

İcmal.

Azərbaycandan kənar pəlliativ qayğı və hospis xidmətləri.

C.Məmmədov¹, t.ü.f.d., N.Seyidov¹, t.ü.f.d., S.Babazadə¹, T.Musayev¹, L.Qafarov¹

¹Səhiyyə Nazirliyinin İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi.

Açar sözlər: pəlliativ qayğı, hospis, narkotik analgetiklər, pəlliativ təbabət

Maliyyə mənbəyi: məqalənin hazırlanması üçün digər qurumlardan və ya şəxslərdən əlavə maliyyə vəsaiti cəlb edilməmişdir.

Maraqların toqquşması: Məqalənin müəllifləri Azərbaycanda pəlliativ qayğı və hospis xidmətlərinin təşkili prosesində aktiv iştirak edir.

Müəlliflərin töhfəsi. Ədəbiyyatın icmalı, bibliografiyanın təhlil üçün seçilməsi: S.Babazadə, L.Qafarov. Məqalənin yazılması: C.Məmmədov, N.Seyidov, T.Musayev, L.Qafarov.

Təqdim edilib: mart 2018.

GİRİŞ.

Pəlliativ qayğı ağır xəstəliyi olan xəstələr və onların ailələrinin mümkün həyat keyfiyyətinin dəstəklənməsi və əzab-əziyyətin profilaktikası və azaldılmasına yönəlmiş multidissiplinar tibbi ixtisasdır. Pəlliativ qayğının əsasını simptomların menecmenti təşkil edir. Bu növ qayğı zamanı diqqətin cəlb olunduğu məsələlərə aşağıdakılar aiddir: xəstənin önəm verdiyi mənəvi dəyərlər və istəklər əsasında qayğının məqsəd və vəzifələrinin müəyyənləşdirilməsi; xəstə və ona göstərilən qayğıda iştirak edən bütün şəxslər arasında davamlı ünsiyyətin təmin edilməsi; xəstələrə və onların ailələrinə psixososial, mənəvi, dini və praktik dəstəyin göstərilməsi; və bütün spektr üzrə qayğının koordinasiyası.

Hospis və Pəlliativ Təbabət ABŞ-da, Kanadada, İngiltərədə, Avstraliyada və bir çox digər ölkələrdə rəsmi tanınan tibb sahəsidir və ixtisasıdır. Əksər Avropa ölkələrində pəlliativ qayğının sertifikatlaşdırılması və lisenziyalaşdırılması prosesi xeyli müddətdir ki, başlayıb. Lakin dünyanın digər ölkələrində pəlliativ qayğı sistemi ya mövcud deyil, ya da onun keyfiyyəti və əhatəliyi çox məhduddur. Tədqiqatların birindən müəyyən edilmişdir ki, pəlliativ qayğı

xidmətlərinə ehtiyacı olan xəstələrin yalnız 8%-i bu xidmətlərdən bəhrələnir.

EPİDEMIOLOGİYA.

Pəlliativ qayğı xidmətləri dünyada ölümün ən çox hallarına səbəb olan qeyri-infeksiyon xəstəliklərin menecmentində daha çox istifadə edilir. Pəlliativ qayğıya ehtiyacı olan böyük yaşlı xəstələrin böyük əksəriyyəti bədxassəli olmayan yeni qeyri-maliqnant progressiv xəstəlikləri olanlardır. İkinci yerdə xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən xəstələrdir. Afrika qitəsi burada bir istisnadır. Belə ki, Afrika qitəsində pəlliativ yardıma ehtiyacı olan xəstələr sırasında İVQİÇS-li xəstələr çoxluq təşkil edir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) hesablamalarına görə pəlliativ yardıma ehtiyacı olan böyükklərin 78%-i aşağı- və orta-gəlirli ölkələrin payına düşür. Eyni ilə pəlliativ qayğıya ehtiyac duyan uşaqların böyük əksəriyyəti (98%) aşağı- və orta-gəlirli ölkələrin payına düşür. Buna baxmayaraq, pəlliativ qayğı xidmətləri ilə əhatə olunmuş böyükklərin böyük hissəsi yüksək-gəlirli ölkələrdədir.

230-dan çox ölkədə aparılmış araşdırma nəticəsində müəyyən edilib ki, ölkələrin 58%-də pəlliativ 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 olan və ya ümumiyyətlə 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.

- Böyüklər 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.
- Uşaqlar üçün: xərçəng xəstəlikləri, ürək-damar xəstəlikləri (qəfləti ölüm istisna olmaqla), qaraciyər sirrozu, anadangəlmə anomaliyalar (ürək qüsurları istisna olmaqla), 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 qayğının əhaliyə olan nisbəyi 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.

TARİX.

Palliativ qayğı hərəkətinin 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.

Latin Amerikasını Palliativ Qayğı Assosiasiyası (ALCP) tərəfindən 2012-ci ildə Latin Amerikasında palliativ qayğının atlasını dərc edilib və burada Latin Amerikasını və Cənubi Amerikanın 19 ölkəsində vəziyyət təhlil edilib. Atlası 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. Latin Amerikasını 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 sistemlərinin modelləri yaradılsa belə, onlar hələ ki, inkişaf mərhələsindədir.

Palliativ qayğı ilə hospis xidmətlərinin milli səhiyyə xidmətləri sistemində inteqrasiya edilməsi 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 sistemində daxil edilməsinə bir siqnaldır.

AZƏRBAYCANDA PALLİATİV QAYĞININ İNKİŞAFI.

Mütəşəkkil palliativ qayğı və hospis xidmətləri olmasa da, onların yaradılması və inkişaf etdirilməsi üçün dövlət tərəfindən müəyyən addımlar artıq atılıb. İlk cəhdlər hələ 2007-2010-cu illərdə Açıq Cəmiyyət İnstitutunun (ACİ) dəstəyi ilə edilmişdir. O zaman 2007-ci ildə ACİ tərəfindən dəvət edilmiş mütəxəssis tərəfindən ehtiyacların qiymətləndirilməsi aparılmış və il ərzində aparılan müzakirələrin nəticəsi olaraq Səhiyyə Nazirliyinin İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinə (İSİM) ölkədə palliativ qayğı sisteminin inkişaf etdirilməsi məqsədilə işçi qrupunun yaradılması tapşırılmışdır. İşçi Qrup tərəfindən bir sıra görüşlər keçirilmiş, proqram sənədlər hazırlanmış, ictimai maarifləndirmə məqsədilə dəyirman masalar təşkil edilmişdir.

ACİ-nin dəstəyi ilə Sumqayıt xəstəxanası nəzdində ağır otağı təsis edilmiş və evlərdə palliativ yardımın müəyyən dərəcədə göstərilməsi üçün təcili tibbi yardım briqadası da təşkil edilmişdir. QİÇS-lə mübarizə mərkəzində də palliativ yardım xidməti təşkil edilmiş və özündə ağrının tənzimlənməsi, metadon klinikası və evlərdə yardım üçün mobil briqada yaradılmışdır.

ACİ-nin eksperti tərəfindən 2007-ci ildə palliativ qayğıya olan ehtiyac təxmini olsa da hesablanmışdır. Belə ki, həmin dövrdə plkadə il ərzində 68.545 nəfərin ölümünün qeyd alındığı əsas götürülmüş və hesablamalar da bu rəqəm əsasında aparılmışdır. İl ərzində ölənlərin 7300 nəfərinin xərcəng xəstəliyindən

öldüyü statistikadan müəyyən edilmişdir. Professor İrene Higginsonun formulasından istifadə edərək həmin dövrdə Azərbaycanda palliativ yardıma ehtiyacı olan insanların sayı aşağıdakı kimi təyin edilmişdir: $(68.545 - 7300) = 61.245 \times 0.66 = \{40.422 + 7300\}$, yəni ölkədə təxminən 47.722 xəstənin palliativ yardıma və/və ya hospisə ehtiyacı var. Stjernsvaldın modelinə görə ölümü qeydə alınmış xəstələrin 60% retrospektiv olaraq palliativ qayğıya ehtiyacı olanlardı. Bu isə ölkə üzrə palliativ qayğı xidmətlərinə ehtiyac olan insanların sayının 41.472 nəfər olduğunu göstərir.

YÜKSƏK GƏLİRLİ ÖLKƏLƏR.

Yüksək gəlirli ölkələrdə palliativ qayğı xidməti ümumi səhiyyə xidmətləri sistemində inteqrasiya olunub. Ən yüksək dərəcəli inteqrasiya məsələn ABŞ-da mövcuddur. Bundan əlavə, bir çox yüksək gəlirli ölkələrdə pediatrik palliativ 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 indikatorlardan ibarətdir və bunlara orta ömür uzunluğu, ÜDM-dən səhiyyəyə edilən 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 İV/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 sistemində inteqrasiya edilib. Rumıniyada son 10 ildə ictimai səhiyyə siyasəti, təhsil, təlim və palliativ 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 palliativ qayğı xidmətlərinin yaradılması), Monqoliya (hospis mərkəzlərinin sayının artması və palliativ 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 palliativ 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 palliativ xidmətlərlə təmin edilir.

SPESİFİK MƏSƏLƏLƏR.

Dünyanın müxtəlif ölkələrində palliativ qayğı xidmətlərinin inkişafına təsir göstərən bir çox amillər var.

Həyatın sonuna dair 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 bilər. 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-nin hesabatında Çin ən aşağı yerlərdən birini tutub.

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-nin həyat üçün vacib preparatları siyahısında olmasına baxmayaraq, dünya əhalisinin 80%-nin morfinə çıxışı yoxdur.

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

- Əsas opiat qrupu preparatlarının əlçatanlığı aşağı səviyyədədir. ÜST-nin 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.
- 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.
- İnzibati maneələr. Opiat qrupu preparatlarının əlçatan olduğu ölkələrin bir qisminə onların əldə edilməsində çətinliklər mövcuddur. Belə ki, opiat qrupu

analgetiklərinin əldə edilməsi üçün tələb olunan icazələrin və ya təsdiqedic sənədlərin sayının çoxluğu, həmin dərmanların qiyməti və təyin edilən dərmanların dozalarında məhdudiyyətlər xəstələr üçün ciddi maneələr törədir.

- Tibb işçilərinin təhsili və səlahiyyətlərinin artırılması. Ağrıkəsicilərin, xüsusilə də, narkotik analgetiklərin təhlükəsiz təyin olunması ilə bağlı tibbi işçilərinin bilikləri yetərli deyildir. Bu işə 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 ehtiyat yaradılıb. 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 Zelandiyada müşahidə edilib. Dünyanın digər regionlarında, o cümlədən, Asiya, Afrika, Mərkəzi Amerika, Şərqi 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 fərqlənir. Əksər hallarda opiat qrupu analgetiklərinin istifadəsində məhdudiyyətlər aşağıdakı səbəblərlə bağlı olub:

- asılılığın yaranması ilə bağlı qorxu,
- opiat analgetiklərin importu ilə bağlı problemlər,

- tibb işçilərinin məlumatlılığı və biliklərinin yetərsiz olması,
- məhdud maliyyə imkanları,
- ciddi nəzarət.

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

Peşəkar təhsil. Dünyada palliativ qayğıya dair 120-dən çox peşəkar təlim proqramlarının olmasına baxmayaraq, klinik tibb işçilərinin böyük əksəriyyətinin palliativ qayğının prinsipləri və reallaşdırılmasına dair bilik və məlumatlılığı ya aşağı səviyyədədir, ya da heç yoxdur. Palliativ qayğıya dair tibb işçiləri (həkimlər və orta tibb personalı) üçün nəzərdə tutulmuş təlim proqramları aşağıdakı ölkələrdə keçirilir - Böyük Britaniya, İrlandiya, Yeni Zelandiya, Avstraliya, ABŞ, Tayvan və Kanada. Bununla yanaşı Polşa, Rumıniya, Fransa, Slovakiya və Almaniyada palliativ qayğı üzrə sertifikatlaşdırma proqramları mövcuddur. Lakin əksər orta və aşağı gəlirli ölkələrdə palliativ qayğı ilə bağlı qısa və uzunmüddətli təlim kursları və ya tədris proqramları mövcud deyil. Maraqlıdır ki, Latin Amerikasına ölkələrinin 30%-də palliativ qayğı ilə bağlı diplomadan sonrakı təhsil proqramları fəaliyyət göstərir. Bu sahədə peşəkar təlim proqramları həmçinin Uqanda və Keniyada da mövcuddur. Bununla yanaşı, Hindistan və Banqladeşdə də Palliativ Təbabət üzrə diplomadan sonrakı təlim-tədris proqramları təsis edilmiş və Milli Tibbi Şura tərəfindən tanınmışdır.

"Reanimasiya Etmə" statusu və onun sənədləşdirilməsi. Yüksək gəlirli ölkələrdə "Reanimasiya Etmə" və ya "Do Not

Resuscitate" (DNR) ilə bağlı sənədlər xəstəxanalarda geniş istifadə edilir. Tayvanda 2000-ci ildə qəbul edilmiş "Təbii Ölüm Aktı"na əsasən yaşı 20-dən yuxarı olan terminal xəstəlikdən əziyyət çəkən xəstələr tibbi qayğı və müalicənin dayandırılması və ya davam etdirilməsinə dair sərbəst qərar qəbuletmə imkanı əldə edib. Lakin, əksər aşağı gəlirli ölkələrdə, o cümlədən, Azərbaycanda, xəstənin "reanimasiya etmə" istəyi ilə bağlı sənədlərin qanuni statusu yoxdur və tibb fəaliyyətində istifadə edilmir.

Evtanaziya və həkimin köməyi ilə ölüm.

Könüllü aktiv evtanaziya yüksək gəlirli ölkələrin bəzilərində ya qanuniləşdirilib, ya da ən azı cinayət əməlləri sırasında çıxarılıb. Məsələn, Hollandiya, Belçika və Lyuksemburqda (müvafiq şərtlər əsasında) könüllü aktiv evtanaziya qanuniləşdirilib. Kolumbiyada da könüllü aktiv evtanaziya qanunidir. Həkim köməyi ilə ölüm İsveçrədə hələ 1941-ci ildən qanuni sayılır. Oxşar qanunvericilik ABŞ-ın Oreqon və Vaşinqton ştatlarında da qəbul edilib. 2015-ci ilin Fevral ayında Kanadanın Ali Məhkəməsi tərəfindən Cinayət Məcəlləsində intihara yardımın qadağan edilməsi ilə bağlı maddənin qeyri-qanuni olduğunu bildirmişdir. Məhkəmənin qərarında həkimin köməyi ilə intihar aşağıdakı hallarda mümkündür: əqli və psixi cəhətdən sağlam olan və terminal xəstəlik səbəbindən dözülməz əzablara düşər olmuş xəstələr tərəfindən könüllü şəkildə intihara kömək istənilədikdə. Həkimin köməyi ilə intihar həmçinin Almaniyada qanuni sayılır.

Yaponiyada həkim nəzarəti altında könüllü evtanaziya məhkəmə tərəfindən hələ 1962-ci ildə qəbul edilib. Lakin Yaponiyada intihar, ölüm prosesi və ölüm məsələləri çox mürəkkəb olduğundan və müzakirəsinə sosial tabu olduğundan, həkimin köməyi ilə könüllü evtanaziya halları çox nadirdir.

Bununla yanaşı, Kolumbiya istisna olmaqla, bütün digər aşağı və orta gəlirli ölkələrdə könüllü aktiv evtanaziya və ya həkim köməyi ilə ölüm qeyri-qanunidir.

İQTİSADI MƏSƏLƏLƏR.

Əksər ölkələrdə, xüsusilə də, aşağı gəlirli ölkələrdə dövlət büdcəsindən maliyyələşmənin olmaması və ya az olması palliativ xidmətlərin inkişafına əsas maneə kimi dəyərləndirilir. Böyük Britaniyanın beynəlxalq inkişaf agentliyi, Qlobal Fond və bir sıra digər təşkilatlar dünya ölkələrində palliativ yardım xidmətlərinin inkişafına maliyyə dəstəyi verir. Qlobal Fond məsələni vərəm və İİV proqramları çərçivəsində palliativ qayğı xidmətlərinin inkişafında maraqlıdır. Böyük Britaniyanın dəstəyi sayəsində palliativ xidmətlər Moldova, Rumıniya və Serbiyada inkişaf etdirilməkdədir. Yüksək gəlirli ölkələrdə palliativ və hospis xidmətlərinin maliyyələşməsi fərqlənir. Məsələn,

- Kanadada hospis və palliativ qayğı xidmətlərinin fəaliyyəti üçün tələb olunan maliyyə vəsaitinin 50%-i xeyriyyə təşkilatları və ianələr hesabına formalaşır. Bununla yanaşı qeyd edilməlidir ki, Kanadada ailələr palliativ qayğıya görə tələb olunan xərclərin 25%-ni özləri qarşılamaq olmur.
- İngiltərədə xeyriyyə hospislərinin fəaliyyəti üçün tələb olunan maliyyə vəsaitinin 30%-i dövlət büdcəsindən və ya Milli Səhiyyə Xidməti tərəfindən qarşılır.
- Sinqapurda palliativ qayğı xidmətləri ilkin olaraq qeyri-hökumət təşkilatları tərəfindən xeyriyyə fondları hesabına yaradılmışdır. 1996-cı ildən etibarən evdə palliativ qayğı xidmətləri dövlət büdcəsindən maliyyələşməyə başlamışdır.
- Tayvanda isə hospis xərcləri Milli Tibbi Sığorta planına daxildir və gündəlik sabit məbləğ əsasında ödənişlər edir.

BIBLIOGRAFIYA.

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.