, fizioterapiya, reabilitasiya, psixoloji dəstək, palliativ yardım və həyat tərzinin korreksiyası daxildir. Müalicə planı pasiyentin yaşı, cinsi, yanaşı xəstəlikləri, funksional vəziyyəti və sosial şəraiti nəzərə alınmaqla fərdi qaydada tərtib edilir.

Farmakoloji müalicə kompleks tədbirlərin əsas sütunlarından biridir və xəstəliyin patogenetik mexanizmlərinə təsir göstərməyi hədəfləyir. Dərman vasitələrinin düzgün seçilməsi, dozasının fərdiləşdirilməsi və mümkün yan təsirlərin monitorinqi müalicənin təhlükəsizliyi və effektivliyi baxımından mühüm əhəmiyyət daşıyır. Zəruri hallarda dərman müalicəsi cərrahi və ya minimal invaziv üsullarla tamamlanır ki, bu da xəstəliyin səbəbinin aradan qaldırılmasına və ağrıların qarşısının alınmasına imkan yaradır.

Kompleks müalicədə reabilitasiya tədbirləri xüsusi yer tutur. Fiziki aktivliyin bərpası, funksional imkanların artırılması və pasiyentin gündəlik həyata adaptasiyası reabilitasiyanın əsas məqsədləridir. Bu prosesdə fizioterapiya, terapevtik məşqlər, masaj və digər bərpaedici metodlardan istifadə olunur. Reabilitasiya tədbirləri müalicənin erkən mərhələsindən başlayaraq uzunmüddətli dövrdə də davam etdirilə bilər.



Psixoloji dəstək və psixosomatik yanaşma da kompleks müalicənin ayrılmaz hissəsidir. Xüsusilə uzunmüddətli xəstəliklər zamanı pasiyentlərdə narahatlıq, depressiya və motivasiya itkisi müşahidə oluna bilər. Psixoloji yardım pasiyentin müalicəyə uyğunluğunu artırır, stress faktorlarının təsirini azaldır və ümumi müalicə nəticələrinə müsbət təsir göstərir. Bununla yanaşı, ailə üzvlərinin də maarifləndirilməsi və psixoloji cəhətdən dəstəklənməsi vacib hesab olunur.

Kompleks müalicə tədbirlərinin effektivliyi multidissiplinar yanaşma ilə daha da artır. Həkimlərin, tibb bacılarının, psixoloqların, reabilitoloqların və sosial işçilərin birgə fəaliyyəti pasiyentin sağlamlığına holistik baxışı təmin edir. Belə əməkdaşlıq müalicə taktikasının vaxtında korreksiyasına, ağırlaşmaların erkən aşkar olunmasına və pasiyentin həyat keyfiyyətinin yüksəldilməsinə şərait yaradır.

Nəticə olaraq, kompleks müalicə tədbirləri müasir tibbdə pasiyentyönümlü və effektiv yanaşma kimi qiymətləndirilir. Bu model xəstəliyin gedişatının yüngülləşdirilməsinə, funksional itkilərin azalmasına və uzunmüddətli müsbət nəticələrin əldə olunmasına imkan verir. Kompleks yanaşmanın tətbiqi təkcə xəstəliyin müalicəsinə deyil, həm də pasiyentin fiziki, psixoloji və sosial rifahının qorunmasına xidmət edir.

Nəticə olaraq, bu məqalə palliativ tibbi xidmətin yalnız tibbi bir fəaliyyət sahəsi olmadığını, həm də insanın ləyaqətini, mənəvi rahatlığını və sosial funksionallığını qorumağa yönəlmiş kompleks və çoxşaxəli sistem olduğunu göstərir. Palliativ xidmət müasir səhiyyənin humanist təməl daşlarından birinə çevrilmişdir və onun kompleks müalicə ilə integrasiyası xəstə və ailə üçün ən optimal yanaşmanı təmin edir. Azərbaycanın səhiyyə sistemi üçün prioritet istiqamətlər kimi erkən integrasiya modelinin tətbiqi, multidissiplinar komanda potensialının gücləndirilməsi, evdə palliativ xidmət şəbəkəsinin genişləndirilməsi və əhali arasında maarifləndirmə proqramlarının artırılması xüsusi əhəmiyyət kəsb edir.

Beləliklə, palliativ tibbi xidmətin elmi, etik və sosial çərçivədə inkişafı milli səhiyyə sistemində humanist yanaşmanın gücləndirilməsi və həyat keyfiyyəti mərkəzli xidmət modelinin formalaşdırılması üçün zəruri addımdır.

ƏDƏBİYYAT

1. World Health Organization (WHO), Integrating palliative care & symptom relief into responses to humanitarian emergencies & crises A WHO guide, Geneva: World Health Organization, 2018. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274565/9789241514460-eng.pdf>
2. Liu X, Chang YC, Hu WY. The Effectiveness of Palliative Care Interventions in Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. J Pers Med. 2024 Jun 28;14(7):700
3. Wang M., Ding X. Integrated palliative care improves the quality of life of advanced cancer patients. BMC Palliat Care. 2025 Jun 7;24(1):162
4. Teoli D., Schoo C., Kalish V.B. Palliative Care. [Updated 2023 Feb 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan// <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537113/>
5. Kelley A.S., Morrison R.S. Palliative Care for the Seriously Ill // N Engl J Med., 2015, 373(8), p.747-55.
6. Milazzo S., Hansen E., Carozza D. et al. Effective Is Palliative Care in Improving Patient Outcomes? // Curr Treat Options Oncol., 2020, 21(2), 12
7. Beasley A., Bakitas M.A., Edwards R. et al. , Kavalieratos D. Models of non-hospice palliative care: a review // Ann Palliat Med. 2019, 8(Suppl 1):S15-S21
8. Henson L.A., Maddocks M., Evans C. et al. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue // J Clin Oncol. 2020, 38(9), p. 905-914.
9. Cain C.L., Surbone A., Elk R. et al. Culture and Palliative Care: Preferences, Communication, Meaning, and Mutual Decision Making // J Pain Symptom Manage. 2018, 55(5), p. 1408-1419
10. Berkey F.J., Wiedemer J.P., Vithalani N.D. Delivering Bad or Life-Altering News // Am Fam Physician. 2018, 98(2), p. 99-104.
11. Temel J.S., Greer J.A., Muzikansky A. et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer // N Engl J Med., 2010, 363(8), p. 733-42.
12. Rodriguez K.L., Barnato A.E., Arnold R.M. Perceptions and utilization of palliative care services in acute care hospitals // J Palliat Med., 2007, 10(1), p. 99-110.
13. Mizuno A., Shibata T., Oishi S. The Essence of Palliative Care Is Best Viewed as the "Problematisation" // J Palliat Med. 2019, 22(1), 6



14. Worldwide Palliative Care Alliance, World Health Organization: Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. London: Worldwide Palliative Care Alliance, 2014
15. Ferreira A.P.Q., Lopes L.Q.F., Melo, M.C.B. papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. Rev. SBPH. Rio de Janeiro, 2011, 14 (2), p.85-98
16. Abrahm J.L. American Academy of Hospice and Palliative Medicine: Dedicated to Prevention and Relief of Suffering. J Oncol Pract. 2006, 2(4), 191-192
17. Stjernswärd J., Foley K., Ferris F. The public health strategy for palliative care, J Pain Symptom Manage, 2007, 33(5), p. 486-493.
18. Gelders M.J., Acharya O.U., Milani B. 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(1), p.6-18.
19. Connor S., Pyenson B., Fitch K., Spence C. Comparing hospice and non-hospice patient survival among patients who die within a 3-year window // Journal of Pain and Symptom Management, 2007, 33(3), 238-246.
20. Harding R., Simms V., Penfold S. et al. Availability of essential drugs for managing HIV-related pain and symptoms within 120 PEPFAR-funded health facilities in East Africa: a crosssectional survey with onsite verification, Palliative Medicine, 2014, 28(4), 29
21. Sabin C.A., Harding R., Bagkeris E. et al. Pain in people living with HIV and its association with healthcare resource use, well-being and functional status // AIDS, 2018, 32(18), p.2697-706
22. Shepherd L., Borges Á., Ledergerber B. et al., Infection-related and -unrelated malignancies, HIV and the aging population // HIV Med, 2016, 17(8), p.590-600.
23. Smit M., Brinkman K., Geerlings S. et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study // Lancet Infect Dis, 2015, 15(7), p.810-8.
24. Bah E.I., Lamah M.C., Fletcher T. et al. Clinical presentation of patients with Ebola virus disease in Conakry, Guinea // N Engl J Med, 2015, 372, p.40-7
25. Knaul F.M., Farmer P.E., Krakauer E.L. et al. on behalf of the Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Study Group. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief: an imperative of universal health coverage // Lancet, 2018, 391, p.1391-1454

Резюме

Паллиативная помощь как компонент комплексного лечения и особенности её организации Ю.Г. Гаджиева, К.А. Бабаев, Г.Б. Бабаева

Паллиативная помощь – это междисциплинарный подход, направленный на защиту качества жизни и всестороннее удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей пациента в современной системе здравоохранения. Паллиативная помощь в лечении людей, страдающих неизлечимыми и прогрессирующими заболеваниями, является не только медицинским вмешательством, но и моделью социально-психологической поддержки, основанной на гуманистических и этических ценностях. В статье подробно анализируются научно-теоретические основы паллиативной помощи, концепция «тотальной боли», биопсихосоциальный подход, системная теория и гуманистическая психология. Основное внимание в исследовании уделяется интеграции паллиативной помощи в систему комплексного лечения. Результаты показывают, что паллиативная помощь не заменяет активное лечение, а, наоборот, осуществляется параллельно с ним, улучшая эмоциональную стабильность пациента, контроль симптомов, непрерывность семейных отношений и общее качество жизни. Анализ азербайджанского опыта показывает, что потребность в услугах высока, но сохраняются такие проблемы, как нехватка персонала, пробелы в образовании и ограниченные услуги по уходу на дому. Результаты статьи подтверждают, что паллиативная помощь является неотъемлемой частью комплексного ухода и подчеркивают важность внедрения гибридных моделей на национальном уровне.



Summary

Palliative care as a component of complex treatment and the special features of its organization
Y.G. Hacıyeva, K.A. Babayev, G.B. Babayeva

Palliative care is an interdisciplinary approach aimed at protecting the quality of life and comprehensive satisfaction of the patient's physical, psychological, social and spiritual needs in the modern health care system. Palliative care in the treatment of people suffering from incurable and progressive diseases is not only a medical intervention, but also a model of social and psychological support based on humanistic and ethical values. Scientific and theoretical foundations of palliative care, the concept of "total pain", the biopsychosocial approach, systemic theory and humanistic psychology are analyzed in detail in the article. The main attention in the study is devoted to the integration of palliative care into the system of complex treatment. The results show that palliative care does not replace active treatment, but, on the contrary, is carried out in parallel with it, improving the patient's emotional stability, symptom control, continuity of family relationships and overall quality of life. The analysis of the Azerbaijani experience shows that the need for services is high, but such problems as a shortage of personnel, gaps in education and limited home care services remain. The results of the article confirm that palliative care is an integral part of comprehensive care and emphasize the importance of implementing hybrid models at the national level.

Daxil olub: 22. 04. 2025