



Azərbaycan Respublikası  
Səhiyyə Nazirliyi



Ümumdünya  
Səhiyyə Təşkilatı



# Azərbaycanda qeyri-infeksiyon xəstəliklərə dair vəziyyətin təhlili

## yekun hesabat

Bu layihə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi (İSİM) tərəfindən Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) Azərbaycan üzrə ölkə ofisinin texniki və ekspert dəstəyi ilə həyata keçirilmişdir.

Layihədə və hesabatın hazırlanmasında İSİM-in direktoru Ceyhun Məmmədov rəhbərlik etmiş, yerli ekspertlər – Teymur Əsədov (ÜST), Sevil Əsədova (ÜST), Tofiq Musayev (İSİM), Səidə İsmayılova (İSİM), Leyla Abbasova (İSİM), beynəlxalq ekspertlər – Cill Farrinqton (ÜST) və Plamen Dimitrov (ÜST) iştirak etmişlər.

**Bakı - 2009**

## MÜNDƏRİCAT

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | GİRİŞ.....  | 4  |
| 2     | QEYRİ-İNFEKSİON XƏSTƏLİKLƏRİN (QİX) YAYILMASI.....                                | 5  |
| 2.1   | Yaş və cins qrupları üzrə xəstələnmə və ölüm halları göstəriciləri:.....          | 5  |
| 2.1.1 | Ümumi məlumat .....   | 5  |
| 2.1.2 | Ürək-damar xəstəlikləri.....  | 6  |
| 2.1.3 | Bədxassəli törəmələr .....  | 8  |
| 2.1.4 | Şəkərli diabet .....  | 11 |
| 2.1.5 | Tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri.....   | 12 |
| 2.1.6 | Xarici təsirlər .....   | 13 |
| 2.2   | Risk faktorlarının yayılması ilə bağlı yaş və cins qrupları üzrə məlumatlar ..... | 15 |
| 2.2.1 | Bioloji risk faktorları:.....   | 15 |
| 2.2.2 | Davranışla bağlı risk faktorları .....  | 18 |
| 3     | QEYRİ-İNFEKSİON XƏSTƏLİKLƏRİN YÜKÜ KONTEKSTİNDƏ.....                              | 24 |
| 4     | QIX İLƏ BAĞLI HAZIRKI SİYASƏT STRATEGİYALARI.....                                 | 26 |
| 4.1   | Tütün və spirtli içkilər.....   | 27 |
| 4.2   | Şəkərli diabet.....   | 28 |
| 4.3   | Bədxassəli törəmələr.....   | 29 |
| 4.4   | “Yol hərəkəti haqqında” Qanun .....   | 30 |
| 4.5   | Peşə və ətraf mühitlə bağlı sağlamlıq .....                                       | 30 |
| 4.6   | Özəl sektor və qeyri-hökumət təşkilatları .....                                   | 31 |
| 5     | HAZIRKI İMKANLAR .....  | 31 |
| 5.1   | Səhiyyə informasiya sistemi .....   | 31 |
| 5.2   | Səhiyyə xidmətləri.....   | 33 |
| 5.3   | Fiziki və təşkilati infrastruktur .....   | 34 |
| 5.4   | Xidmətlərin və işçi qüvvəsinin bölgüsü.....                                       | 36 |
| 5.5   | Səhiyyə xidmətlərinə çıxış .....  | 37 |
| 6     | İLKİN SƏHİYYƏ XİDMƏTİ .....   | 38 |
| 7     | İCMA İMKANLARI.....   | 39 |
| 8     | ARAŞDIRMA İMKANLARI.....  | 40 |
| 9     | MALİYYƏ RESURSLARI .....  | 41 |
| 10    | NƏTİCƏ VƏ TÖVSİYƏLƏR .....  | 42 |
|       | İSTİNAD EDİLMİŞ ƏDƏBİYYAT SİYAHISI .....  | 45 |

## Cədvəllərin siyahısı

|   |    |
|---|----|
| Cədvəl 2-1: Beş əsas səbəbdən ölüm yükü.....  | 5  |
| Cədvəl 2-2: Qan-damar sistemi xəstəlikləri səbəbindən ölüm halları göstəriciləri.....                                       | 6  |
| Cədvəl 2-3: Seçilmiş ölkələr üzrə standartlaşdırılmış ölüm əmsalları.....   | 7  |
| Cədvəl 2-4: Ürək-damar xəstəlikləri üzrə xəstələnmə halları göstəriciləri.....  | 7  |
| Cədvəl 2-5: Bədxassəli törəmələr səbəbindən ölüm halları.....   | 8  |
| Cədvəl 2-6: Seçilmiş ölkələr üzrə bədxassəli törəmələrin bütün formaları səbəbindən standartlaşdırılmış ölüm əmsalları..... | 9  |
| Cədvəl 2-7: Bədxassəli törəmələrin ilk dəfə aşkarlanması və yayılması.....  | 9  |
| Cədvəl 2-8: Bədxassəli törəmələrin beş ən çox aşkarlanan forması.....   | 9  |
| Cədvəl 2-9: Bədxassəli törəmələrin ən yüksək standartlaşdırılmış ölüm əmsalına malik iki növü.....                          | 10 |
| Cədvəl 2-10: Azərbaycanda şəkərli diabetin aşkarlanması və yayılması.....   | 12 |
| Cədvəl 2-11: XOACX-nin yayılması.....   | 12 |
| Cədvəl 2-12: Xarici təsirlər səbəbindən ölüm halları.....   | 13 |
| Cədvəl 2-13: Xarici təsirlər səbəbindən xəstələnmə halları.....   | 13 |
| Cədvəl 2-14: Yaş qrupları üzrə zədələnmələrin aşkarlanması göstəriciləri.....   | 13 |
| Cədvəl 2-15: Yaş və cins qrupları və yaşayış yeri üzrə bədən kütlə indeksi.....   | 17 |
| Cədvəl 2-16: Yaşayış yeri, təhsil və gəlir vəziyyətinə görə tütün çəkmənin yayılması.....                                   | 19 |
| Cədvəl 2-17: Tütün çəkməklə əlaqədar ölüm hallarının sayı / cəmi ölüm halları.....  | 20 |
| Cədvəl 2-18: Seçilmiş ölkələrdə spirtli içkilərdən istifadə.....  | 20 |
| Cədvəl 2-19: Meyvə və tərəvəz istehlakı.....  | 22 |
| Cədvəl 2-20: Yaş qrupları üzrə fiziki fəallıq vərdişləri.....   | 23 |
| Cədvəl 2-21: Cins qrupları və yaşayış yeri üzrə fiziki fəallıq vərdişləri.....  | 23 |
| Cədvəl 3-1: 2000-2007-ci illər üzrə əsas demoqrafiya, iqtisadi və sağlamlıq göstəriciləri ...                               | 26 |
| Cədvəl 4-1: Cins qrupları və yaşayış yeri üzrə avtomobillərdə təhlükəsizlik kəmərlərindən istifadə.....                     | 30 |
| Cədvəl 5-1: Dövlət səhiyyə informasiya sisteminin qiymətləndirilməsi.....   | 32 |
| Cədvəl 5-2: Səhiyyə resursları.....   | 33 |
| Cədvəl 5-3: Tibb müəssisələrindən istifadə.....   | 34 |

## Diaqramların siyahısı

|  |    |
|--|----|
| Diaqram 2.1: Ölüm göstəriciləri, Azərbaycan, 2002.....   | 6  |
| Diaqram 2.2: Yaş qrupları üzrə bədxassəli törəmələrin aşkarlanması.....  | 10 |
| Diaqram 2.3: Xarici zədələnmələr və zəhərlənmələr səbəbindən hər 100000 əhaliyə düşən standartlaşdırılmış ölüm göstəriciləri.....  | 14 |
| Diaqram 2.4: Yol qəzaları nəticəsində zədələnmə və ölüm göstəricilərinin dinamikası.....   | 15 |
| Diaqram 2.5: Cins və yaş qrupları üzrə yüksək qan təzyiqinin yayılması.....  | 16 |
| Diaqram 2.6: Yaş qrupları üzrə kişilər arasında tütün çəkmənin yayılması.....  | 19 |
| Diaqram 2.7: Yaş qrupları üzrə spirtli içkilərdən istifadənin yayılması.....   | 21 |
| Diaqram 3.1: Əhalinin yaş strukturu.....   | 24 |
| Diaqram 3.2: Yaş qrupları üzrə 1000 nəfər əhaliyə düşən ölüm göstəriciləri.....  | 25 |
| Diaqram 5.1: Səhiyyə sisteminin təşkilati strukturu.....   | 35 |
| Diaqram 5.2: Əhalinin hər 10000 nəfərinə düşən həkimlərin və orta tibb işçilərinin iqtisadi regionlar üzrə bölgüsü.....            | 36 |
| Diaqram 5.3: Əhalinin hər 10000 nəfərinə düşən xəstəxana və ambulator-poliklinik müəssisələrin iqtisadi rayonlar üzrə bölgüsü..... | 37 |

# 1 Giriş

Qeyri-infeksiyon xəstəliklər (QİX) tütün çəkmə, spirtli içkilərdən istifadə, keyfiyyətsiz qidalanma və fiziki passivlik kimi ümumi risk faktorlarını özündə əks etdirən xroniki sağlamlıq halları qrupudur. İnkişaf etmiş ölkələrdə əsas sağlamlıq yükü qeyri-infeksiyon xəstəliklərin üzərinə düşür. ÜST-nin Avropa üzrə Regional Ofisinin verdiyi statistikaya görə QİX səbəbindən xəstələnmə və ölüm halları müvafiq olaraq 77% və 86% təşkil edir. ƏUÖÜ (Əlilliyə görə Uyğunlaşdırılmış Ömür Uzunluğu) vasitəsilə ölçülən xəstələnmə yükünün təqribən 60%-i yeddi əsas risk faktoru səbəbindən baş verdiyi güman edilir: yüksək qan təzyiqi, tütün, spirtli içki, qanda xolesterinin miqdarının yüksək olması, artıq çəki, az meyvə və tərəvəz qəbul etmə, zəif fiziki aktivlik<sup>1</sup>. Azərbaycanda isə yuxarıda qeyd olunan bu yeddi risk faktoru səbəbindən xəstələnmə yükü 38,9% olsa da, onların ümumi ölüm səbəblərindəki payı 87,7% təşkil edir<sup>2</sup>.

1990-cı illərin əvvəllərində Sovet İttifaqının parçalanmasından sonra Azərbaycanın Dağlıq Qarabağ bölgəsində baş verən silahlı münaqişə, böyük sayda qaçqın və məcburi köçkünlərin axını və səhiyyə sektorunun pis vəziyyətə düşməsi nəticəsində ölkədə ölüm hallarının sayı kəskin şəkildə artdı. 1990-cı illərin sonunda isə neft sektoruna investisiya qoyuluşu neft gəlirlərinin artmasına və iqtisadi fəallığın yüksəlməsinə səbəb oldu. Ötən bir neçə onillikdə beynəlxalq ictimaiyyətin dəstəyi ilə Azərbaycanda yoluxucu xəstəliklərin qarşısının alınmasına və səhiyyə sistemində islahatların aparılmasına cəhd edilib. Buna baxmayaraq qeyri-infeksiyon xəstəliklər və xüsusilə də onların risk faktorlarının qarşısının alınması istiqamətində əsas siyasi qərarverici şəxslərin və hökumətin bir sıra tədbirlər həyata keçirməsinə ehtiyac var. Qeyri-infeksiyon xəstəliklərin artmaqda olan yükü ölkənin davamlı inkişafı və iqtisadiyyatının keçid mərhələsinin uğurla başa çatdırılmasına mane ola bilər.

Hesabatda aşağıdakı məqsədlərə nail olmaq nəzərdə tutulur:

- Siyasət, proqram və qarşısı alınma tədbirlərinin planlaşdırılması, monitoring və qiymətləndirilməsi üçün zəruri ilkin informasiya bazasını toplamaq və yaymaq;
- QİX-in qarşısının alınması və bu xəstəlikləri nəzarətdə saxlamaq üçün ölkənin ehtiyaclarını, mövcud boşluqları, imkanları və addımları sənədləşdirmək, təhlil etmək və müəyyənləşdirmək;
- Əsas qərarverici şəxsləri məlumatlandırmaq və QİX üzrə fəaliyyətlər nümunəsi yaratmaq.

Hesabat ÜST-nin Avropa üzrə Regional Ofisinin hazırladığı nümunə əsasında tərtib olunub. Ürək-damar xəstəlikləri, xərçəng, şəkərli diabet və tənəffüs orqanlarının xroniki xəstəliyi kimi dörd xroniki sağlamlıq vəziyyəti ilə yanaşı, cəmiyyət və səhiyyə sektoruna əhəmiyyətli təsiri olduğundan hesabatda kənar səbəblərdən baş verən xəstələnmə və ölüm halları da təhlil edilir. Təhlil metodologiyasına rəsmi statistika, beynəlxalq məlumat bazası, epidemioloji araşdırmalar və əhali arasında aparılmış sorğulardan əldə oluna bilən informasiyanın və məlumat bazasının toplanması və nəzərdən keçirilməsi daxildir. Bundan əlavə dövlət səhiyyə xidməti rəsmiləri, tibbi xidmətlərin təchizatçıları və qeyri-hökumət səhiyyə xidməti təşkilatlarının nümayəndələri ilə intervyyular aparılıb.

İnformasiyanın dəqiqliyi və tamlığı üçün bütün cəhdlər göstərilməsinə baxmayaraq, bu hesabatda verilən informasiyanın etibarlılığına və keyfiyyətinə dair öhdəliyi işçi qrup öz üzərinə götürür. Xəstələnmə və ölüm halları ilə bağlı statistik məlumatlar Dövlət Statistika Komitəsi (DSK) və Səhiyyə Nazirliyinin Statistika və İnformatika İdarəsindən (Sİİ) əldə olunub. Standartlaşdırılmış ölüm göstəriciləri Avropada Hamı üçün Səhiyyə Məlumat

Bazasından (HÜS-MB) götürülüb. Risk faktorları, davranışlar, sağlamlıq barədə bilik üzrə məlumat toplamaq üçün əhali arasında aparılmış sorğulardan istifadə olunub. Bütün seçilmiş ölkələr üçün müvafiq il üzrə məlumat əldə etmək mümkün olduğu halda beynəlxalq müqayisələr aparılmışdır. Bu hesabatın bir hissəsində bəhs olunduğu kimi milli səhiyyə informasiya sistemində mövcud boşluqlar həmişə qənaətbəxş informasiya almağa imkan vermir. Buna görə də mümkün olduğu hallarda mövcud şəraiti daha yaxşı başa düşmək üçün müxtəlif mənbələrdən olan məlumatlar da təqdim olunmuşdur. Kifayət qədər məlumat və araşdırmalar olmadığından iqtisadi təsirlə bağlı təhlil aparılmayıb.

## 2 Qeyri-infeksiyon xəstəliklərin yayılması

### 2.1 Yaş və cins qrupları üzrə xəstələnmə və ölüm halları göstəriciləri:

#### 2.1.1 Ümumi məlumat

Azərbaycan Respublikası Xəzər dənizinin qərb sahilində yerləşir və şimaldan Rusiya, cənubdan İran və Türkiyə, qərbdən isə Gürcüstan və Ermənistanla həmsərhəddir. 2008-ci ildə ölkə əhalisinin sayı 8,63 milyon nəfər olub. Ölkə 66 inzibati ərazi vahidinin daxil olduğu 10 iqtisadi regiona bölünür<sup>3</sup>. 2 milyon nəfərdən artıq əhalisi olan Bakı şəhəri ölkənin paytaxtı və ən böyük şəhəri hesab olunur. Böyüklüyünə görə ikinci şəhər Gəncə şəhəridir (320 min nəfər əhali).

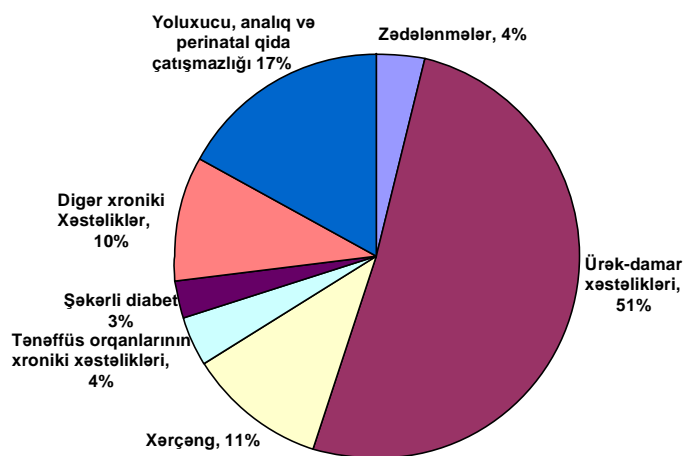
Cəmiyyətin və səhiyyə sektorunun əsas sağlamlıq yükünü təşkil edən qeyri-infeksiyon xəstəliklər Azərbaycanda ölüm və xəstələnmə hallarının başlıca səbəbi hesab olunur. Azərbaycan Dövlət Statistika Komitəsinin (DSK) məlumatına əsasən 2007-ci ildə ölkə üzrə ümumilikdə 53655 ölüm halı qeydə alınmış və bunların 53%-ni kişilər təşkil edib<sup>4</sup>. 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. Buna baxmayaraq tənəffüs orqanları xəstəliklərinə həmçinin yoluxucu xəstəliklər də daxil edildiyindən sırf qeyri-infeksiyon xəstəliklər səbəbində ölüm göstəricilərinin payı nisbətən aşağı göstərilir:

**Cədvəl 2-1: Beş əsas səbəbdən ölüm yükü (2007)**

| Ölüm hallarının səbəbləri                                   | Ölüm halları | %     |
|---|--------------|-------|
| Ölüm hallarının ümumi sayı                                  | 53655        | 100   |
| Qan dövranı sistemi xəstəlikləri                            | 30355        | 56.57 |
| Yenitörəmələr   | 6650         | 12.39 |
| Tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri                          | 3725         | 6.94  |
| Həzm orqanlarının xəstəlikləri                              | 3206         | 5.97  |
| Zədələnmələr, zəhərlənmələr və xarici səbəblərin təsirindən | 3007         | 5.6   |

*Mənbə:* Dövlət Statistika Komitəsi

ÜST-nin hesablamalarına görə 2002-ci ildə cəmi ölüm hallarının 83%-i xroniki xəstəliklər və zədələnmələr səbəbindən baş vermişdir.



**Diagram 2.1: Ölüm göstəriciləri, Azərbaycan, 2002 (ÜST. Azərbaycanda Xroniki Xəstəliklərin Təsiri)**

### 2.1.2 Ürək-damar xəstəlikləri

Ürək-damar xəstəlikləri ürək və qan damar xəstəlikləri qrupudur. Bu xəstəliklər arteriyaların içəri divarlarında piy və xolesterinin yığılması nəticəsində əmələ gəlir. Bu proses ürək və beynin qanla təchizatını azaldır və nəticədə miokard infarktı və insultun baş verməsi ilə nəticələnir. Ürək-damar xəstəliklərində qanda xolesterinin miqdarının çoxluğu, şəkər, yüksək qan təzyiqi, tütün çəkmə, piylənmə və fiziki passivlik kimi bir neçə faktor rol oynayır. Azərbaycanda bu risklərin çox olması əksər insanlarda ürək-damar xəstəliklərinin meydana gəlmə təhlükəsini artırır.

2007-ci ildə qeyri-infeksiyon xəstəliklər səbəbindən baş verən ölüm halları arasında əsas hissə ürək-damar xəstəliklərinin payına düşür. Belə ki, qan-damar sistemi xəstəlikləri səbəbindən ölüm hallarının sayı 30355 olmuş və bu 2007-ci ildə ümumi ölüm hallarının 56,5%-ni təşkil etmişdir<sup>5</sup>. Ürəyin işemik xəstəliyi səbəbindən ölüm hallarının sayı 15766 nəfər, beyin-damar xəstəlikləri (həm işemik, həm də beyin qansızması) səbəbindən isə ölüm hallarının sayı 7419 nəfər təşkil etmişdir<sup>6</sup>. Qan-damar sistemi xəstəliklərində ölənlərin 28%-ni 65 yaşadək insanlar təşkil edir.

**Cədvəl 2-2: Qan-damar sistemi xəstəlikləri səbəbindən ölüm halları göstəriciləri**

| Göstərici  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  | 2005  | 2006  | 2007  |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ölüm göstəriciləri, hər 100000 nəfərə                        | 316.2 | 329.2 | 344.6 | 344.8 | 355.3 | 355.2 | 358.8 |
| Kişilər arasında ölüm göstəriciləri, hər 100000 nəfərə       | 314.2 | 330.7 | 343.5 | 349.6 | 363.7 | 361.6 | 363.6 |
| Qadınlar arasında ölüm göstəriciləri, hər 100000 nəfərə      | 318.1 | 327.7 | 345.6 | 346.4 | 347.2 | 349.1 | 354.1 |
| Şəhər əhalisi arasında ölüm göstəriciləri, hər 100000 nəfərə | 344.6 | 349.9 | 361.5 | 369.3 | 374.9 | 373.8 | 370.9 |
| Kənd əhalisi arasında ölüm göstəriciləri, hər 100000 nəfərə  | 286.9 | 307.9 | 326.6 | 325.4 | 334.5 | 335.4 | 345.8 |

Mənbə: Dövlət Statistika Komitəsi

Ölüm halları göstəricilərinə dair statistik məlumatlara əsasən həm qadınlar, həm də kişilər arasında ölüm göstəricilərində qan-damar sistemi xəstəliklərindən ölüm hallarının sayı çoxalmışdır. 2001-2007-ci illər ərzində ümumi əhali arasında ölüm halları 13,4% artmışdır. 2001-ci illə müqayisədə 2007-ci ildə kənd əhalisi arasında ölüm hallarının sayı 20%, şəhər əhalisi arasında isə 7,6% artmışdır. Qadınlarla müqayisədə kişilər arasında ölüm göstəriciləri nisbətən çox olub və eyni tendensiya şəhər və kənd yerləri arasında müşahidə olunmuşdur.

**Cədvəl 2-3: Seçilmiş ölkələr üzrə standartlaşdırılmış ölüm əmsalları (2007-ci il)**

| Ölkə  | Bütün yaş qrupları üzrə<br>hər 100000 nəfərə | 0-64 yaş arası<br>hər 100000 nəfərə |
|---|--|-------------------------------------|
| Rusiya Federasiyası (2006-cı il üzrə)                         | 782.4  | 250.6                               |
| Qazaxıstan  | 814.7  | 264.8                               |
| <b>Azərbaycan</b>   | <b>551.5</b>                                 | <b>137.3</b>                        |
| Müstəqil Dövlətlər Birliyi MDB (2006-cı il üzrə)              | 766.8  | 230.8                               |
| Avropa Birliyi (AB)   | 251.9  | 50.3                                |
| AB – 2004-cü ildən əvvəlki üzv ölkələr üzrə (2006-cı il üzrə) | 196.9  | 35.4                                |
| AB – 2004 və ya 2007-ci ildən sonrakı üzv ölkələr üzrə        | 467.9  | 105.9                               |

*Mənbə:* Avropada Hamı üçün Səhiyyə Məlumat Bazası (Yanvar 2009)

Qan-damar sistemi xəstəlikləri üzrə standartlaşdırılmış ölüm göstəricilərinə əsasən, Azərbaycanın bu indikator üzrə göstəriciləri MDB ölkələri üzrə orta göstəricidən aşağı, lakin Avropa Birliyinə üzv olan dövlətlərin müvafiq göstəricilərindən təqribən iki dəfə yuxarıdır.

**Cədvəl 2-4: Ürək-damar xəstəlikləri üzrə xəstələnmə halları göstəriciləri**

| Göstərici   | 2001   | 2002  | 2003  | 2004  | 2005  | 2006  | 2007   |
|---|--------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Yeni aşkarlanmalar, hər 100000 nəfərə <sup>1)</sup>   | yoxdur | 1270  | 1324  | 1348  | 1419  | 1396  | 1294   |
| 18 yaşdan yuxarı əhali arasında yeni aşkarlanmalar, hər 100000 nəfərə <sup>1)</sup>         | 1683   | 1705  | 1776  | 1782  | 1856  | 1806  | yoxdur |
| Xəstəxanadan çıxarışlar, qan-damar sistemi xəstəlikləri, hər 100000 nəfərə <sup>2)</sup>    | 483.7  | 515.1 | 540.7 | 569.5 | 571.8 | 625   | 641.1  |
| Xəstəxanadan çıxarışlar, ürəyin işemik xəstəliyi, hər 100000 nəfərə <sup>2)</sup>           | 161.9  | 155.3 | 165.8 | 183.6 | 174.7 | 181.6 | 186.4  |
| Xəstəxanadan çıxarışlar, beyin qan-damar sistemi xəstəliyi, hər 100000 nəfərə <sup>2)</sup> | 48     | 52.5  | 47.8  | 52.3  | 52.2  | 62.5  | 65.5   |

*Mənbələr:* 1) Dövlət Statistika Komitəsi;

2) Avropada Hamı üçün Səhiyyə Məlumat Bazası

Ürək-damar sistemi xəstəlikləri səbəbindən hospitalizasiya hallarının sayı 2001-2007-ci illər arasında 25% artmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, ürək-damar xəstəlikləri səbəbindən baş verən bir çox hospitalizasiya halları gələcəkdə ilkin səhiyyə xidmətlərində aparılan qarşısı alınma tədbirləri və ambulatoriyalarda müalicə vasitəsilə azaldıla bilər.

### 2.1.3 Bədxassəli törəmələr

Xərçəng hüceyrələrinin çoxalması, başqa toxumalara yayılması və metastaz verməsi ilə xarakterizə olunur. Tütün çəkmə, piylənmə, passiv həyat tərzi, təhlükəli cinsi əlaqə və keyfiyyətsiz qidalanma bədxassəli şişlər üçün dəyişkən risk faktorlar hesab olunur. Ətraf mühitin çirklənməsi və iş mühitinin təsirləri həmçinin bədxassəli yenitörəmələrə səbəb ola bilər və eyni zamanda bəzi virusların bədxassəli hüceyrələrin çoxalmasına təsir göstərdiyi aşkar olunub. Buna baxmayaraq bədxassəli törəmələrin bir çox formalarına səbəb olan risk faktorları hələ də aşkar olunmayıb.

Bədxassəli törəmələrdən əziyyət çəkən xəstələrlə bağlı dövlət registri hazırda işlənib-hazırlanır və buna görə də bədxassəli törəmələrlə xəstələnmə və bu səbəbdən ölüm halları haqqında informasiya tam deyil. Ürək-damar xəstəliklərindən sonra bədxassəli törəmələr Azərbaycanda ölümün ikinci əsas göstəricisi hesab olunur. 2007-ci ildə bədxassəli törəmələr səbəbindən ölənlərin sayı 6650 nəfər olmuşdur<sup>5</sup>. Bu ölüm hallarının yarısından çoxunu (52%-i) 65 yaşına qədər olan xəstələr təşkil edib<sup>6</sup>. Bədxassəli törəmələrin ən geniş yayılmış formaları döş xərçəngi, ağ ciyər xərçəngi, mədə xərçəngi, qida borusunun xərçəngi, o cümlədən yoğun və düz bağırsağın xərçəngidir.

**Cədvəl 2-5: Bədxassəli törəmələr səbəbindən ölüm halları**

| Göstərici   | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|
| Ölüm göstəriciləri, hər 100000 nəfərə                       | 68.3 | 72.8 | 77.0 | 74.6 | 77.2 | 77.9 | 78.6 |
| Kişilər arasında ölüm göstəriciləri, hər 100000 nəfərə      | 78.9 | 82.9 | 88.5 | 83.2 | 86.5 | 88.4 | 89.2 |
| Qadınlar arasında ölüm göstəriciləri, hər 100000, nəfərə    | 58.1 | 63.1 | 65.9 | 66.3 | 68.1 | 67.7 | 68.2 |
| Şəhər əhalisi arasında ölüm göstəriciləri hər 100000 nəfərə | 72.0 | 75.9 | 79.3 | 80.5 | 84.1 | 85.4 | 87.3 |
| Kənd əhalisi arasında ölüm göstəriciləri hər 100000 nəfərə  | 64.4 | 69.5 | 74.6 | 68.3 | 69.7 | 69.9 | 69.3 |

*Mənbə:* Dövlət Statistika Komitəsi

Rəsmi statistika göstərir ki, hər 100000 nəfərə düşən bədxassəli törəmələrin bütün formalarının sayı 2001-2007-ci illər ərzində 68,3 nəfərdən 78,6 nəfərə və ya 15% artmışdır. Statistik məlumat həmçinin göstərir ki, qadınlarla müqayisədə kişilər (hər 100000 nəfərə müvafiq olaraq 68,2 və 89,2 nəfər) arasında bədxassəli törəmələr səbəbindən ölüm halları 30%, kənd əhalisi ilə müqayisədə şəhər əhalisi arasında (hər 100000 nəfərə müvafiq olaraq 69,3 və 87,3 nəfər) bədxassəli törəmələr səbəbindən ölüm halları 26% daha çoxdur.



**Cədvəl 2-6: Seçilmiş ölkələr üzrə bədxassəli törəmələrin bütün formaları səbəbindən standartlaşdırılmış ölüm əmsalları (2007-ci il)**

| Ölkə  | Bütün yaş qrupları üzrə hər 100000 nəfərə | 0-64 yaş arası hər 100000 nəfərə |
|---|---|----------------------------------|
| Rusiya Federasiyası (2006-cı il üzrə)                         | 181.2                                     | 98.9                             |
| Qazaxıstan  | 164.8                                     | 89.0                             |
| <b>Azərbaycan</b>   | <b>87.4</b>                               | <b>49.9</b>                      |
| MDB (2006-cı il üzrə)   | 156.5                                     | 92.2                             |
| AB  | 175.6                                     | 88.2                             |
| AB – 2004-cü ildən əvvəlki üzv ölkələr üzrə (2006-cı il üzrə) | 169.5                                     | 69.3                             |
| AB – 2004 və ya 2007-ci ildən sonrakı üzv ölkələr üzrə        | 200.1                                     | 100.1                            |

*Mənbə:* Avropada HÜS-MB (Yanvar 2009)

Digər ölkələrlə müqayisədə, Azərbaycan MDB və AB üzv dövlətləri üzrə orta göstəriciyə nisbətən daha az ölüm göstəricilərinə malikdir. Buna baxmayaraq bunu bədxassəli törəmələrin təhlükəsinin azalması, yaxud zəruri məlumatın verilməməsi ilə əlaqədar olduğu məlum deyil.

2007-ci ildə 7000 nəfərdən artıq adama bədxassəli törəmələr diaqnozu qoyulmuşdur<sup>7</sup>. Kişilər və qadınlar arasında bu xəstəliyin ilk dəfə aşkarlanmasında ciddi fərqlər nəzərə çarpmır: müvafiq olaraq hər 100000 nəfərə 83,9 və 82,3 nəfər.

**Cədvəl 2-7: Bədxassəli törəmələrin ilk dəfə aşkarlanması və yayılması**

| Göstərici                          | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Yeni aşkarlanma, hər 100000 nəfərə | 60.6 | 65.9 | 68.9 | 74.6 | 75.9 | 80.8 | 83.0 |
| Xəstəliyin yayılması, %            | 0.26 | 0.24 | 0.26 | 0.27 | 0.27 | 0.29 | 0.28 |

*Mənbə:* Dövlət Statistika Komitəsi

Bədxassəli törəmələrin aşkarlanması 2000-ci ildə hər 100000 nəfərə 60,6 nəfərdən 2007-ci ildə 83 nəfərə qədər artıb. Bununla belə, xəstəliyin yayılmasında eyni tendensiya müşahidə olunmamış və bu da, güman ki, yüksək ölüm göstəricilərinin olması ilə əlaqədardır.

Bədxassəli törəmələrin ayrı-ayrı növləri üzrə aşkarlanma göstəriciləri fərqlidir. Qadınlar arasında bədxassəli törəmələrin ən çox yeni aşkarlanan forması döş xərçəngidir və 2007-ci ildə bədxassəli törəmələrin bu növü üzrə yeni aşkarlanma hər 100000 nəfər qadına 24,5 nəfər olub. Nəfəs borusu, bronxların və ağ ciyər xərçənginin aşkarlanması qadınlara nisbətən kişilər arasında xeyli çoxdur: hər 100000 kişi arasında 17,7 nəfər və hər 100000 qadın arasında 3,06 nəfər. Bu, qadınlara nisbətən kişilər arasında bütün çəkmənin daha çox yayılması ilə izah olunur.

**Cədvəl 2-8: Bədxassəli törəmələrin beş ən çox aşkarlanan forması (2007-ci il)**

| Bədxassəli törəmənin növü                       | Yeni aşkarlanma, hər 100000 nəfərə |
|---|------------------------------------|
| Döş xərçəngi                                    | 24.5 (qadınlar)                    |
| Nəfəs borusu, bronxların və ağ ciyərin xərçəngi | 10.4                               |
| Mədə xərçəngi                                   | 9.6                                |
| Qida borusu xərçəngi                            | 4.1                                |
| Yoğun və düz bağırsağın xərçəngi                | 3                                  |

*Mənbə:* Dövlət Statistika Komitəsi

Buna baxmayaraq, standartlaşdırılmış ölüm göstəricilərinə görə əsas yük, xüsusilə də kişilər arasında, nəfəs borusu, bronxlar və ağ ciyərin xərçənginin üzərinə düşür.

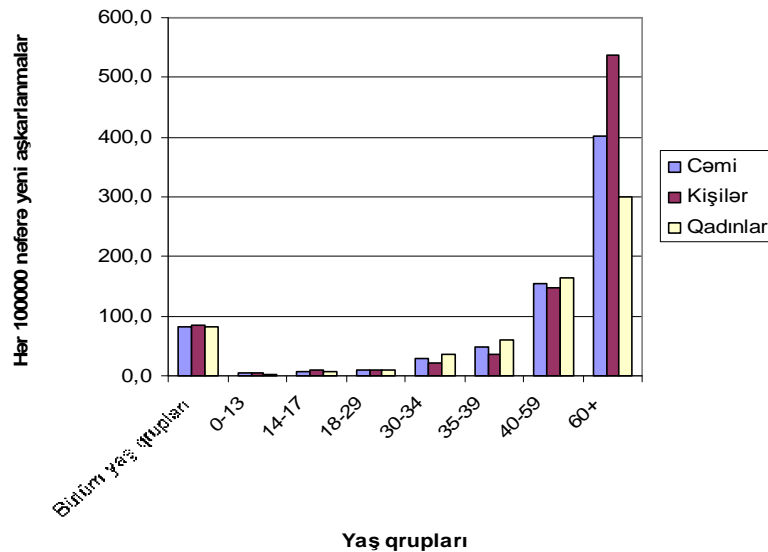
**Cədvəl 2-9: Bədxassəli törəmələrin ən yüksək standartlaşdırılmış ölüm əmsalına (SÖƏ) malik iki növü (2007-ci il)**

| Bədxassəli törəmənin növü                                  | SÖƏ, hər 100000 nəfərə |
|--|------------------------|
| Döş xərçəngi (qadınlar)                                    | 7.63                   |
| Nəfəs borusu, bronxların və ağ ciyərin xərçəngi            | 9.8                    |
| Nəfəs borusu, bronxların və ağ ciyərin xərçəngi – kişilər  | 16.9                   |
| Nəfəs borusu, bronxların və ağ ciyərin xərçəngi - qadınlar | 3.8                    |

Mənbə: Avropada HÜS-MB (Yanvar 2009)

Bədxassəli törəmələrlə xəstələnmə riski daha çox yaşla əlaqədardır. Yeni halların 42%-i 60 yaş və ondan yuxarı yaş qrupları arasında aşkar olunmuşdur (**Diagram 2.2**). Təəssüf ki, yaş qrupları haqqında mövcud məlumat bazası qeyri-bərabər intervallarda bölündüyündən müqayisələrin aparılması etibarlılığı aşağı ola bilər.

Azərbaycanın üç regionunda aparılmış araşdırma nəticəsində bədxassəli törəmələrin aşkarlanması və ölüm göstəricilərində fərqlər aşkar edilmişdir<sup>8</sup>. Araşdırmada göstərilir ki, sidik kisəsi və ağ ciyər xərçəngi, habelə bədxassəli törəmələrin bütün toplanmış növləri üzrə risk ölkənin digər bölgələri ilə müqayisədə Sumqayıt şəhərində daha çoxdur. Sumqayıt şəhərində bədxassəli törəmələrlə xəstələnmə halı riskinin daha çox olması bu şəhərin ölkənin əsas neft-kimya sənayesi mərkəzi olması və uzun müddət ərzində ətraf mühitin çirklənməsi, eləcə də iş şəraitinin təsiri ilə əlaqələndirilə bilər.



**Diagram 2.2: Yaş qrupları üzrə bədxassəli törəmələrin aşkarlanması, 2007.**

Bakıda yerləşən Milli Onkologiya Mərkəzinin bildirdiyinə görə bu cür xəstələr qeydiyyatla alınacaq və yerli ambulator-poliklinik tibb müəssisələri bu barədə hesabatlar təqdim edəcəklər. Hazırda işlənib-hazırlanan registrin gələcəkdə bədxassəli törəmələri olan xəstələr barədə daha etibarlı və dəqiq məlumatı təmin edəcəyi gözlənilir.

Bədxassəli törəmələrin effektiv müalicəsi və nəzarətdə saxlanması üçün onların ilkin aşkarlanması zəruridir. Uşaqlıq boyunu, döş, həmçinin yoğun və düz bağırsağın xərçəngi kimi xəstəliklərin “skrininq”-inin aparılması bu cür xəstəliklərin erkən mərhələdə və ya hətta xərçəngdən əvvəl dəyişikliklərin aşkarlanması baxımından səmərəli ola bilər<sup>9</sup>. İnsan papilomavirusu üzrə immunizasiya aparılması uşaqlıq boyunu xərçənginin qarşısının alınmasına kömək edir və uşaqlıq dövrü immunizasiya cədvəlinə bu immunizasiyanın da daxil edilməsi tövsiyə olunur. Buna baxmayaraq əhali arasında “skrininq” proqramları həyata keçirilmir və buna görə də bədxassəli törəmələrin bir çoxu ilə bağlı diaqnozlar son mərhələdə qoyulur. Tütün çəkmə, keyfiyyətsiz qidalanma, oturaq həyat tərzi və spirtli içkilərdən istifadə kimi dəyişkən risk faktorlarının yayılmasını azaltmaqla bədxassəli törəmələrin böyük hissəsinin qarşısı alınma bilər<sup>10</sup>. 2000-ci ildə ağ ciyər xərçəngi səbəbindən 478 ölüm halının, bütün növ xərçəng səbəbindən 734 ölüm halının səbəbi tütün çəkmək olmuşdur<sup>11</sup>. Belə ki, bədxassəli törəmələrlə bağlı artmaqda olan göstəriciləri yaxşıya doğru dəyişdirmək üçün özündə bədxassəli törəmələri olan xəstələrin registri, bədxassəli törəmələrin bəzi növlərinin “skrininq”-i, o cümlədən risk faktorlarının azaldılmasına yönələn tədbirləri əks etdirən ümumiləşdirilmiş qarşısı alınma tədbirlər proqramı işlənməlidir.

#### 2.1.4 Şəkərli diabet

Şəkərli diabet insulinin aşağı səviyyədə yaranması və ya qeyri-qənaətbəxş fəaliyyəti nəticəsində qanda qlükozanın miqdarının artması ilə xarakterizə olunan xroniki xəstəlikdir. Yaranma səbəbləri və xəstəlik mexanizmlərinin fərqlənməsindən asılı olaraq şəkərli diabetin bir neçə növü vardır. Birinci tipə aid şəkərli diabet genetik meyillilik və virus infeksiyaları və ya kimyəvi maddələrin və dərmanların təsiri kimi kənar faktorların kombinasiyası nəticəsində meydana gəlir. Buna baxmayaraq ikinci tip şəkərli diabetin etiologiyası genetik meyillilik və piylənmə, oturaq həyat tərzi və qeyri-sağlam qidalanma kimi davranışla bağlı risk faktorları ilə əlaqədardır. Buna görə də ikinci tipə aid şəkərli diabet hallarının əksəriyyətinin qeyri-sağlam davranış və həyat tərzlərini aradan qaldırmaqla qarşısını almaq olar.

2007-ci ildə şəkərli diabet səbəbindən ölüm hallarının sayı 980 nəfər olub<sup>5</sup>. Bu ölüm hallarının 32%-i ikinci tip şəkərli diabetli xəstələr olmuşdur. Ölənlərin 59%-i qadınlar və 429 nəfəri və ya 43,7%-i 65 yaşadək xəstələr olmuşdur<sup>6</sup>. Dövlət Statistika Komitəsinin məlumatına görə 2000-ci illə müqayisədə şəkərli diabetli xəstələr arasında aşkarlanma halları iki dəfədən çox artıb (**Cədvəl 2.10**). 2007-ci ildə şəkərli diabet xəstəliyi üzrə xəstələnmə hallarının sayı 14000 nəfər olub. Bu xəstələrdən 10114 nəfərinə ikinci tip şəkərli diabet diaqnozu qoyulub. 2007-ci ildə şəkərli diabetli xəstələr arasında aşkarlanma halları hər 100000 əhaliyə 165.4 nəfər təşkil etmiş və 2000-ci illə (hər 100000 əhaliyə 73 nəfər) müqayisədə bu göstəricinin artdığı müşahidə olunur<sup>12</sup>.

2007-ci ildə ambulator-poliklinik tibb müəssisələrində qeydiyyatdan keçən şəkərli diabetli xəstələrin sayı 76 753 nəfər olub. Rəsmi statistika göstərir ki, 2000-2007-ci illər ərzində hər 100000 nəfərə düşən qeydiyyatda olan şəkərli diabetli xəstələrin sayı 70% artmışdır. İkinci tipə aid şəkərli diabetli xəstələrin sayında artım daha çox olmuşdur. Bu cür xəstələrin sayı hər 100000 nəfər əhaliyə 371 nəfərdən 709 nəfərə qədər artaraq ümumi artım 90% təşkil etmişdir. Bu, 2005-ci ildə Azərbaycan hökumətinin Şəkərli Diabet üzrə Dövlət Proqramını həyata keçirməsi ilə izah oluna bilər. Dövlət Proqramı çərçivəsində şəkərli diabetli xəstələrə pulsuz şəkərsalıcı dərman preparatları, o cümlədən insulin və qlükometrler verilir və bu da xəstələrin dövlət ambulator-poliklinik tibb müəssisələrində qeydiyyata düşməsinə zəmin yaradır.

**Cədvəl 2-10: Azərbaycanda şəkərli diabetin aşkarlanması və yayılması**

| Göstərici  | 2000         | 2002         | 2003         | 2004         | 2005         | 2006         | 2007         |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Yeni aşkarlanmalar, cəmi</b>  | <b>5792</b>  | <b>6168</b>  | <b>7287</b>  | <b>8812</b>  | <b>9825</b>  | <b>14894</b> | <b>13993</b> |
| 1-ci tip şəkərli diabet  | 2315         | 2357         | 2768         | 3323         | 2940         | 4068         | 3417         |
| 2-ci tip şəkərli diabet  | 3477         | 3811         | 4519         | 5489         | 6885         | 10475        | 10114        |
| <b>Hər 100000 nəfər əhali arasında aşkarlanma</b>                                    | <b>73,1</b>  | <b>76,6</b>  | <b>89,8</b>  | <b>107,6</b> | <b>118,8</b> | <b>178,1</b> | <b>165,4</b> |
| 1-ci tip şəkərli diabet  | 29,2         | 29,3         | 34,1         | 40,6         | 35,5         | 48,6         | 40,4         |
| 2-ci tip şəkərli diabet  | 43,9         | 47,3         | 55,7         | 67,0         | 83,2         | 125,2        | 119,5        |
| <b>Qeydiyyatdan keçmiş xəstələrin sayı, cəmi</b>                                     | <b>42448</b> | <b>46504</b> | <b>49083</b> | <b>52465</b> | <b>55713</b> | <b>64804</b> | <b>76753</b> |
| 1-ci tip şəkərli diabet  | 13006        | 14136        | 14970        | 14970        | 14705        | 14590        | 16487        |
| 2-ci tip şəkərli diabet  | 29442        | 32368        | 34113        | 37495        | 41008        | 49043        | 59987        |
| <b>Hər 100000 nəfər əhali arasında qeydiyyatdan keçmiş xəstələrin sayı (yayılma)</b> | <b>535,4</b> | <b>577,5</b> | <b>604,9</b> | <b>640,9</b> | <b>673,5</b> | <b>774,8</b> | <b>907,1</b> |
| 1-ci tip şəkərli diabet  | 164,0        | 175,6        | 184,5        | 182,9        | 177,8        | 174,4        | 194,9        |
| 2-ci tip şəkərli diabet  | 371,3        | 402,0        | 420,4        | 458,0        | 495,8        | 586,3        | 709,0        |

Mənbə: Dövlət Statistika Komitəsi

Şəkərli diabet xəstələrin zəifləməsinə səbəb olan xəstəlikdir və bu cür xəstələrin yaşayış şəraitinin çətinləməsinə səbəb olan güclü ağırlaşmaları ola bilər. Bu ömürlük müalicə xəstələrin, onların ailələrinin və ölkənin səhiyyə sisteminin üzərinə ağır yük salmaqla böyük resurslar tələb edir.

### 2.1.5 Tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri

Tənəffüs orqanlarının xroniki xəstəliklərinə astma, ağ ciyər (peşə) xəstəlikləri və xroniki obstruktiv ağ ciyər xəstəlikləri (XOACX) daxildir. XOACX tənəffüsü çətinləşdirən hava yollarının daralması ilə xarakterizə edilən ağ ciyər xəstəlikləri qrupuna daxildir. XOACX-yə xroniki bronxit və emfizema xəstəlikləri daxildir. XOACX-nin əsas səbəblərinə tütün çəkmə, iş şəraitinin təsirləri və açıq və qapalı yerlərdə havanın çirklənməsi aid edilir. ÜST-nin hesablamalarına görə 2002-ci ildə Azərbaycanda ölüm hallarının 4%-i tənəffüs orqanlarının xroniki xəstəlikləri səbəbindən baş vermişdir<sup>4</sup>.

Azərbaycanda ölüm və xəstələnmə hallarına dair məlumat XBT-10 əsasında verilir və tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri ilə bağlı əldə olunan məlumata bu hesabatın əhatə dairəsindən kənar olan yoluxucu xəstəliklər və digər sağlamlıq halları da daxil edilir. Tənəffüs orqanlarının xroniki xəstəliklərinin yayılması sabit olaraq qalır və 2000-ci illə müqayisədə 2007-ci ildə hər 100000 nəfər əhaliyə düşən bu cür xəstələrin sayı 0,88 nəfərdən 0,85 nəfərə qədər azalmışdır.

Beynəlxalq müqayisələr göstərir ki, XOACX-nin Azərbaycanda yayılma səviyyəsi Qazaxıstan, Rusiya Federasiyası, MDB və AB üzv dövlətləri ilə müqayisədə aşağıdır.

**Cədvəl 2-11: XOACX-nin yayılması**

| Ölkə   | Xəstəliyin yayılması (%) |
|--|--------------------------|
| Rusiya Federasiyası (2006)                           | 2.63                     |
| Qazaxıstan   | 2.0                      |
| <b>Azərbaycan</b>                                    | <b>0.85</b>              |
| MDB  | 2.41                     |
| 2004 və ya 2007-ci ildən sonra AB-nin üzv dövlətləri | 1.59                     |

Mənbə: Avropada Hamı üçün Səhiyyə Məlumat Bazası (Yanvar 2009)

Daha ətraflı təhlillər aparmaq üçün tənəffüs orqanlarının xroniki xəstəlikləri ilə bağlı etibarlı informasiya əldə etmək mümkün deyil.

### 2.1.6 Xarici təsirlər

ÜST-nin hesablamalarına görə avtomobil qəzaları, zəhərlənmələr, yanıqlar, zorakılıq, öz-özünə zədə yetirmə və ya müharibələr zamanı aldığı zədələr nəticəsində hər il dünyada beş milyon insan həlak olur<sup>13</sup>.

2007-ci ildə Azərbaycanda zədələnmələr və zəhərlənmələr kimi xarici təsirlər səbəbindən baş verən ölüm hallarının sayı 3007 nəfər olmuş və bu bütün ölüm hallarının 5,6%-ni təşkil etmişdir<sup>5</sup>. Ötən altı il ərzində xarici təsirlər səbəbindən ölüm halları kəskin şəkildə artmışdır (2002-ci ildə 23,2 və 2007-ci ildə 35,5). Kişilər arasında xarici təsirlərin səbəbindən baş verən ölüm halları qadınlara nisbətən üç dəfədən artıq yüksəkdir: müvafiq olaraq hər 100000 nəfər əhaliyə 56,3 və 15,3 nəfər.

**Cədvəl 2-12: Xarici təsirlər səbəbindən ölüm halları**

| Göstərici  | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| Ölüm hallarının sayı   | 1869 | 2097 | 2249 | 2698 | 2686 | 3007 |
| Hər 100000 əhaliyə ölüm göstəriciləri                              | 23.2 | 25.8 | 27.5 | 32.6 | 32.1 | 35.5 |
| Kişilər arasında hər 100000 nəfər əhaliyə ölüm göstəriciləri       | 36.0 | 39.7 | 42.1 | 49.9 | 50.2 | 56.3 |
| Qadınlar arasında hər 100000 nəfər əhaliyə ölüm göstəriciləri      | 10.9 | 12.5 | 13.3 | 15.9 | 14.6 | 15.3 |
| Şəhər əhalisi arasında hər 100000 nəfər əhaliyə ölüm göstəriciləri | 26.3 | 28.8 | 31.0 | 37.1 | 36.6 | 37.9 |
| Kənd əhalisi arasında hər 100000 nəfər əhaliyə ölüm göstəriciləri  | 20.0 | 22.7 | 23.7 | 27.8 | 27.4 | 33.0 |

Mənbə: Dövlət Statistika Komitəsi

2007-ci ildə 107000 insan zədələnmələrlə əlaqədar müalicə olunmuşdur. Ölüm hallarının əksinə olaraq, əhali arasında xəstələnmə halları azalmış və 2002-ci ildə hər 100000 nəfər əhaliyə 141,1 nəfərdən 2007-ci ildə 126,7 nəfərə qədər azalmışdır<sup>12</sup>. Zədələnmə və ölüm göstəricilərində müxtəlif tendensiyaların müşahidə edilməsi yüksək ölüm göstəricisi ilə xarakterizə olunan nəqliyyat qəzalarının sayının artması ilə izah edilə bilər.

**Cədvəl 2-13: Xarici təsirlər səbəbindən xəstələnmə halları**

| Göstərici  | 2002   | 2003   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Zədələnmələrin sayı  | 113653 | 114595 | 115881 | 116122 | 101608 | 107174 |
| Hər 100000 nəfər əhaliyə düşən zədələnmələrin aşkarlanması | 141.1  | 141.2  | 141.6  | 140.4  | 121.5  | 126.7  |

Mənbə: Dövlət Statistika Komitəsi

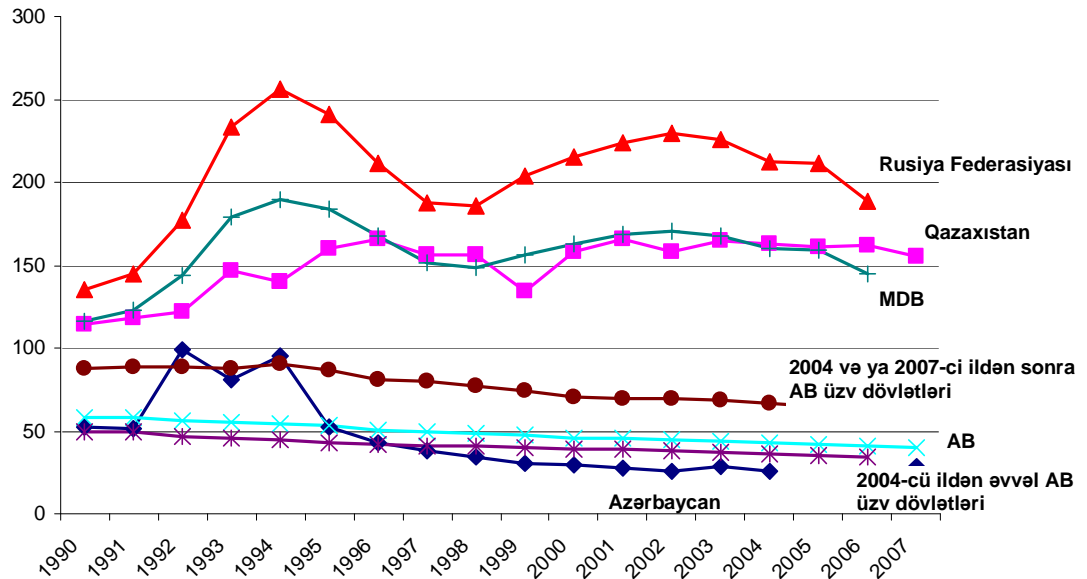
DSK tərəfindən 2007-ci il üçün yaş qrupları üzrə verilən məlumata əsasən, ən yüksək zədələnmə göstəriciləri 13 yaş və ondan az uşaqlar arasındadır.

**Cədvəl 2-14: Yaş qrupları üzrə zədələnmələrin aşkarlanması göstəriciləri (2007-ci il)**

| Göstərici                                  | 0-13 yaş | 14-29 yaş | >30 yaş |
|--|----------|-----------|---------|
| Hər 100000 nəfər əhali arasında aşkarlanma | 183.2    | 82.3      | 126.5   |

Mənbə: Dövlət Statistika Komitəsi

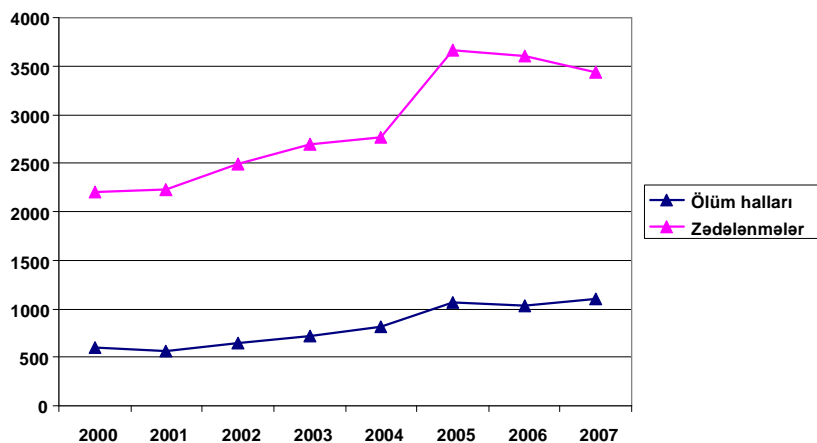
Beynəlxalq müqayisələr göstərir ki, Qazaxıstan, Rusiya Federasiyası, MDB, AB, AB15 və AB12 üzv dövlətlərlə müqayisədə Azərbaycanda standartlaşdırılmış ölüm göstəriciləri aşağıdır. Yalnız 1991-1995-ci illər ərzində Dağlıq Qarabağ münaqişəsinin baş verməsi ilə əlaqədar Azərbaycanda ölüm göstəricilərində kəskin artım olmuşdur.



**Diqram 2.3: Xarici zədələnmələr və zəhərlənmələr səbəbindən hər 10000 nəfər əhaliyə düşən standartlaşdırılmış ölüm göstəriciləri, 2007-ci il. (Avropada HÜS-MB, yanvar 2009)**

Yol-nəqliyyat qəzaları nəticəsində baş verən ölüm halları 2007-ci ildə ümumilikdə xarici təsirlər səbəbindən baş verən ölüm hallarının 37%-ni təşkil etmişdir. Baş Dövlət Yol Polisi İdarəsinin məlumatına görə yol qəzalarında 1107 nəfər həlak olmuş və bunların 78%-ni kişilər, 22%-ni isə qadınlar təşkil etmişdir<sup>14</sup>. 2007-ci ildə yol qəzaları nəticəsində həlak olanların 38%-i piyadalar olub. Yol-nəqliyyat qəzaları nəticəsində zədələnənlərin sayı isə 3432 nəfər olmuşdur. Əldə olunan məlumat yol-nəqliyyat qəzaları zamanı ölüm hallarının yüksək olduğunu göstərir: hər 1000 qəzaya 356 ölüm halı.

Statistik məlumatlar nəqliyyat qəzalarının və bununla əlaqədar zədələnmə və ölüm hallarının artdığını göstərir. Nəqliyyat qəzalarının əsas səbəbləri yol hərəkəti qaydalarının pozulması, yüksək sürət və içkili vəziyyətdə nəqliyyat vasitələrinin idarə olunmasıdır. Avtomobil qəzaları zamanı zədələnmə və ölüm hallarının yüksək olmasının əsas səbəblərindən biri təhlükəsizlik kəmərlərindən az istifadə olunmasıdır (Cədvəl 3.1).



**Diagram 2.4: Yol qəzaları nəticəsində zədələnmə və ölüm göstəricilərinin dinamikası**  
(Baş Dövlət Yol Polisi İdarəsi)

Zədələnmələr yüngül ağırlaşmalardan əlillik və ölümlə nəticələnə biləcək ciddi travmalara qədər müxtəlif ağırlıq dərəcəsində ola bilər. Zədələnmələr şəxslərlə yanaşı, onların ailə üzvləri, dostları, həmkarları və işəgötürənlərinə də təsir göstərir və gəlirin itirilməsi və ömürlük həyat şəraitinin pisləşməsi ilə nəticələnə bilər.

## 2.2 Risk faktorlarının yayılması ilə bağlı yaş və cins qrupları üzrə məlumatlar

Artmaqda olan elmi sübutlar göstərir ki, yüksək qan təzyiqi və şəkərin səviyyəsi, piylənmə, spirtli içkilərdən istifadə, tütün çəkmə, keyfiyyətsiz qidalanma və aşağı səviyyəli fiziki fəallıq kimi dəyişən risk faktorlarını azaltmaqla qeyri-infeksiyon xəstəliklərin böyük hissəsinin qarşısı alınır. Xüsusilə də bu faktorların nəzarətdə saxlanması bədxassəli törəmələrin 1/3 hissəsinin, ürək-damar xəstəliklərinin isə 2/3 hissəsinin qarşısını ala bilər. Səhiyyə sahəsində strategiyaların işlənməsi və qeyri-infeksiyon xəstəliklər problemini səmərəli qaydada həll etmək üçün risk faktorlarının yayılmasını başa düşmək zəruridir.

### 2.2.1 Bioloji risk faktorları:

#### a. Qanda xolesterinin və şəkərin miqdarı

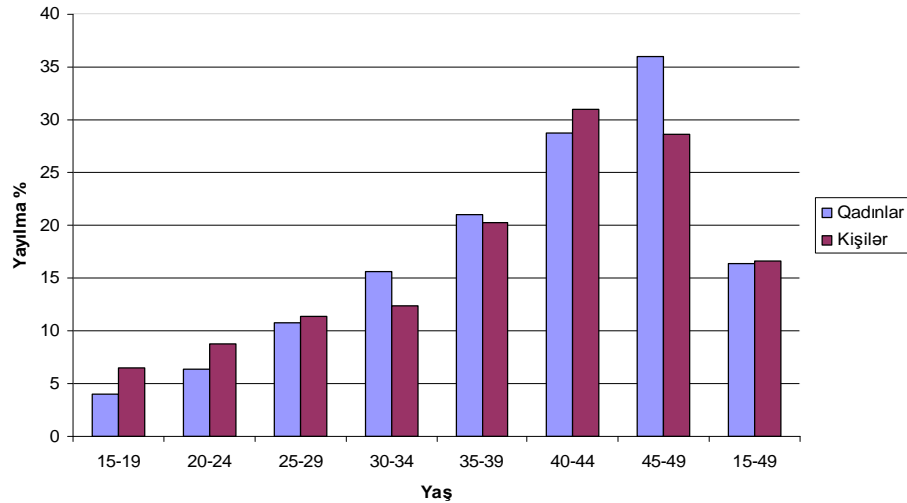
Səhiyyə Nazirliyinin Statistika və İnformatika İdarəsində qanda xolesterinin və şəkərin miqdarına dair məlumatlar toplanmır. Bu cür informasiyanın toplanması üçün potensial mənbələr özəl tibb müəssisələri tərəfindən müəyyən təşkilatlar üçün işə götürməzdən əvvəl və mütəmadi həyata keçirilən tibbi yoxlanışlar ola bilər. Lakin bu məlumat yalnız əmək fəaliyyəti ilə məşğul olan yaş qruplarını əhatə etdiyindən ümumiləşdirilməsi çətinidir. Daha etibarlı məlumat əldə etmək üçün əhali arasında araşdırmalar aparmağa ehtiyac vardır.

#### b. Qan təzyiqi

Yüksək qan təzyiqi ürəyin tac-damar xəstəliyi və beyin-damar xəstəliyi (insult) riskini artırır. ÜST yüksək qan təzyiqini sistolik qan təzyiqi 140mmCS və ya daha çox, diastolik qan təzyiqi isə 90mmCS və ya çox olan təzyiq kimi müəyyənləşdirib<sup>15</sup>. Yaş, genetik meyillik, keyfiyyətsiz qidalanma və passiv həyat təzi yüksək qan təzyiqi üçün əsas risk faktorları hesab edilir.

Qan təzyiqinin yayılması haqqında 2007-ci ildə aparılmış Ölkə üzrə İntegrasiya edilmiş Qeyri-infeksiyon Xəstəliklərlə Müdaxilə Proqramı (ÖİQXM) ilə bağlı araşdırmada bəhs olunur. Sorğu Azərbaycanın dörd regionunda 15-64 yaşlar arasında 5 yaş qrupuna bölünmüş 2956 kişi və 3444 qadın arasında aparılmışdır. Araşdırma qrupu tərəfindən həyata keçirilən ölçmələr zamanı kişilərin 16,8%-də, qadınların isə 19,9%-də qan təzyiqinin olduğu aşkarlanmışdır. Ölkə üzrə Qeyri-İnfeksiyon Xəstəliklərin Monitorinqi ÖİQXMmüxtəlif yaş qrupları üzrə təfərrüatlı nəticələr təqdim etməyib. Kişilərin 38,8%-i, qadınların isə 30,5%-i qan təzyiqlərinin səviyyəsini bilmədiklərini qeyd ediblər<sup>16</sup>.

Körpə və uşaq ölümü haqqında dəqiq məlumat əldə etmək məqsədilə 2006-cı ildə Dövlət Statistika Komitəsi YUNİSEF və ABŞ İnkişaf Agentliyi ilə birlikdə Azərbaycan Demografiya və Sağlamlıq Sorğusu (AzDSS) keçirdi. Sorğuda 15-49 yaş arası 8444 qadın və 15-59 yaş arası 2558 kişi iştirak etmişdir<sup>17</sup>. Qan təzyiqinin ölçülməsi göstərdi ki, 15-49 yaş arası qadınların 16,4%-də, kişilərin isə 16,6%-də yüksək qan təzyiqi vardır. Yüksək qan təzyiqi yaş, bədən kütlə indeksi (BKİ) və bütün çəkmə vəziyyəti ilə düz mütənasibdir. Yüksək qan təzyiqi şəhər əhalisinə nisbətən kənd əhalisi arasında daha geniş yayılıb. Yüksək qan təzyiqi olan respondentlər arasında qadınlardan yalnız 44%-i, kişilərdən isə 14%-i yüksək qan təzyiqi səviyyələrini haqqında məlumatları olduqlarını bildiriblər. Ən az gəlirə malik əhali arasında yayılma 19%, ən çox gəlirə malik əhali arasında yayılma 13% olmaqla, yüksək qan təzyiqi gəlirin səviyyəsi ilə tərs mütənasibdir.



**Diagram 2.5: Cins və yaş qrupları üzrə yüksək qan təzyiqinin yayılması (AzDSS 2006)**

### c. Bədən kütlə indeksi

Passiv həyat tərzini və keyfiyyətsiz qidalanma artıq çəki və piylənməyə səbəb ola bilər. Artıq çəki bədxassəli törəmələr, ürək-damar xəstəliyi və ikinci tip şəkərli diabet xəstəliyi üçün risk faktoru hesab edilir<sup>18</sup>. Bədən Kütlə İndeksi (BKİ) sağlam bədən çəkisini müəyyən etmək üçün bir ölçü kimi istifadə edilir və kiloqramla ifadə olunan çəkinin kvadrat metrə ifadə olunan bədən həcminə bölünməsi ilə müəyyən edilir. Normal BKİ 18,5-24,9 hesab edilir. İnsanlarda 25-29,9 BKİ artıq çəki, 30-dan artıq BKİ isə piylənmə hesab olunur. Sağlam bədən çəkisini ölçməyin digər yolu bel dairəsinin çanaq dairəsinə olan nisbətidir və bu nisbət qarındaxili piyi ölçməyə imkan verir. Ümumi bədən piyinə nisbətən, qarındaxili piy



göstəricisinin artan sağıamlıq risklərinin daha yaxşı müəyyən edilməsi üçün daha əlverişli göstərici olduğu aşkarlanıb<sup>19</sup>.

BKİ üzrə əldə olunan məlumatlar göstərir ki, Azərbaycanda artıq çəki və piyli insanların sayı yüksəkdir. DSS-ə cəlb olunmuş respondentlərin BKİ-si hesablamaq üçün onların çəkileri yoxlanıb. Artıq çəki kişilərə nisbətən qadınlar arasında çoxluq təşkil edir. 15-49 yaş arası qadınların təqribən yarısı (47,4%-i), kişilərin isə 40%-i arasında artıq çəki və ya piylənmə müşahidə olunmuşdur. Hətta piyli olan qadınlar və kişilər arasında da kəskin fərqlər mövcuddur: müvafiq olaraq 18% və 4.3%. Artıq çəki yaşla daha çox əlaqədardır. Belə ki, artıq çəki və piyli olan qadınların 75%-i, kişilərin isə 62%-i 40-49 yaş qrupu təşkil etmişdir. Ən aşağı gəlirə malik kvintildə 38%, ən çox gəlirə malik kvintildə isə 54% təşkil etməklə, qadınlar arasında artıq çəki və piylənmə gəlirlərlə əlaqədardır. Buna baxmayaraq ən çox yayılma orta gəlir kvintilinə aid kişilər arasındadır: orta gəlir kvintilində 45,6%, aşağı gəlir kvintilində 31,8% və yuxarı gəlir kvintilində 33%<sup>18</sup>.

**Cədvəl 2-15: Yaş və cins qrupları və yaşayış yeri üzrə bədən kütlə indeksi**

| <b>Qadınlar</b>     |                  |                |               |                     |
|---------------------|------------------|----------------|---------------|---------------------|
|                     | <b>BKİ</b>       |                |               |                     |
| <b>Yaş</b>          | <b>18.5-24.9</b> | <b>25-29.9</b> | <b>&gt;30</b> | <b>Total &gt;25</b> |
| 15-19               | 78.1             | 8.0            | 1.6           | 9.7                 |
| 20-29               | 64.1             | 23.0           | 5.9           | 28.9                |
| 30-39               | 36.0             | 40.4           | 22.0          | 62.4                |
| 40-49               | 24.0             | 39.0           | 35.8          | 74.8                |
| <b>Cəmi 15-49</b>   | <b>47.7</b>      | <b>29.5</b>    | <b>17.9</b>   | <b>47.4</b>         |
| <b>Yaşayış yeri</b> |                  |                |               |                     |
| Şəhər               | 42.7             | 31.5           | 21.1          | 52.6                |
| Kənd                | 54.2             | 26.9           | 13.8          | 40.8                |
| <b>Kişilər</b>      |                  |                |               |                     |
|                     | <b>BKİ</b>       |                |               |                     |
| <b>Yaş</b>          | <b>18.5-24.9</b> | <b>25-29.9</b> | <b>&gt;30</b> | <b>Total &gt;25</b> |
| 15-19               | 78.4             | 10.6           | 0.9           | 11.5                |
| 20-24               | 78.5             | 20.4           | 0.5           | 20.9                |
| 25-29               | 65.1             | 31.9           | 3.0           | 34.9                |
| 30-34               | 56.2             | 35.1           | 7.5           | 42.6                |
| 35-39               | 42.6             | 52.0           | 4.9           | 56.9                |
| 40-44               | 39.8             | 52.0           | 8.0           | 60.0                |
| 45-49               | 35.3             | 57.0           | 7.0           | 64.1                |
| 50-59               | 33.6             | 55.9           | 9.2           | 65.1                |
| <b>Cəmi 15-49</b>   | <b>57.8</b>      | <b>35.8</b>    | <b>4.3</b>    | <b>40.0</b>         |
| <b>Cəmi 15-59</b>   | <b>54.8</b>      | <b>38.3</b>    | <b>4.9</b>    | <b>43.1</b>         |
| <b>Yaşayış yeri</b> |                  |                |               |                     |
| Şəhər               | 57.5             | 36.9           | 4.1           | 41.0                |
| Kənd                | 58.1             | 34.4           | 4.5           | 38.9                |

*Mənbə:* Azərbaycan Demografiya və Sağıamlıq Sorğusu, 2006.

Beş yaşdan az olan uşaqların 13%-də artıq çəki müşahidə olunmuşdur. Uşaqların böyük əksəriyyətinin keyfiyyətsiz qidalandıqları və onların 25%-nin isə qısa boylu olduqları aşkar olunub.

ÖİQXM sorğusu zamanı 15-64 yaşlı kişilərin 14,7%-i, qadınların isə 15,9%-i artıq çəkilərinin (BKİ>25) olduğu barədə özləri məlumat veriblər. Bununla belə, ölçmələr

nəticəsində müəyyən edildi ki, qadın və kişilərin 38%-dən çoxunda artıq çəki və piylənmə problemi vardır. Bu tapıntı insanların sağlam çəki barədə məlumatlılığının aşağı olduğunu göstərir<sup>17</sup>.

ÜST-nin hesablamalarına görə 2005-ci ildə Azərbaycanda 30 və ya daha çox yaşa malik kişilərin 68%-də, qadınların isə 71%-də BKİ 25-dən çox olmuşdur. Bununla belə bu hesablamalarda 2015-ci ilə qədər artıq çəki və ya piylənmə göstəricilərində hər hansı dəyişiklik proqnozlaşdırılmır<sup>4</sup>.

## **2.2.2 Davranışla bağlı risk faktorları**

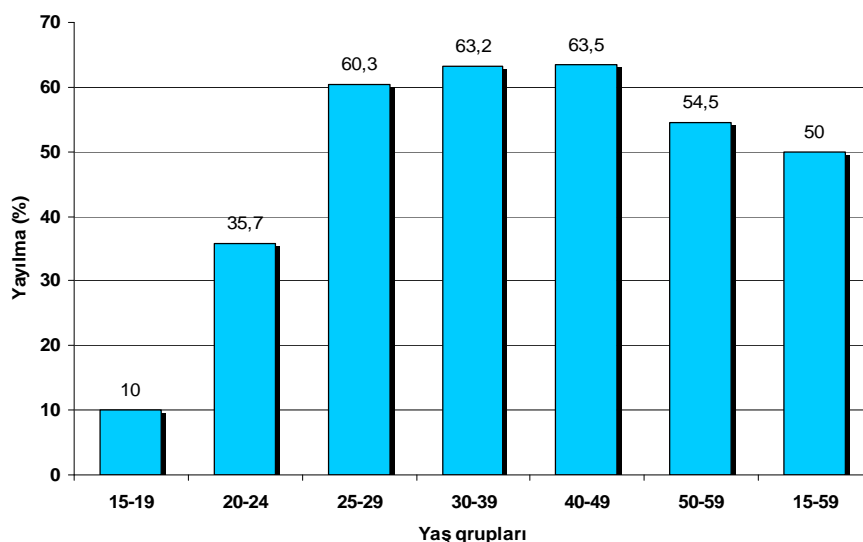
### **a. Tütün çəkmə**

İnkişaf etmiş ölkələrdə tütün çəkmə QİX üçün əsas risk faktoru və qarşısı alınmayan bilən ölüm hallarının əsas səbəbi hesab olunur. Tütünün tərkibində nikotin kimi psixoaktiv alkaloidlər vardır və bunlar insanda aludəçilik yaradır. Nikotindən əlavə tütünün tərkibində 4000 kimyəvi maddə vardır və bunlardan 60-ı insanda xərçəng xəstəliyi əmələ gətirən maddələr hesab olunur<sup>20</sup>. Tütün çəkmə ağ ciyər, sidik kisəsi, qırtlaq, ağız və böyrəkdə xərçəngin yaranma riskini artırır<sup>21</sup>. Bu həmçinin ürək xəstəlikləri və insult üçün əsas risk faktoru hesab edilir.

Tütün çəkmə Azərbaycanda kişilər arasında sağlamlığa təsir göstərən ümumi amil kimi qalmaqdadır. Avropada Hamı üçün Səhiyyə Məlumat Bazasına əsasən 2007-ci ildə Azərbaycanda 15 və daha artıq yaşda olan kişilərin 38%-i tütün çəkiblər və bu göstərici 2002-ci ilin müvafiq göstəricisi (41,7%) ilə müqayisədə nisbətən aşağıdır.

ÖİQXM və DSS sorğuları respondentlərin yaş qrupuna görə tütün çəkmə vəziyyəti barədə dəyərli məlumat verir. Hər iki sorğunun nəticələri kişilər arasında tütün çəkmənin çox yayıldığını göstərir. ÖİQX Maraşdırması nəticəsində məlum olmuşdur ki, sorğu keçirilən vaxt 15-64 yaşlar arası kişilərin 62,1%-i, qadınların isə 0,6%-i tütündən istifadə edir. Tütün çəkmə qadınlara cəmiyyətin münasibəti mənfi olduğundan qadınlar arasında tütündən istifadə haqqında məlumat az hallarda verilir. Qeyd etmək lazımdır ki, tütün çəkməkdən imtina bütün yaş qrupları üzrə 4%-dən aşağıdır və 55-64 yaş arası kişilər arasında bu göstərici 2,7% təşkil edir. Müqayisə üçün qeyd edək ki, İngiltərədə aparılmış Tütün çəkməyə dair aparılmış araşdırma nəticəsində məlum olub ki, tütün çəkməkdən imtina edənlərin 36,4%-i 45-54 yaşlar arası insanlardır və 55-64 yaşlarda olan respondentlər arasında tütündən imtina göstəricisi 44,6% təşkil etmişdir<sup>22</sup>.

Azərbaycan Demografiya və Səhləmlıq Srgusu nəticəsində 15-59 yaşlar arası kişilərin 50%-nin tütün çəkdikləri müəyyənəşdirilib. Tütün çəkmələrin əksəriyyəti (62,6%) isə 25-49 yaşlar arasındadır. Kənd və şəhər yerlərində yaşayan əhali arasında tütün çəkmə ilə bağlı oxşar nəticələr alınıb. Texnikumlarda təhsil alan respondentlər arasında tütün çəkmə daha çox yayılıb (60,6%) və ən aşağı göstərici (41%) ibtidai təhsil və universitet təhsilli respondentlər arasında müşahidə olunub.



**Diaqram 2.6: Yaş qrupları üzrə kişilər arasında tütün çəkmənin yayılması (AzDSS, 2006)**

Tütün çəkmənin yayılmasının gəlirlə əlaqədar olduğu müşahidə edilib. Ən aşağı və ən yuxarı gəlirlərə malik kvintillər arasında fərq 12% təşkil edir. Tütün çəkənlərin 90%-dən çoxu gün ərzində 10 dənə və ya daha artıq siqaret çəkirlər.

**Cədvəl 2-16: Yaşayış yeri, təhsil və gəlir vəziyyətinə görə tütün çəkmənin yayılması**

| Yaşayış yeri            | Yayılma (%) |
|-------------------------|-------------|
| Şəhər                   | 49.6        |
| Kənd                    | 49.3        |
| <b>Təhsil</b>           |             |
| İbtidai                 | 41.5        |
| Tamamlanmış orta təhsil | 52.5        |
| Texnikum                | 60.6        |
| Ali                     | 41.8        |
| <b>Gəlir kvintili</b>   |             |
| Ən aşağı                | 58.0        |
| İkinci                  | 44.9        |
| Orta                    | 51.1        |
| Dördüncü                | 48.3        |
| Ən yuxarı               | 46.0        |

*Mənbə: Azərbaycan Demografiya və Sağlamlıq Sorğusu, 2006.*

Passiv tütün çəkmə Azərbaycanda hələ də ümumi problem olaraq qalır. Kişilərin 29,5%-i, qadınların isə 57,9%-i ev təsərrüfatlarında tütün çəkənlərin olduğunu bildirlər. İşləyən kişilərin 49,6%-i, işləyən qadınların isə 22,4%-i öz iş yerlərində passiv tütün çəkmənin təsirinə düşdüklerini bildirlər.

Peto, Lopez və digərlərinin hesablamalarına görə 2000-ci ildə Azərbaycanda ağ ciyər xərçəngi səbəbindən ölüm hallarının 85%-i, xərçəngin bütün formaları səbəbindən ölüm hallarının 30%-i və 35-69 yaşlı kişilər arasında tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri səbəbindən ölüm hallarının 50%-i tütün çəkməklə əlaqədardır<sup>12</sup>.

**Cədvəl 2-17: Tütən çəkməklə əlaqədar ölüm hallarının sayı / cəmi ölüm halları (2000)**

| Səbəb              | Kişilər |                  |                 |
|--------------------|---------|------------------|-----------------|
|                    | 0-34    | 35-69            | 70+             |
| Ağ ciyər xərçəngi  | -/8     | 392/462 (85%)    | 86/122 (70%)    |
| Bütün xərçənglər   | -/231   | 608/2033 (30%)   | 126/665 (19%)   |
| Damar              | -/365   | 1098/7118 (15%)  | 194/5287 (3.6%) |
| Tənəffüs orqanları | -/1044  | 344/696 (50%)    | 165/526 (31%)   |
| Bütün digər        | -/2355  | 299/3180 (9%)    | 24/1016 (2%)    |
| Bütün səbəblər     | -/3995  | 2349/13027 (18%) | 509/7494 (6.8%) |

*Mənbə: Peto, Lopez, və digərləri, 1992, 1994, (yenilənib 2003)*

### b. Spirtli içkilərdən istifadə

Spirtli içkilər mərkəzi sinir sisteminin pozğunluğu hallarının baş verməsinə, şüurluluğun və əhvalın dəyişməsinə təsir göstərən psixoaktiv maddələrdən təşkil olunmuş və spirtli içkilərdən asılılığa gətirib çıxara bilər. Orta miqdarda, yəni gün ərzində bir dəfə (40 qr araq və ya viski)<sup>23</sup> içki içməyin ürək xəstəliyi, işemik insult, qəfil ürək tutmaları və ikinci tip şəkərli diabet kimi xəstəliklərin qarşısını almağa kömək etdiyi aşkar olunub<sup>24</sup>. Bunun əksinə olaraq spirtli içkilərə aludəçilik ürəyin tac damarı xəstəliyinin, insult, sirroz və yoğun bağırsağ, döş, qara ciyər, ağız və boğaz xərçənginə gətirib çıxarır. Spirtli içkilərdən qeyri-adekvat şəkildə istifadəsinə daha kəskin sağlamlığı təhlükə altına alan zədələnmələr, özünəqəsd, təhlükəli cinsi əlaqə, cinayət hərəkətləri və boğulmalar daxildir. Spirtli içkilərdən çox istifadə sağlamlıq problemləri ilə yanaşı ailə üzvləri arasında mübahisələr və əmək qabiliyyətinin itməsi nəticəsində sosial və iqtisadi yükü də artırır.

Azərbaycan spirtli içkilərdən orta səviyyədə istifadə olunan ölkə hesab edilir. Avropanın HÜS-MB-nin hesablamalarına görə bütün növ spirtli içkilərin tərkibində hesablanmış spirt miqdarı olan təmiz spirtə bir adam başına düşən istifadə olunma həcmi 2003-cü ildə 3.1 litr olub. İstehlak olunmuş spirtli içkilər arasında əsas hissəni spirt təşkil edir.

**Cədvəl 2-18: Seçilmiş ölkələrdə spirtli içkilərdən istifadə (2003)**

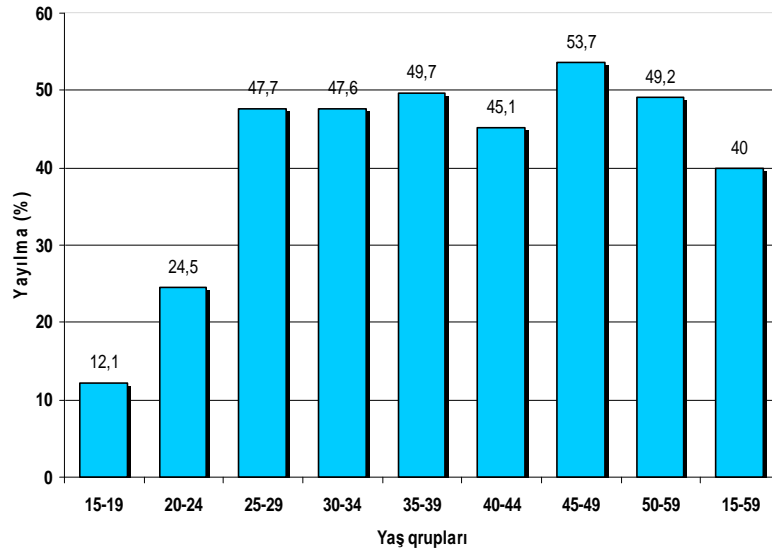
| Ölkə                | Adam başına istehlak olunmuş spirtin miqdarı (litr) |
|---------------------|---|
| Rusiya Federasiyası | 8.8   |
| Ukrayna             | 5.1   |
| <b>Azərbaycan</b>   | <b>3.1</b>  |
| Qazaxıstan          | 2.2   |
| MDB                 | 6.2   |
| AB                  | 9.1   |

*Mənbə: Avropa Hamı üçün Səhiyyə Məlumat Bazası*

Narkotik maddələrdən asılılıq üzrə 2003-cü ildə aparılmış sorğunun nəticələri göstərir ki, sorğuda əhatə olunan 10 və daha artıq yaşlı əhalinin 54,1%-i spirtli içkilərdən istifadə edir və bu göstərici kişilər arasında 61,5%, qadınlar arasında isə 38,5% təşkil edir<sup>25</sup>.

Bununla belə Azərbaycanda aparılmış Demografiya və Sağlamlıq Sorğusunun nəticələrinə görə kişilərin yalnız 40%-i hazırda spirtli içkilərdən istifadə edirlər. Spirtli içkilərdən istifadəyə görə ən yüksək göstərici (53,7%) 45-49 yaşarası kişilər arasındadır. Kənd yerlərinə nisbətən şəhər yerlərində spirtli içkilərdən istifadə edənlərin sayı daha çoxdur: müvafiq olaraq 33,6% və 42,6%. 50-59 yaşarası kişilər istisna olmaqla (2,8%), spirtli içkilərdən istifadə edən bütün yaş qruplarından ibarət respondentlərin 1%-dən azı spirtli

İçkilərdən gündəlik istifadə edir. Respondentlərin əksəriyyəti spirtli içkilərdən ayda bir dəfədən az istifadə etdiklərini bildirdilər. Sorğu nəticəsində eyni zamanda məlum olub ki, spirtli içkilərdən istifadə ailədə fiziki zorakılığa gətirib çıxarır<sup>18</sup>.



**Diqram 2.7: Yaş qrupları üzrə spirtli içkilərdən istifadənin yayılması (AzDSS 2006)**

İlkin Səhiyyə Sisteminin Gücləndirilməsi Layihəsi çərçivəsində “Azərbaycanda Əhalinin Sağlamlıq üzrə Bilik, Münasibət və Təcrübələri”-nə (ƏSBMT) aid aparılmış araşdırmanın nəticəsi göstərib ki, kişilərin 75%-i, qadınların isə 9%-i sorğunun keçirildiyi ildən əvvəlki il ərzində spirtli içkilərdən istifadə etdiklərini və kişi respondentlərin 29%-i sorğunun keçirildiyi vaxtdan bir həftə əvvəl spirtli içkidən istifadə etdiklərini bildirdilər. Ötən 30 gün ərzində spirtli içkidən istifadə etdiklərini bildiren respondentlərin 13%-i bir dəfə beş və ya daha çox içkidən istifadə etdiyini qeyd edib<sup>26</sup>.

ÖİQXMarəşdırma nəticəsində məlum olmuşdur ki, qadınların 2,6%-i və kişilərin 66,1%-i spirtli içkilərdən istifadə edirlər. Spirtli içkilərdən ən çox istifadə 15-64 yaşarası kişilər (87%), 15-24 yaşarası kişilər (75%) və 55-64 yaşarası kişilər (93%) təşkil edirlər<sup>17</sup>.

Bütün məlumat könüllülük əsasında verildiyindən qadınlar və gənclər arasında spirtli içkilərdən istifadə haqqında verilən məlumat faktiki vəziyyətdən aşağıdır.

### **c. Keyfiyyətsiz qidalanma**

Yaxşı tənzimlənmiş və sağlam qidalanma qeyri-infeksiyon xəstəliklərin baş vermə riskinin azaldılması baxımından vacib faktor hesab olunur. Sağlam qidalanmaya qidalı maddələr, o cümlədən vitaminlər, minerallar, liflər və protein və az miqdarda yüksək enerjili amma qidalandırıcı təsiri az olan qidalar, belə ki, duz, doymuş yağ, yağlı turşular və şəkər, vasitəsilə nail olmaq mümkündür. Xüsusilə aşkar olunub ki, meyvə və tərəvəzdən çox istifadə etmək ürəyin tac damarının xəstəliyi, yüksək qan təzyiqi, insult, xərçəngin müəyyən növləri və ikinci tip şəkərli diabet xəstəliyinin qarşısının alınmasına kömək edir<sup>27</sup>. Keyfiyyətsiz qidalanma eyni zamanda bir çox xroniki xəstəliklərin baş vermə riskini artıran artıq çəki və piylənməyə gətirib çıxarır.

Azərbaycanda qidalanma məsələləri və onların qeyri-infeksiyon xəstəliklərin baş verməsindəki təsirini qiymətləndirmək üçün məhdud həcmdə məlumat əldə olundu. Keyfiyyətli qidalanma ƏSBMT və ÖİQXM-in araşdırmalarında öz əksini tapıb. ƏSBMT araşdırmasında göstərilir ki, respondentlərin yarısından çoxu gündə heç olmasa bir dəfə meyvə və tərəvəz qəbul edir. Kişilər arasında meyvə-tərəvəzlə qidalanma qadınlara nisbətən, şəhər əhalisi arasında isə kənd əhalisinə nisbətən daha çoxdur.

**Cədvəl 2-19: Meyvə və tərəvəz istehlakı**

|                        | Kişilər (%) |      | Qadınlar (%) |      | Cəmi (%) |
|------------------------|-------------|------|--------------|------|----------|
|                        | Şəhər       | Kənd | Şəhər        | Kənd |          |
| <b>Təzə tərəvəzlər</b> |             |      |              |      |          |
| Həftədə bir dəfədən az | 2.3         | 5.2  | 2.9          | 5.1  | 4.2      |
| Həftədə bir neçə dəfə  | 41.1        | 41.0 | 38.6         | 40.5 | 40.4     |
| Gündə ən azı bir dəfə  | 56.6        | 53.9 | 58.5         | 54.4 | 55.4     |
| <b>Təzə meyvə</b>      |             |      |              |      |          |
| Həftədə bir dəfədən az | 4.1         | 5.5  | 3.4          | 5.3  | 4.8      |
| Həftədə bir neçə dəfə  | 36.8        | 34.4 | 38.0         | 34.1 | 35.4     |
| Gündə ən azı bir dəfə  | 59.1        | 60.1 | 58.6         | 60.7 | 59.9     |

*Mənbə:* Azərbaycanca Əhəlinin Sağlamlıq üzrə Bilik, Münasibət və Təcrübələri, 2006

ÖİQXMsorğusunun nəticələrinə görə meyvə və tərəvəz istehlakı aşağı səviyyədədir. Sorğuda iştirak edən qadın və kişilərin yarısından çoxu az-az hallarda meyvə və tərəvəz yediklərini bildiriblər. Gənc yaş qruplarına aid respondentlər yuxarı yaş qruplarına nisbətən daha çox meyvə və tərəvəz istehlak edirlər. Gündəlik meyvə və tərəvəz yediklərini bildiren respondentlərin yarısı gündə bu qidalardan 100 qr-dan az yediklərini bildiriblər.

#### **d. Fiziki fəallıq**

Fiziki passivlik ürəyin tac damarı xəstəliyinin, yüksək qan təzyiqinin, piylənmənin, xərçəngin bəzi növlərinin, insult və ikinci tip şəkərli diabet xəstəliyinin meydana gəlməsi üçün risk faktorları hesab edilir. Amerikanın Ürək Assosiasiyası gündə 30 dəqiqə və həftədə beş gün olmaqla fiziki fəaliyyətlə məşğul olmağı tövsiyə edir<sup>28</sup>. Mütəmadi fiziki fəallıq bədənin çəkisinin saxlanılmasına, qan təzyiqinin və xolesterinin miqdarının azalmasına kömək edir. Bu həmçinin stress, narahatlıq və depressiyanı aradan qaldıraraq psixi sağlamlıq vəziyyətini yaxşılaşdırır.

Bir çox inkişaf etmiş ölkələrdə olduğu kimi ictimai nəqliyyatın yaxşılaşması, şəxsi maşınların olması, televiziya, kompüter və internetdən istifadə nəticəsində Azərbaycanda da fiziki fəallığın azalması tendensiyası müşahidə olunur. Piyadalar üçün müvafiq şəraitin olmaması, fiziki fəaliyyətlə məşğul olmaq üçün müvafiq yerlərə çıxış imkanlarının məhdudluğu həmçinin insanların passiv həyat təzi keçirməsinə təsir edir.

ÖİQXMsorğusunda iştirak etmiş 15-64 yaşarası respondentlərdən kişilərin 12%-i, qadınların isə 17%-i gündə 30 dəqiqədən az piyada gəzdiklərini bildirirlər. Kişilərin 70%-dən çoxu, qadınların isə 66%-dən çoxu gündə 30 dəqiqədən artıq piyada gəzir.

**Cədvəl 2-20: Yaş qrupları üzrə fiziki fəallıq vərdişləri**

|              | Yaş qrupları | Gündə 30 dəqiqədən az<br>gəzinti | Gündə 30 dəqiqədən çox<br>gəzinti |
|--------------|--------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Kişi</b>  | 15 – 64      | 11.8%                            | 69.7%                             |
| <b>Qadın</b> | 15 – 64      | 17.2%                            | 65.4%                             |
| <b>Cəmi</b>  | 15 – 64      | 14.0%                            | 67.4%                             |
|              | 15 – 24      | 11.3%                            | 69.1%                             |
|              | 25 – 34      | 9.6%                             | 71.4%                             |
|              | 35 – 44      | 12.8%                            | 68.0%                             |
|              | 45 – 54      | 20.1%                            | 64.2%                             |
|              | 55 – 64      | 23.5%                            | 61.3%                             |

Mənbə: ÖİQXM, 2007

Fiziki fəallıq yaş həddi artdıqca azalır. Gənclərə nisbətən yaşlı adamlar daha fiziki fəallığa malik olduqlarını bildirirlər: 55-64 yaşlı insanların 23,5%-i, 25-34 yaşlı insanların 9,6%-i.

Bununla belə bu göstəricilər bütün ölkə üzrə ümumiləşdirilə bilməz, çünki hər iki araşdırmaya Bakı şəhəri daxil edilməmiş və onlar yalnız regionlarda həyata keçirilmişdir. Lakin Bakı şəhərinə nisbətən ictimai nəqliyyat və şəxsi maşına sahib olma göstəricisi regionlarda aşağıdır. Buna görə də Bakıda yaşayan əhəlinin daha böyük hissəsinin passiv həyat tərzini keçirdiyi güman edilə bilər.

Bakının rayonlarının da daxil edildiyi ƏSBMT sorğusu nəticəsində müəyyən olunub ki, respondentlərin 80%-i gündə 30 dəqiqə və daha artıq olmaqla mütəmadi fiziki fəaliyyətlə məşğul olur. Şəhər yerlərində kifayət qədər fiziki fəaliyyətlə məşğul olma kənd yerlərinə nisbətən aşağı səviyyədədir: müvafiq olaraq 65,4% və 80,8%. Bununla belə kənd yerlərinə nisbətən şəhər yerlərində daha çox adam özlərinin mütəmadi fiziki fəallıqlarından başqa könüllü olaraq idmanla məşğul olur. Passiv həyat tərzini qadınlara nisbətən kişilər arasında daha geniş yayılıb, lakin məqsədli şəkildə idmanla məşğul olmaq kişilər arasında daha geniş yayılıb.

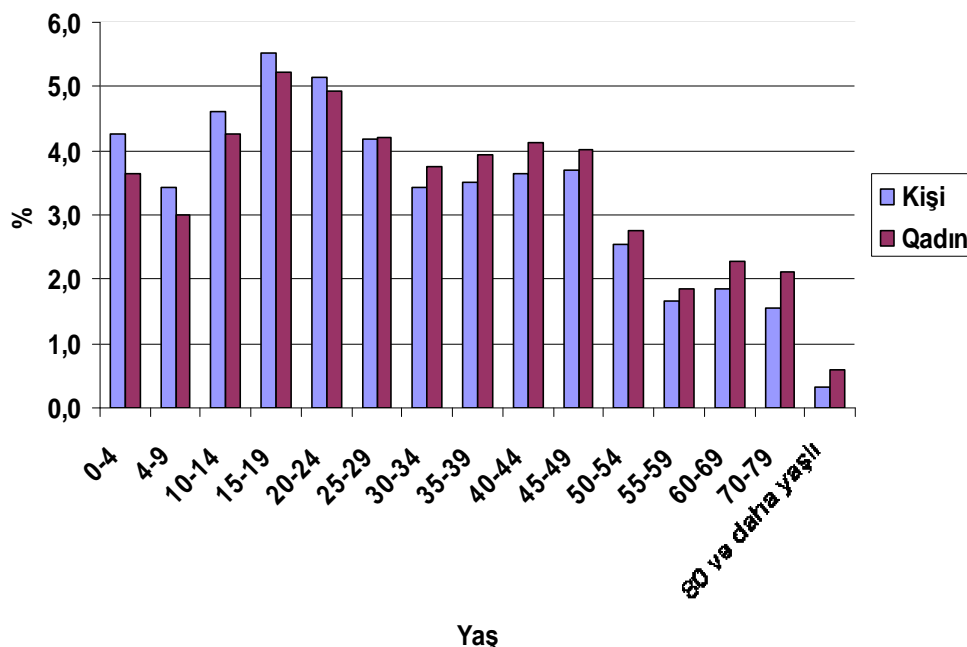
**Cədvəl 2-21: Cins qrupları və yaşayış yeri üzrə fiziki fəallıq vərdişləri**

| Fiziki fəallıq                                   | Kişilər      |             | Qadınlar     |             | Cəmi |
|--|--------------|-------------|--------------|-------------|------|
|  | Şəhər        | Kənd        | Şəhər        | Kənd        |      |
| Davamlı  | 65.4         | 80.8        | 78.9         | 88.9        | 80.4 |
| Tez-tez  | 14.2         | 11.0        | 11.1         | 7.3         | 10.3 |
| Bəzən  | 7.1          | 3.8         | 6.8          | 2.2         | 4.4  |
| Heç vaxt   | 13.3         | 4.4         | 3.2          | 1.7         | 4.9  |
| <b>Fiziki fəallığın növləri</b>                  | <b>Şəhər</b> | <b>Kənd</b> | <b>Şəhər</b> | <b>Kənd</b> |      |
| Bağçılıq/ev işi                                  | 29.1         | 43.5        | 94.8         | 95.3        | 68.8 |
| Əl əməyi/kənd təsərrüfatı                        | 34.5         | 76.2        | 7.9          | 42.7        | 44.9 |
| Gəzinti  | 32.1         | 21.0        | 14.2         | 11.1        | 18.1 |
| Fiziki vəziyyətin yaxşılaşdırılması/<br>aerobika | 13.1         | 5.2         | 3.0          | 0.9         | 4.6  |
| Yerimə/qaçma                                     | 8.0          | 5.0         | 0.0          | 0.8         | 3.1  |

Mənbə: Azərbaycanca Əhəlinin Sağlamlıq üzrə Bilik, Münasibət və Təcrübələri, 2006

### 3 Qeyri-infeksiyon xəstəliklərin yükü kontekstində

2008-ci ilin hesablamalarına görə Azərbaycanda əhalinin sayı 8.63 milyon nəfər olub və bu əhalinin 90.6%-i azərbaycanlılar, 2.2%-i dağıstanlılar, 1.8%-i ruslar, 1.5%-i ermənilər və 3.9%-ni isə digər xalqlar təşkil edir. Ümumilikdə kişilər əhalinin 49,3%-ni əhatə edir və əhalinin 51%-i şəhərlərdə yaşayır.



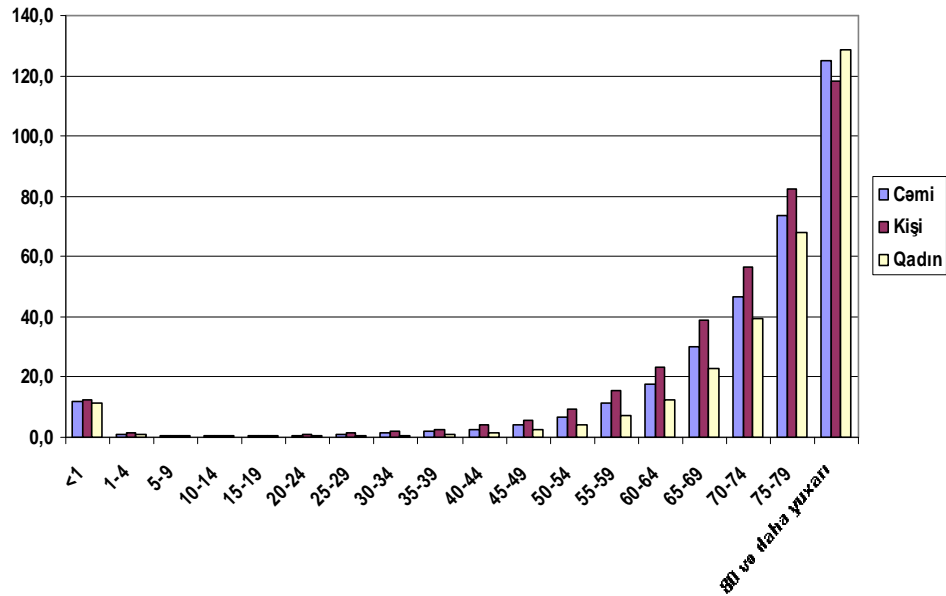
**Diagram 3.1: Əhalinin yaş strukturu, 2008. (DSK)**

Əhalinin yaş strukturuna aid məlumatlar ölkə əhalisi arasında yaşlı əhalinin sayının artdığını göstərir. 14 və daha aşağı yaşlı əhalinin ümumi əhalinin sayında payı 2000-ci ildəki 30,3%-dən 2007-ci ildə 23,5%-ə qədər azalıb. Eyni zamanda 65 və daha artıq yaşlı insanların ümumi əhalidə payı 5,8%-dən 7%-ə qədər artıb. 2007-ci ildə hər 1000 nəfərə düşən doğum göstəricisi 18 nəfər və hər 1000 nəfərə düşən ölüm göstəricisi 6,3 nəfər olub. Əhalinin artım tempi 2000-ci ildəki 0,8-dən 2007-ci ildə 1,1-ə qalxıb. DSK-nin verdiyi məlumata görə ömür uzunluğu 2000-ci ildə 71,6 ildən 2007-ci ildə 72,4 ilə qədər artıb. Ömür uzunluğu kişilərə nisbətən qadınlar arasında daha çoxdur və ömür uzunluğu qadınlar arasında 75,1 il, kişilər arasında isə 69,7 ildir. Buna baxmayaraq Dünya Sağlamlıq Hesabatında 2004-cü il üçün kişilər və qadınlar üzrə ümumiləşdirilmiş orta ömür uzunluğu 65,5 il olub.

Körpə və ana ölümü göstəriciləri ilə bağlı rəsmi məlumat mənbələrində, beynəlxalq təşkilatlar və sorğu hesabatlarında müxtəlif məlumatlar verilir. DSK-nin məlumatına görə



2000 və 2007-ci illərdə 1000 nəfər diri doğulana düşən ölüm göstəriciləri müvafiq qaydada 16,4 və 12,1 nəfər olub. Buna baxmayaraq 2001-ci ildə aparılmış Reproduktiv Sağlamlıq Sorğusunun nəticələrinə görə 1996-2000-ci illərdə hər 1000 nəfər diri doğuşa düşən ölüm göstəricisi 75 nəfər olmuşdur<sup>29</sup>. 2006-cı ildə aparılmış AzDSS-in nəticələrinə görə 2002-2006-cı illərdə 1000 nəfər diri doğuşa düşən körpə ölümü 43 nəfər təşkil edib. Bu cür fərqlərin meydana gəlməsinin əsas səbəbləri diri doğulma meyarının müxtəlif olması və körpə ölümü ilə bağlı məlumatların tam verilməməsidir. Azərbaycan DSK-nın məlumatına görə hər 1000 diri doğuşa düşən beş yaşdan aşağı uşaq ölümü göstəriciləri 2000-ci ildəki 30,5 nəfərdən 2007-ci ildə 16,1 nəfərə qədər azalıb.



**Diaqram 3.2: Yaş qrupları üzrə 1000 nəfər əhaliyə düşən ölüm göstəriciləri, 2007.**  
(DSK)

Neft sektorunun sürətli inkişafı və neftin qiymətlərinin dünya bazarında yüksək olması ölkənin gəlirlərinin və iqtisadiyyatın artmasına səbəb olmuşdur. Ümumi Daxili Məhsul (ÜDM) 2000-ci ildəki 4,9 milyard dollardan 2007-ci ildə 33 milyard dollar və 2008-ci ildə 46,2 milyard dollara qədər artmışdır. Buna baxmayaraq bu artım yüksək inflyasiya (2007-ci ildə 16,7% və 2008-ci ildə 20,8%) ilə müşayiət olunub. 2007-ci ildə rəsmi işsizlik göstəricisi 6,5% təşkil edib. Yoxsulluğun Azaldılması və Davamlı İnkişaf üzrə Dövlət Proqramının həyata keçirilməsi nəticəsində milli yoxsulluq həddindən aşağı əhalinin (2007-ci ildə 39,5 dollar) ümumi əhalidə payı 2002-ci ildə 49%-dən 2007-ci ildə 16%-ə düşmüşdür.

**Cədvəl 3-1: 2000 və 2007-ci illər üzrə əsas demografiya, iqtisadi və sağlamlıq göstəriciləri**

| Göstərici  | Ölçü vahidi                    | 2000 | 2007  |
|--|--------------------------------|------|-------|
| Əhali, cəmi  | 1000                           | 8016 | 8532  |
| Kişilər  | 1000                           | 4086 | 3929  |
| Qadınlar   | 1000                           | 4397 | 4135  |
| Əhali, 0-14 yaş                                    | %                              | 30.8 | 23.8  |
| Əhali, 65+   | %                              | 5.7  | 7     |
| Əhalinin artımı                                    | %                              | 0.8  | 1.1   |
| Doğum göstəriciləri                                | Hər 1000 nəfərə                | 14.8 | 18    |
| Ölüm göstəriciləri                                 | Hər 1000 nəfərə                | 5.9  | 6.3   |
| Ana ölümü göstəriciləri                            | Hər 100000 nəfər diri doğulana | 37.6 | 35.5  |
| Körpə ölümü göstəriciləri                          | Hər 1000 nəfər diri doğulana   | 16.4 | 12.1  |
| 5 yaşa qədər uşaqlar arasında ölüm göstəriciləri   | Hər 1000 nəfər diri doğulana   | 30.5 | 16.1  |
| Orta ömür uzunluğu                                 | İl                             | 71.6 | 72.4  |
| Orta ömür uzunluğu, kişilər                        | İl                             | 68.7 | 69.7  |
| Orta ömür uzunluğu, qadınlar                       | İl                             | 74.4 | 75.1  |
| 0-14 yaşlı əhalinin ümumi əhalidə faiz göstəricisi | %                              | 30.3 | 23.5  |
| 65+ yaşlı əhalinin ümumi əhalidə faiz göstəricisi  | %                              | 5.8  | 7     |
| ÜDM  | Milyard ABŞ dolları            | 5.3  | 33    |
| Adambaşına düşən ÜDM                               | ABŞ dolları                    | 665  | 3906  |
| İnflyasiya göstəricisi                             | %                              | 1.8  | 16.7  |
| İşsizlik göstəricisi                               | %                              | -    | 6.5   |
| Dövlətin səhiyyə xərcləri                          | Milyon manat                   | 40.9 | 257.2 |
| Adambaşına düşən dövlət səhiyyə xərcləri           | Manat                          | 5.1  | 30    |
| Dövlət səhiyyə xərclərinin ÜDM-də payı             | %                              | 0.77 | 0.78  |

*Mənbə: Dövlət Statistika Komitəsi*

Son illərdə dövlət büdcəsinin artması ilə yanaşı dövlət büdcəsindən ayrılan səhiyyə xərcləri 2007-ci ildə 257 milyon manata, 2008-ci ildə 385 milyon manata (proqnozlaşdırılan) qədər artmışdır və bu 2000-ci illə müqayisədə on dəfə çoxdur. Buna baxmayaraq dövlətin səhiyyə xərclərinin ÜDM-də payı 1%-dən aşağıdır və dövlət büdcəsində səhiyyə xərclərinin payı 2000-ci ildəki 5,4%-dən 2007-ci ildə 4,2%-ə, 2008-ci ildə isə hətta 3,5%-ə qədər azalmışdır. Dövlətin səhiyyə xərclərinin təqribən yarısını stasionar xidmətlərə ayrılan vəsaitlər təşkil edir. 2007-ci ilin hesablamalarına görə səhiyyədə cibdən ödənişlər ümumi səhiyyə xərclərinin 60%-ni təşkil edib<sup>30</sup>. 2008-ci ildə hökumətin tibbi xidmətlərin pulsuz olmasını elan etməsindən sonra səhiyyə xidmətləri üçün xüsusi ödənişlərə aid əldə olunan məlumat göstərir ki, pulsuz xidmət əldə etmək mümkün deyil.

## 4 QİX ilə bağlı hazırkı siyasət strategiyaları

Qeyri-infeksiyon xəstəliklərin qarşısının alınması məqsədilə hökumət səviyyəsində hazırda hər hansı ümumiləşdirilmiş yanaşma işlənib-hazırlanmayıb. Bir sıra risk faktorlarının və xəstəliklərin qarşısının alınması üçün isə ayrı-ayrı qanunlar və digər nizamlayıcı sənədlər mövcuddur.

## 4.1 Tütün və spirtli içkilər

### *Tütün və tütün çəkmə*

2005-ci ildə Azərbaycan Tütünə nəzarətlə bağlı ÜST-nin çərçivə konvensiyasını ratifikasiya edib. Konvensiya milli, regional və beynəlxalq səviyyələrdə tənzimləyici strategiyanın tətbiq olunması yolu ilə tütün çəkmənin yayılmasının qarşısını almaq məqsədilə bağlanmış müqavilədir. Tütün əleyhinə qanunvericilik işləyib hazırlayan və həyata keçirən ölkələrə dəstək məqsədilə konvensiyaya xüsusi təlimatlar əlavə olunub. Konvensiyada tütünə olan tələbat və tütün istehsalını azaltmaq üçün görülən tədbirlər əks olunur. Hələ ki, bu konvensiyanın müddələrinin yalnız bir hissəsi mövcud milli qanunvericilikdə əks olunmuşdur.

1997-ci ildə qüvvəyə minmiş və 2000-ci ildə dəyişikliklər olunmuş “Reklam haqqında” Qanun spirtli içkilərin marketing və təbliğatına məhdudiyətlər qoyur və tütün məhsullarının reklamını qadağan edir. 2001-ci ildə Azərbaycan Parlamentinin qəbul etdiyi “Tütün və tütün məmulatları haqqında” Qanun tütün məhsullarının istehsalı, idxalı və satışını tənzimləyir və tütün çəkmək üçün konkret xüsusi yerlər nəzərdə tutur. Qanunda xüsusilə 18 yaşından az insanlara tütün məhsullarının satışı qadağan olunur, istənilən növ təbliğatı qadağan edir və tütün çəkmək üçün xüsusi yerlər müəyyənləşdirir. Qanunda həmçinin tütün məhsullarının üzərində onların insan sağlamlığına mənfi təsiri ilə bağlı xəbərdarlığın yazılması tələb olunur. Təhsil, sağlamlıq, mədəniyyət və uşaq müəssisələri yaxınlığında tütün məhsullarının satılması qadağan olunur. Təhsil, mədəniyyət, sağlamlıq və idman obyektlərində, o cümlədən yataqxana kimi ictimai yaşayış binalarında tütün çəkmə qadağan edilir. İşgötürənlər tütün çəkmə üçün xüsusi yerlər nəzərdə tutmalı və hamının görə biləcəyi yerdə “siqaret çəkmək qadağandır” işarəsini yerləşdirməlidirlər. Buna baxmayaraq qanunun bir çox müddələrinə müvafiq qaydada əməl olunmur. Xəstəxanaların və məktəblərin yaxınlığında tütün məhsullarının satışı, ictimai binalarda və iş yerlərində tütün çəkmək hələ də adi hal hesab olunur. Tütün çəkmə ilə bağlı məhdudiyətlərə dair yeni qanun işlənilib hazırlanıb və tütün çəkməyə qarşı daha ciddi tənzimləyici qaydaların verilməsi gözlənilir.

Azərbaycan hazırda MDB ölkələri xaricində istehsal olunan tütün məhsullarına 50% aksiz vergisi tətbiq edir. Yerli istehsal olunan tütün məhsullarına isə 12,5% aksiz vergisi tətbiq edilir. Bu vergilərdən əlavə bütün tütün məhsullarına 18% əlavə dəyər vergisi (ƏDV) tətbiq olunur. Azərbaycanda tütün məhsullarının pərakəndə satış qiymətləri nisbətən aşağıdır və çox hallarda 20 dənəlik bir qutu siqaret üçün qiymət 40 ABŞ senti ilə 1,75 ABŞ dolları arasında dəyişir. Bu göstərir ki, ölkədə satılan tütün məhsullarının əksər hissəsi yerli və ya MDB ölkələri istehsalıdır və buna görə də onlara qoyulan vergilərin məbləği aşağıdır. Müqayisə üçün qeyd edək ki, Birləşmiş Krallıqda bir qutu siqaret 6,5-8,5 ABŞ dolları arasında dəyişir və ABŞ-da Nyu York şəhərində bu həтта 9 ABŞ dollarına qədərdir və bu məbləğin 5,26 ABŞ dolları vergi tutulmalarıdır<sup>31</sup>.

### *Spirtli içki*

Spirtli içkilərin istehsalı, idxalı və satışı Prezidentin 20 dekabr 1996-cı il tarixli Fərmanı və Nazirlər Kabinetinin 22 may 1997-ci il tarixli Qərarı ilə tənzimlənir. Nazirlər Kabinetinin qərarı 18 yaşından az şəxslərə spirtli içkilərin satışını qadağan edir. Hərbi və təhsil müəssisələrinin yaxınlığında, o cümlədən tibb müəssisələrində fəaliyyət göstərən yeməxanalarda spirtli içkilərin satışına qadağa qoyulmuşdur. Qanda spirtli içkinin faiz göstəricisi üçün 0% məhdudiyət müəyyən edən “Yol hərəkəti haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununa görə içkili vəziyyətdə nəqliyyat vasitələrinin idarə olunması qanun pozuntusu hesab edilir. “Reklam haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununda

spirtli içkilərin marketinqinə tamamilə məhdudiyət qoyulmasa da, bu cür məhsulların təbliğatı ilə bağlı bir çox məhdudiyətlər nəzərdə tutulur.

## 4.2 Şəkərli diabet

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti 2003-cü ildə “Şəkərli diabetli xəstəliyinə tutulmuş şəxslərə dövlət qayğısı haqqında” Qanun imzaladı. Qanun əsasən aşağıdakı məqsədləri özündə əks etdirir:

- Şəkərli diabet üzrə dövlət proqramının işlənilib-hazırlanması;
- Şəkərli diabetli xəstələrə göstərilən tibbi yardımın keyfiyyət və həcmnin müəyyənəşdirilməsi;
- Şəkərli diabetli xəstələrin dövlət registrinin yaradılması;
- Şəkərli diabetli xəstələrin aşkarlanması, müalicəsi və onlara nəzarət üçün ixtisaslaşdırılmış xidmətin təşkili;
- Bu sahədə ixtisaslaşmış tibb işçilərinin təkmilləşdirilməsi;
- Şəkərli diabetli xəstələri zəruri dərman vasitələri və diabetik qida məhsulları ilə təmin etmək üçün tədbirlərin görülməsi;
- Şəkərli diabet və onun ağırlaşmalarının aradan qaldırılması üçün beynəlxalq əməkdaşlıq mühitinin yaradılması.

Şəkərli diabetli xəstələrin sağlamlıq vəziyyətinə mənfi təsir göstərə biləcək halların qarşısını almaq məqsədilə qanunda şəkərli diabetli işçilərin iş şəraitinin yaxşılaşdırılması üçün müvafiq tədbirlərin görülməsi də nəzərdə tutulur.

Bu qanunun ardınca şəkərli diabet xəstəliyi səbəbindən ölüm və əlillik hallarının azaldılması, şəkərli diabet xəstəliyinin ağırlaşmalarının qarşısının alınması və şəkərli diabetli xəstələrin həyat şəraitinin yaxşılaşdırılması məqsədilə 2009-cu ilə qədər dövrü əhatə edəcək “Şəkərli diabet üzrə Dövlət Proqramı” qəbul olundu. Proqramın əsas elementlərinə aşağıdakılar daxildir:

- Şəkərli diabetli xəstələrin hazırkı vəziyyətinə dair milli registr və məlumat bazasının yaradılması;
- Şəkərli diabet və onun ağırlaşmalarının aradan qaldırılması məqsədilə qarşısı alınma tədbirləri sisteminin yaradılması;
- Dövlət tibb müəssisələrində şəkərli diabetli xəstələrin diaqnozlarının qoyulması və onların müalicəsinin maliyyələşdirmə sisteminin işlənilib hazırlanması;
- Qeydiyyatda olan şəkərli diabetli xəstələrin şpris və şəkərsalıcı dərman preparatları, o cümlədən qlükometrlərlə təmin olunması;
- Şəkərli diabetlə xəstə olan uşaqlara və gənclərə təhsil müəssisələrində tibbi xidmətlərin və təcili tibbi yardımın təşkili;

- Şəkərli diabetli xəstələrə xidmət göstərəcək tibb mütəxəssislərinə müvafiq təlimlərin keçilməsi.

Səhiyyə Nazirliyi 2009-cu ildən sonra da bu proqramı həyata keçirmək üçün plan işləyib hazırlayır. Azərbaycan Diabet Cəmiyyəti tərəfindən proqramın ictimai monitorinqinin aparılması məqsədilə həyata keçirilmiş layihəyə və dövlət səhiyyə proqramları çərçivəsində ayrılan maliyyə vəsaitlərinin təhlili məqsədilə Azər Mehdiyevin hazırladığı hesabatla görə proqramın icrası zamanı şəffaflığın olmaması, şəkərli diabet xəstəliyinin qarşısının alınması və xəstələrə təlimlərin keçilməsi ilə bağlı proqramın tədbirlərinin yerinə yetirilməməsi kimi problemlərin olduğu aşkar edilib<sup>32</sup>.

### 4.3 Bədxassəli törəmələr

Bədxassəli törəmələri olan insanlara tibbi və sosial yardımın səviyyəsini yaxşılaşdırmaq məqsədilə 2006-cı ilin may ayında “Onkoloji yardım haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu qüvvəyə mindi. Qanunda nəzərdə tutulan əsas müddəalar aşağıdakılardır:

- Onkoloji xəstələrlə bağlı dövlət proqramının işlənilib hazırlanması;
- Onkoloji xəstələrə göstərilən tibbi xidmətlərin keyfiyyət və həcmi müəyyən edəcək standartların işlənilib-hazırlanması;
- Onkoloji xəstələrin aşkarlanması, müalicəsi və onlara nəzarət üçün ixtisaslaşdırılmış xidmətin təşkili;
- Onkoloji xəstələrə xidmət göstərən tibb mütəxəssislərinin təkmilləşdirilməsi;
- Onkoloji xəstəliklərlə xəstələnmə hallarının azaldılması məqsədilə qarşısı alınma tədbirlərinin həyata keçirilməsi;
- Diaqnostika və müalicə avadanlıqlarının, o cümlədən narkotik və qeyri-narkotik ağrıkəsicilərin təmin olunması;
- Xərçəng xəstəliyinin qarşısının alınması üçün beynəlxalq əməkdaşlıq mühitinin yaradılması;
- Xərçəng xəstələrinə hüquqi yardım;
- Xərçəng xəstəliyi ilə bağlı tədqiqatların genişləndirilməsi.

Qanun dövlət tibb müəssisələrində qalmaq üçün sosial dəstəyi itirmiş ömürlük xərçəng xəstələrinə imkan yaradır. Qanun həmçinin bu cür xəstələrin hüquqlarının qorunması və sosial müdafiəsinin təmin olunmasına zəmanət verir və onkoloji tibb müəssisələrinin hüquq və öhdəliklərini müəyyənləşdirir. Bu qanuna əsasən 2010-cu ilə qədər onkoloji xəstələrə zəruri dərman vasitələrinin verilməsi ilə bağlı dövlət proqramı qəbul edilib. Proqramın məqsədi bu cür xəstələrin həyat şəraitinin yaxşılaşdırılması və ömürlərinin uzadılmasıdır. Proqramın əsas tədbirlərinə aşağıdakılar daxildir:

- Onkoloji xəstələrin dövlət registrinin yaradılması;

- Dövlət tibb müəssisələrində onkoloji xəstələrin diaqnozlarının qoyulması və onların müalicəsinin maliyyələşdirmə sisteminin işlənilib hazırlanması;
- Qeydiyyatda olan xəstələrə pulsuz dərman preparatlarının verilməsi;
- Onkoloji xəstələrə yardım göstərən tibb mütəxəssislərinə müvafiq təlimlərin keçilməsi.

#### 4.4 “Yol hərəkəti haqqında” Qanun

“Yol hərəkəti haqqında” Qanuna görə motosiklet sürücüləri və sənişinlərinin xüsusi qoruyucu şlemlər geyinməsi və avtomobil sürücü və sənişinlərinin isə təhlükəsizlik kəmərlərini bağlaması tələb olunur. Bu qanunun tələbləri 12 yaşından az uşaqlar və hamilə qadınlara aid edilmir. Bununla belə qanunda 12 yaşından az uşaqlar üçün arxa oturacaqlarda uşaq təhlükəsizliyi sistemindən istifadə etmək tələb edilmir. Bu qanunun tələblərinə əməl olunması aşağı səviyyədədir və bu tələblərin pozulması geniş yayılıb. ƏSBMT araşdırması göstərir ki, respondentlərin 80%-dən çoxu təhlükəsizlik kəmərlərindən ya heç vaxt istifadə etmir, yaxud da nadir hallarda istifadə edirlər<sup>26</sup>.

**Cədvəl 4-1: Cins qrupları və yaşayış yeri üzrə təhlükəsizlik kəmərlərindən istifadə**

| Təhlükəsizlik kəmərlərindən istifadə | Kişilər |      | Qadınlar |      | Cəmi |
|--------------------------------------|---------|------|----------|------|------|
|                                      | Şəhər   | Kənd | Şəhər    | Kənd |      |
| Həmişə                               | 6.9     | 13.6 | 5.0      | 5.2  | 8.0  |
| Tez-tez                              | 11.0    | 14.6 | 8.3      | 8.8  | 10.9 |
| Nadir hallarda/ Heç vaxt             | 82.0    | 71.9 | 86.8     | 86.0 | 81.2 |

*Mənbə:* Azərbaycanca Əhalinin Sağlamlıq üzrə Bilik, Münasibət və Təcrübələri, 2006

Azərbaycan qanunvericiliyinə görə nəqliyyat vasitələrindən istifadə zamanı qanda olan spirtin faizi sıfır olmalıdır.

#### 4.5 Peşə və ətraf mühitlə bağlı sağlamlıq

Dövlət peşə sağlamlığı və təhlükəsizliyi qanunvericiliyi Əmək Məcəlləsi (1999), Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında və Sanitar və epidemioloji sağlamlıq haqqında qanunlara əsaslanır. Səhiyyə Nazirliyinin 13 sayılı sərəncamında iş yerində təhlükəli maddələrin və faktorların təsirinə məruz qalan işçilərin işə götürülməzdən əvvəl və dövrü tibbi yoxlamalardan keçmələri üçün tələb və qaydalar müəyyən edilmişdir. Bu sərəncamın həyata keçirilməsi və peşə təsirlərinin monitorinqinin aparılması Səhiyyə Nazirliyinin Sanitar və Epidemiologiya Xidmətinin səlahiyyətindədir.

Peşə sağlamlığı və təhlükəsizliyi ilə bağlı 2000-dən artıq qanun, sərəncam, nizamnamə, qayda və standart mövcuddur. Peşə sağlamlığı və təhlükəsizliyi ilə bağlı qanunvericiliyin həyata keçirilməsi və icrası ilə bağlı tədbirlər Səhiyyə Nazirliyi, Əmək və Əhalinin Sosial Müdafiəsi Nazirliyi, Fövqəladə Hallar Nazirliyi və Nəqliyyat Nazirliyi arasında bölünüb.

İctimai sağlamlığın ətraf mühitin təsirlərindən mühafizə olunması Ətraf mühitin mühafizəsi haqqında qanun çərçivəsində yaradılmış dövlətin ətraf mühitin mühafizəsi ilə bağlı qanunvericiliyində əks olunur. İnsan həyatını və sağlamlığını, habelə ictimaiyyəti və ətraf mühiti təbii və antropogen təsirlərdən qorumaq məqsədi ilə Ətraf mühitin mühafizəsi haqqında qanun işlənilib-hazırlanmışdır. Əhalinin sağlamlığını və ətraf mühiti ionlaşmış

radiasiyanın təsirindən qorumaq üçün “Radiasiya təhlükəsizliyi haqqında qanun” tərtib olunmuşdur. Bir çox nizamnamələr və standartlarda isə havaya zərərli qazlar buraxan, torpaq və suyu çirkləndirən sənaye müəssisələrinə məhdudiyətlər tətbiq edilmişdir. Ətraf mühitin mühafizəsində əsas öhdəlik daşıyan dövlət qurumu Ekologiya və Təbii Sərvətlər Nazirliyi hesab olunur.

#### **4.6 Özəl sektor və qeyri-hökumət təşkilatları**

Bir sıra özəl müəssisələr, xüsusilə beynəlxalq neft şirkətləri öz işçiləri arasında xəstəliklərin qarşısını almaq üçün sağlamlıq proqramları həyata keçirirlər. Sağlamlıq proqramları həcmcə fərqlənir və buraya qanda xolesterinin və şəkərin miqdarının yoxlanması, sağlam həyat tərzini haqqında məlumatlandırma tədbirlərinin keçirilməsi, zədələnmələrin qarşısının alınması və tütün çəkmənin dayandırılmasına həvəsləndirmə daxil ola bilər.

Bir sıra qeyri-hökumət təşkilatları QİX-lə bağlı kiçik həcmli proqramlar həyata keçirirlər və bunların əksəriyyəti məlumatlılığın artırılması, səhiyyə kommunikasiyasının yaxşılaşdırılması, xəstələrin maarifləndirilməsi və onlara dəstəklə məhdudlaşır.

## **5 Hazırkı imkanlar**

### **5.1 Səhiyyə informasiya sistemi**

Səhiyyə Nazirliyinin Statistika və İnformatika İdarəsi və Dövlət Statistika Komitəsi səhiyyə ilə bağlı informasiyanı toplayan və yayan iki əsas dövlət müəssisəsidir. Səhiyyə informasiya sistemi üçün əsas informasiya mənbələrinə əhəlinin qeydiyyatı, əhəlinin siyahıya alınması, səhiyyə proqramları və əhəli arasında keçirilən sorğular daxildir. Əhəlinin siyahıya alınması hər 10 ildən bir keçirilir və bu zaman ölüm və demoqrafiya ilə bağlı məlumatlar toplanır. Əhəlinin qeydiyyatı nəticəsində doğum və ölümlə bağlı məlumatlar toplanır. Buna baxmayaraq, sistemdə faktiki ölüm hallarının təqribən 70-80%-ni toplana bilər<sup>33</sup>.

Xəstələnmə ilə bağlı məlumat rayon ambulator-poliklinik tibb müəssisələri tərəfindən toplanılır və daha sonra Sİİ-yə təqdim olunur. Xəstələnmə və ölüm halları ilə bağlı məlumatların verilməsi üçün 2002-ci ildə Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatından (XBT-10) istifadə olunmağa başladı. Buna baxmayaraq, müvafiq işçi heyətinə XBT-10-dan istifadə ilə bağlı kifayət qədər təlim keçirilmədiyindən çoxlu sayda xəstəlik halları səhv qruplaşdırılır. Rayonlardan birində pilot olaraq həyata keçirilmiş layihənin nəticələri göstərdi ki, xəstəlik halları ilə bağlı statistik formaların 30%-i düzgün doldurulmur<sup>34</sup>. Sİİ Səhiyyə Nazirliyinin səlahiyyətlərindən kənar tibb müəssisələrindən də məlumat toplayır, amma bu məlumatı öz statistikasında göstərmir, çünki Müdafiə Nazirliyinin tabeliyində olan tibb müəssisələri Sİİ-yə heç bir məlumat vermir. Xəstələrin ambulator-poliklinik tibb müəssisələrinə müraciət etmədən birbaşa xəstəxanalara üz tutması geniş yayıldığından, bir çox yeni xəstələnmə halları ilə bağlı məlumat rəsmi səhiyyə statistikasına daxil edilmir və nəticədə xəstəliklərin yayılması və aşkarlanması ilə bağlı məlumat reallıqdan aşağı səviyyədə göstərilir. Hazırda XBT 10-un tətbiqi tendensiyanı müəyyənləşdirməyə və əvvəlki illərdə verilən göstəricilərlə müqayisələr aparmağa imkan vermir.

Səhiyyə ilə bağlı informasiyaya ictimaiyyətin çıxışı məhduddur. DSK əsas demoqrafiya, iqtisadi və sağlamlıq məlumatlarını ictimaiyyətə çatdırmaq üçün internet sahifəsində bu məlumatları yerləşdirir. DSK eyni zamanda səhiyyə haqqında informasiyanı özündə əks etdirən “Azərbaycanda qadınlar və kişilər” və “Azərbaycanda səhiyyə sistemi”adlı illik statistik nəşrlər buraxır. Ölkədə səhiyyə ilə bağlı bəzi informasiyaları

Avropada HÜS-MB-dən əldə etmək olar və bu məlumat bazasındakı informasiya Sİİ-dən əldə edilir.

Qeyri-infeksiyon xəstəliklərə gəldikdə, mövcud səhiyyə informasiya sistemində tütündən istifadə və spirtli içkilərin istehlakı kimi zəruri sağlamlıq faktorları barədə informasiya verilmir. Onkoloji xəstələrlə bağlı dövlət registri hazırda işlənilməkdə olduğundan xərçəng xəstəliyinin müxtəlif növlərinin yayılması və aşkarlanması haqqında etibarlı məlumat əldə etmək mümkün deyil. Şəkərli diabet üzrə Dövlət Proqramının həyata keçirilməsi ilə əlaqədar olaraq, şəkərli diabetli xəstələr haqqında məlumat bazasının yaradılmasında müəyyən irəliləyişlərə nail olunub.

2008-ci ilin dekabr ayında Səhiyyə Nazirliyinin Statistika və İnformatika İdarəsi hesabat hazırlamış və bu hesabatda səhiyyə informasiya sisteminin (SİS) güclü və zəif cəhətlərini müəyyənləşdirmək və təkmilləşdirmələr aparmaq üçün tövsiyələrin hazırlanması məqsədilə dövlət səhiyyə informasiya sistemi qiymətləndirilmişdir. Səhiyyə ilə bağlı toplanmış informasiyanın keyfiyyətinin aşağı olması ilə yanaşı, hesabatda bu informasiyanın siyasət formalaşdırmaq, planlaşdırmaq və resursların bölgüsü məqsədilə kifayət səviyyədə təhlil və istifadə olunmadığı qeyd olunur. Qiymətləndirmə nəticəsində məlum olub ki, hazırkı səhiyyə informasiya sistemini yalnız iki parametrinin işi qənaətbəxş hesab oluna bilər (**Cədvəl 5.1**). Təhlil və resursların bölgüsü üçün səhiyyə informasiyasının yayılması və istifadəsi ən aşağı balla qiymətləndirilib.

**Cədvəl 5-1: Dövlət səhiyyə informasiya sisteminin qiymətləndirilməsi**

| #  | Sahə                     | Qiymətləndirmə elementi                            | %   |
|----|--------------------------|--|-----|
| 1  | Yayılma və istifadə      | Resursların bölgüsü                                | 14% |
| 2  | Yayılma və istifadə      | İcra/fəaliyyət                                     | 23% |
| 3  | Yayılma və istifadə      | Məlumatın təhlili və ondan istifadə                | 24% |
| 5  | Məlumat mənbələri        | İnzibati qeydiyyatlar                              | 35% |
| 6  | Məlumat mənbələri        | Sağlamlıq və xəstələnmə qeydiyyatları              | 37% |
| 7  | Resurslar                | Sİİ infrastrukturu                                 | 38% |
| 8  | Resurslar                | Siyasət və planlaşdırma                            | 39% |
| 9  | Resurslar                | SİS müəssisələri, insan resursları və maliyyələşmə | 41% |
| 10 | Məlumat mənbələri        | Səhiyyə xidməti qeydiyyatları                      | 44% |
| 11 | Məlumatın idarə olunması | Məlumatın idarə olunması                           | 44% |
| 12 | Yayılma və istifadə      | Planlaşdırma və prioritetlərin müəyyən edilməsi    | 44% |
| 13 | Məlumat mənbələri        | Əhəlinin siyahıya alınması                         | 45% |
| 14 | Məlumat mənbələri        | Əhəli arasında sorğular                            | 47% |
| 15 | Yayılma və istifadə      | Siyasət və təbliğat                                | 49% |
| 16 | İnformasiya məhsulları   | İnformasiya məhsulları                             | 53% |
| 17 | Göstəricilər             | Göstəricilər                                       | 76% |
| 18 | Məlumat mənbələri        | Qeydiyyatda dair statistika                        | 83% |

Qeyd: <40% - "Qeyri-qənaətbəxş"; 40-60% - "Mövcud, ancaq qeyri-qənaətbəxş"; 60-80% - "Qənaətbəxş"; >80% - "Xeyli qənaətbəxş"

Mənbə: Azərbaycanca Milli Səhiyyə İnformasiya Sisteminin Qiymətləndirilməsi, Sİİ, 2008.

2006-cı ildə Nazirlər Kabineti Elektron sağlamlıq kartı haqqında qərar qəbul etdi. Sağlamlıq kartında onun sahibinin sağlamlıq vəziyyəti barədə zəruri məlumatlar, o cümlədən xəstəlik tarixçəsi, immunizasiya, hazırda qəbul etdiyi dərman preparatları, tibbi sığortasının olub-olmaması və digər parametrlər haqqında informasiya daxil edilir. Elektron sağlamlıq kartının tətbiq edilməsində əsas məqsəd zəruri sağlamlıq məlumatları haqqında tibb mütəxəssislərinə informasiya verməkdir. 2008-ci ildən başlayaraq uşaq poliklinikalarında 2006-cı ildə və daha sonra doğulmuş uşaqlara elektron sağlamlıq kartlarının paylanmasına başlandı.



## 5.2 Səhiyyə xidmətləri

Ölkənin səhiyyə sistemi hələ də Sovet modelinə əsaslanır və buna görə də mərkəzləşmə qalmaqdadır. Sovet sistemi ilə müqayisədə əsas ciddi dəyişiklik özəl səhiyyə sektorunun inkişafı və əhalinin səhiyyə təchizatçılarını seçməkdə sərbəstliyidir. Buna baxmayaraq dövlət tibb müəssisələri üstünlük təşkil edir və ümumi tibb müəssisələrinin 96%-ni əhatə edir. 2007-ci ildə aparılmış hesablamalar göstərir ki, cəbdən ödənişlər ümumi səhiyyə xərclərinin 60%-ni təşkil edib<sup>31</sup>. Buna baxmayaraq hökumət 2008-ci ildə dövlət tibb müəssisələrində xəstələrin müalicəsinin pulsuz olduğunu bildirdi və buna görə də hazırda xüsusi ödənişlərlə bağlı məlumat əldə etmək mümkün deyil. Səhiyyə xidmətləri şəbəkəsi yaxşı qurulub və bu şəbəkəyə ilkin, ikinci və üçüncü səviyyəli tibb müəssisələri daxildir. Bununla yanaşı konkret sağlamlıq hallarının (məs: xərçəng, vərəm, psixi pozuntular, dəri və cinsi yolla keçən xəstəliklər və s.) müalicəsi ilə məşğul olan çoxlu sayda ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisələri fəaliyyət göstərir.

2008-ci il üzrə 2485 tibb müəssisəsi, o cümlədən 1692 ambulator-poliklinik tibb müəssisəsi və 748 xəstəxana olub. Bununla yanaşı 32000 həkim və 60000 orta tibb işçisi, o cümlədən mama, tibb bacısı, laboratoriya köməkçisi və s. olmuşdur<sup>35</sup>. Səhiyyə müəssisələrində adambaşına düşən işçi heyətinin sayı kifayət səviyyədədir və AB və MDB dövlətləri üzrə orta göstəricidən yuxarıdır. Lakin bu işçi heyətinin rayonlar üzrə bölgüsü qeyri-bərabərdir və həkimlərin 60%-i, orta tibb işçilərinin isə 37%-i Bakıda çalışır.

İlkin səhiyyə xidməti müəssisələrinin uzun illərdir kifayət səviyyədə maliyyələşdirilməməsi, xüsusilə ucqar bölgələrdə, bir çox müəssisələrdə şəraitinin pisləşməsinə və avadanlıq çatışmazlığına gətirib çıxarıb. Bir çox ambulator-poliklinik müəssisələr dərman çatışmazlığı problemi ilə üzləşib və onlarda laboratoriya və diaqnostika xidmətləri aşağı səviyyədədir. 2007-ci ildə ümumi dövlət səhiyyə xərclərinin yalnız 16%-i ambulator-poliklinik müəssisələrə yönəldilmişdir və 2008-ci ildə ilkin səhiyyə xidmətlərinə ayrılan vəsaitin ümumi dövlət səhiyyə büdcəsində payı daha da aşağı planlaşdırılıb (13%). Nəticədə ambulator gəlişlərin sayı 1986-cı ildəki 10.1-dən 2007-ci ildə 4.7-ə enmişdir<sup>36</sup>.

**Cədvəl 5-2: Səhiyyə resursları**

| Göstərici   | 2001 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 <sup>1)</sup> |
|---|------|------|------|------|------|------|--------------------|
| Xəstəxanalar  | 735  | 738  | 734  | 732  | 729  | 726  | 748                |
| Hər 10000 nəfər əhaliyə xəstəxana çarpayılarının sayı | 87.8 | 85   | 83.6 | 83.1 | 82.9 | 81.3 | 80                 |
| Ambulator-poliklinik müəssisələr                      | 1614 | 1603 | 1591 | 1594 | 1595 | 1589 | 1692               |
| Həkimlərin sayı (min nəfər)                           | 29   | 29.5 | 29.7 | 30.1 | 30.6 | 30.8 | 32.4               |
| Hər 10000 nəfər əhaliyə həkimlərin sayı               | 36.5 | 36.5 | 36.4 | 36.6 | 36.8 | 36.6 | 38.1               |
| Orta tibb işçilərinin sayı (1000)                     | 60   | 59.1 | 59.5 | 59.7 | 60.8 | 61.6 | 62.2               |
| Hər 10000 nəfər əhaliyə orta tibb işçilərinin sayı    | 75.4 | 73.1 | 73.1 | 72.6 | 73.1 | 73.2 | 73.1               |

*Mənbə:* Dövlət Statistika Komitəsi<sup>1)</sup>: 2008-ci il üzrə məlumatlara özəl tibb müəssisələri də daxil edilib.

Hər 10000 nəfərə düşən xəstəxana çarpayılarının sayının çox olması və ictimai sağlamlıq nəticələrinin aşağı səviyyədə olması mövcud səhiyyə sisteminin qənaətbəxş olmadığını aydın şəkildə göstərir. Həm ambulator-poliklinik, həm də stasionar tibb müəssisələrindən istifadə göstəriciləri aşağı səviyyədədir. Xəstəxana çarpayılarının sayı AB dövlətləri üçün orta göstəricidən yüksəkdir: müvafiq olaraq hər 10000 nəfərə 81 və hər 10000 nəfərə 57 çarpayı (2007). Buna baxmayaraq çarpayılardan məşğulluq göstəricisi hələ də aşağıdır və əsasən aşağı səviyyəli müalicə aparıldığından və xəstəxanalarda avadanlıq və rahatlıq olmadığından çarpayılardan məşğulluq göstəricisi 1990-cı ildəki 80%-dən 2007-ci ildə 27,8%-ə düşmüşdür. Ola bilsin stasionar xidmətlərə çıxış və müalicə əldə etmək imkanlarının azalması da çarpayılardan məşğulluq göstəricisinin aşağı düşməsinə səbəb olub. Müəyyən

qədər azalmasına baxmayaraq Azərbaycanda xəstəxanada qalma günlərinin sayı hələ də çoxdur və bu göstərici Avropa regionunda ikinci ən yuxarı göstəricidir.

### Cədvəl 5-3: Tibb müəssisələrindən istifadə

| Göstərici   | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005  | 2006 | 2007 |
|---|------|------|------|------|-------|------|------|
| Hər 100 nəfərə xəstəxanalara qəbul  | 4.86 | 4.87 | 4.92 | 5.36 | 5.52  | 5.9  | 6.17 |
| Çarpayıların məşğulluq göstəricisi %  | 25.7 | 25.6 | 26.1 | 27.1 | 25.6  | 26.9 | 27.8 |
| Bir ildə bir nəfərə düşən ambulator-poliklinik müəssisələrə gəlişlərin sayı | 4.92 | 4.5  | 4.6  | 4.8  | 4.6   | 4.6  | 4.7  |
| Bütün xəstəxanalarda orta qalma müddəti                                     | 17.5 | 17.3 | 17.7 | 16.4 | 15.05 | 14.5 | 14.1 |

Mənbə: Hamı üçün Səhiyyə Məlumat Bazası, 2009

Özəl səhiyyə sektoruna əsasən stomatoloji klinikalar və apteklər daxildir. Bununla yanaşı özəl xəstəxanaların və ambulatoriyaların sayı artmaqdadır və bu cür tibb müəssisələri əsasən paytaxtda yerləşir. Özəl xəstəxanalarda çarpayıların sayı 2000-ci ildəki 85 çarpayından 2007-ci ildə 475 çarpayıya qədər artmışdır. Özəl tibb müəssisələri adətən avadanlıq və işçi qüvvəsi ilə yaxşı təchiz olunurlar və dövlət xəstəxanalarına və klinikalarına nisbətən daha keyfiyyətli xidmət göstərilir.

Həm şəhər, həm də kənd ərazilərində apteklərin şəbəkəsi yaxşı qurulub, lakin saxta dərman preparatlarının satılması hələ də ciddi problem olaraq qalmaqdadır və hökumət bu cür dərman preparatlarının satışının qarşısını almağa çalışır. Paytaxtda yerləşən xəstəxanalarda və özəl tibb müəssisələrinin diaqnostika mərkəzlərində müasir texnologiyaya getdikcə daha çox rast gəlinir. Bəzi yerli xəstəxanalarda stentin qoyulması və tac damar arteriyasının şuntlanması kimi mürəkkəb əməliyyatlar aparmaq imkanı vardır.

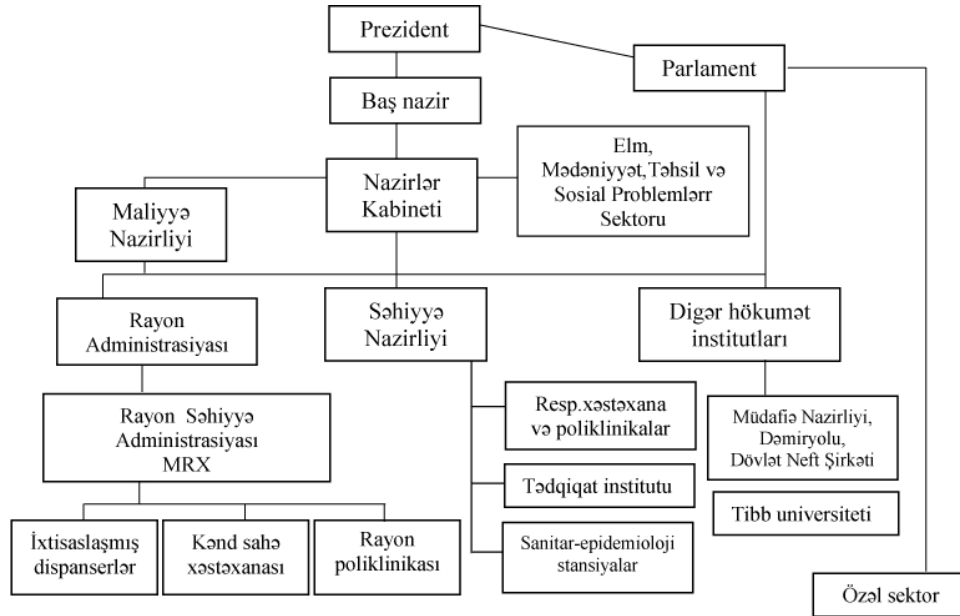
### 5.3 Fiziki və təşkilati infrastruktur

Ölkə müstəqillik qazandıqdan sonra dövlət səhiyyə sistemində ciddi dəyişikliklər baş verməyib. Səhiyyənin planlaşdırılması, səhiyyə sistemində dair qanunvericiliyin və tənzimləyici qaydaların işlənilib hazırlanması, Səhiyyə Nazirliyinə məxsus tibb müəssisələrinin idarə olunması, dövlət səhiyyə proqramlarının icra edilməsi və peşə və ətraf mühit sağlamlığının mühafizə edilməsi Səhiyyə Nazirliyinin (SN) öhdəsinə düşür. Bakı şəhərində yerləşən tibb müəssisələrinin əksəriyyəti, ixtisaslaşmış xəstəxanalar və klinikalar, respublika səviyyəli xəstəxanalar, tədqiqat institutları və sanitariya-epidemioloji xidməti SN-nə aiddir. Rayon xəstəxanaları və ambulator-poliklinik müəssisələr rayon səhiyyə şöbələri vasitəsilə rayon icra hakimiyyətləri tərəfindən maliyyələşdirilir. Buna baxmayaraq rayon səhiyyə şöbələrinin rəhbərləri və rayon tibb müəssisələrinin rəhbərləri yerli icra hakimiyyətləri ilə məsləhətləşmələrdən sonra SN tərəfindən təyin edirlər. Sanitariya-epidemioloji xidmətinin əsas vəzifəsi infeksiya xəstəlikləri və ətraf mühitin çirklənməsinin qarşısının alınması, o cümlədən əhəlinin iş və həyat şəraitinin yaxşılaşdırılması istiqamətində tədbirlər həyata keçirməkdir. Başqa sözlə sanitariya-epidemioloji xidməti ətraf mühit və peşə sağlamlığı ilə məşğul olur. Eyni zamanda Müdafiə Nazirliyi, Nəqliyyat Nazirliyi, Azərbaycan Respublikası Dövlət Neft Şirkəti və s. kimi digər nazirliklər və dövlət qurumlarının sahib olduğu və ya idarə etdikləri bir neçə tibb müəssisəsi vardır. Bu cür müəssisələr müvafiq təşkilatların işçilərinə pulsuz, digər xəstələrə isə pullu tibbi xidmət göstərilir.

Dövlət səhiyyə büdcəsi SN və Nazirlər Kabinetinin Elm, Mədəniyyət, İctimai Təhsil və Sosial Məsələlər Şöbəsi ilə məsləhətləşmələr aparmaqla Maliyyə Nazirliyi tərəfindən formalaşdırılır. Buna baxmayaraq SN-nin büdcənin hazırlanmasında rolu hələ məhduddur. 2007-ci ildə SN ümumi dövlət səhiyyə büdcəsinin 40%-ni əldə etmişdir. Dövlət səhiyyə

büdcəsinin 55%-i rayon icra hakimiyyətlərinə, 5%-i isə digər dövlət qurumlarına öz səhiyyə xərclərini ödəmək üçün ayrılmışdır<sup>33</sup>.

Səhiyyə sistemində islahatlar aparmaq, səhiyyə siyasəti və tənzimləyici qaydaları işləyib-hazırlamaq, səhiyyə proqramlarını və ictimai səhiyyə təşəbbüslərini həyata keçirmək məqsədilə 2006-cı ildə İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi (İSİM) yaradılıb. Buna baxmayaraq hazırda bu mərkəzin rolu ictimai səhiyyəyə dair araşdırmaların aparılması, sağlamlıqla bağlı məlumatlılığın artırılması və tibb mütəxəssislərinə təlimlər təşkil etməklə onların peşəkarlığının artırılması ilə məhdudlaşır.



**Diaqram 5.1: Səhiyyə sisteminin təşkilati strukturu** ("Səhiyyə sistemləri keçid dövründə", C. Holey, O. Axundov, E. Nolte, 2004)

1999-cu ildə Azərbaycan Respublikası Milli Məclisi könüllü və məcburi tibbi sığortanın hüquqi bazasını formalaşdırmaq məqsədilə "Tibbi sığorta haqqında" Qanun qəbul etdi. Buna baxmayaraq icbari tibbi sığorta ilə bağlı bu qanunun müddəaları hələ də həyata keçirilməyib. 2007-ci ildə ölkə Prezidenti "Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabineti yanında İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyinin yaradılması haqqında" Fərman imzalayıb və 2008-ci ildə səhiyyənin maliyyələşdirmə sisteminin islahatı və icbari tibbi sığortanın tətbiqi ilə bağlı konsepsiya sənədi qəbul olunub.

Özəl sığorta şirkətləri fəaliyyət göstərsə də, yalnız kooperativ müştərilərə könüllü tibbi sığorta paketləri təklif edir. Kommersiya cəhətdən əlverişli olmadığından fərdi şəxslər üçün tibbi sığorta az-az hallarda təklif olunur. Bundan əlavə dövlət tibb müəssisələrində göstərilən xidmətlər formal olaraq pulsuz olduğundan sığorta şirkətlərinin dövlət tibb müəssisələrinə çıxışı yoxdur və buna görə də əksər tibbi sığorta planları xərçəng, şəkərli diabet və psixi pozuntular kimi halları əhatə etmir.

Səhiyyə sistemində idarəetməni təkmilləşdirmək, maliyyələşdirmə və səhiyyə xidmətlərinə çıxış və onların keyfiyyətinin yüksəldilməsi məqsədilə Dünya Bankının dəstəyi ilə SN Səhiyyə Sektorunda İslahatlar Layihəsini həyata keçirir. Layihə dörd komponentdən ibarətdir:

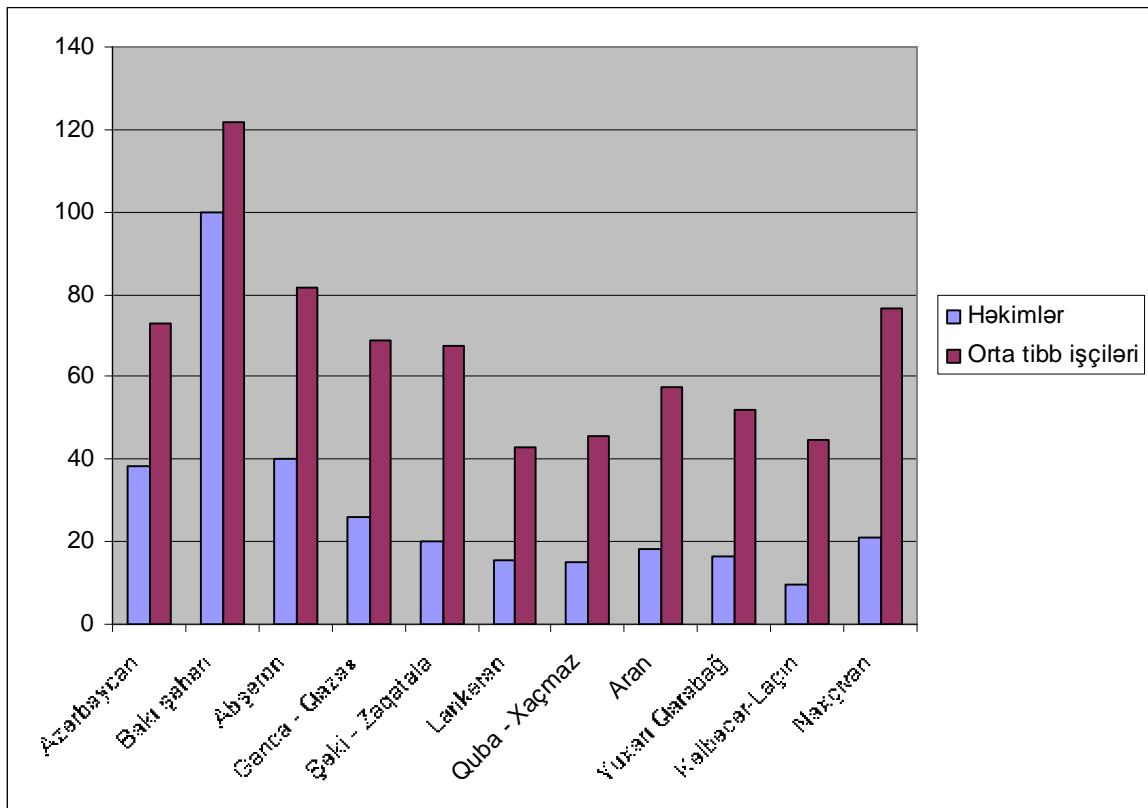
- Siyasətin formalaşdırılması, planlaşdırma, mexanizmlərin, qaydaların və siyasət alətlərinin tərtibi və həyata keçirilməsinin tənzimlənməsi, SN-nin işçi heyətinə

təlimlərin keçirilməsi və SN-nin texnoloji və fiziki infrastrukturunun təkmilləşdirilməsi sahəsində SN-nə köməklik göstərmək;

- Beş pilot rayonda səhiyyə xidmətlərinin keyfiyyətini və səmərəliliyi artırmaq;
- Gəlirlərin təkmilləşdirilmiş qaydada cəmləşdirilməsi, səhiyyə sektorunda resursların daha səmərəli toplanması və bölüşdürülməsi və səhiyyə xidmətlərinin satın alınması vasitəsilə tədricən cibdən ödənen səhiyyə xərclərindən əhalinin tam şəkildə müdafiə olunması və sığorta qaydalarına keçid məqsədilə Azərbaycanda səhiyyə xidmətlərinin maliyyələşdirilməsi sahəsində islahatlara dəstək vermək;
- Layihənin effektiv idarə olunmasını təmin etməklə səhiyyə sektorunda uzun müddətli insan resursları ehtiyacları ilə bağlı məsələləri həll etmək.

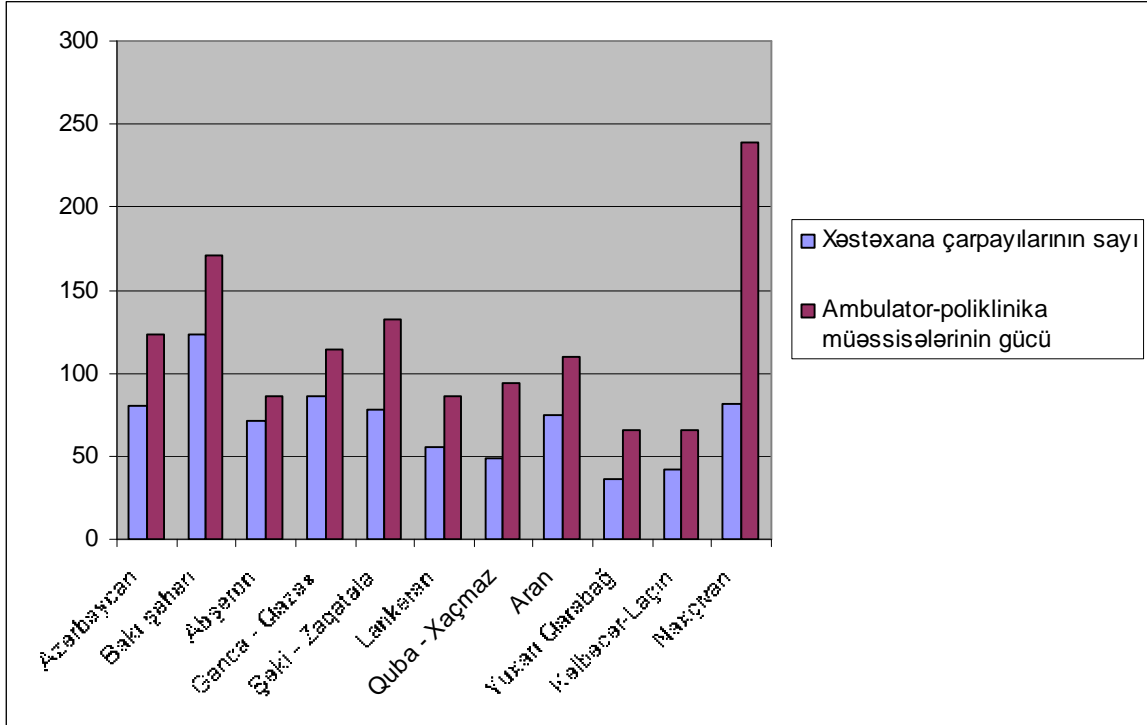
#### 5.4 Xidmətlərin və işçi qüvvəsinin bölgüsü

Rayonlar üzrə tibb müəssisələrinin və insan resurslarının coğrafi bölgüsü qeyri-bərabər paylanmışdır və daha yüksək göstəricilər şəhər yerlərində, xüsusilə Bakı şəhərində və daha aşağı göstəricilər kənd yerlərində müşahidə olunur. Əhalinin 10000 nəfərinə düşən həkimlərin sayı Bakıda 100 nəfərlə Kəlbəcər-Laçın iqtisadi regionunda 9 nəfər arasında dəyişir<sup>37</sup>. Bu hesabatda daha əvvəl qeyd olunduğu kimi ölkə üzrə həkimlərin 60%-i, orta tibb işçilərinin isə 37%-i paytaxtda cəmləşib. Sovet dövründə Tibb Universitetini bitirən hər bir məzun yerli ehtiyaclardan asılı olaraq konkret bir tibb müəssisəsinə təyinat alırdı. Buna baxmayaraq bu təcrübə artıq tətbiq olunmur və gənc tibb mütəxəssisləri kənd və ucqar yerlərdə işləməyə həvəsli deyillər.



**Diaqram 5.2: Əhalinin hər 10000 nəfərinə düşən həkimlərin və orta tibb işçilərinin iqtisadi regionlar üzrə bölgüsü (DSK)**

Kənd ərazilərində yerləşən tibb müəssisələrində işçi heyətinin çatışmazlığını nəzərə alsaq, tibb müəssisələrinin bölgüsündə qeyri-bərabərlik işçi heyətinin bölgüsünə nisbətən daha azdır. Bundan əvvəl bütün ixtisaslaşmış xəstəxanalar və özəl tibb müəssisələri Bakıda yerləşmişdir. Eyni zamanda, özəl səhiyyə sektorunun inkişafı çərçivəsində hökumətin hər hansı müdaxiləsi olmazsa, tibb müəssisələrinin rayonlar üzrə bölgüsü arasında daha kəskin fərqlər meydana gələ bilər.



**Diqram 5.3: Əhalinin hər 1000 nəfərinə düşən xəstəxana və ambulator-poliklinik müəssisələrin iqtisadi rayonlar üzrə bölgüsü (DSK)**

## 5.5 Səhiyyə xidmətlərinə çıxış

Azərbaycan tibb müəssisələri və işçi heyəti ilə yaxşı təchiz olunsada, coğrafi baxımdan qeyri-bərabər bölgü və əhalinin gəlir səviyyələri arasında fərqlər səhiyyə xidmətlərinə qeyri-bərabər çıxış imkanları təhlükəsini yaradır. Əhali arasında keçirilmiş sorğular göstərir ki, xüsusilə kənd yerlərində əhalinin böyük hissəsi səhiyyə xidmətlərinə çıxışla bağlı problemlərlə üzləşir. ƏSBMT sorğusu zamanı respondentlərin 70%-dən çoxu tibbi xidmət xərclərini ödəmək iqtidarında olmadıqlarını, 85%-dən çoxu isə pulsuz tibbi xidmətlərə çıxış imkanlarının olmadığını bildirişlər<sup>24</sup>. Şəhər yerlərinə nisbətən kənd yerlərində əhalinin daha böyük hissəsinin tibbi xidmətlərə çıxış imkanları məhduddur. Daha yüksək maaş və daha yaxşı iş şəraiti bacarıqlı tibb mütəxəssislərinin kənd yerlərindən şəhərlərə, xüsusilə paytaxta gəlməsinə səbəb olur. Daha yaxşı tibbi xidmətlər almaq məqsədilə kənd sakinləri müalicə və xəstəxana xərclərindən başqa şəhərə gəlmək üçün əlavə yol xərci də ödəməli olurlar. İşlədikləri müəssisələr vasitəsilə könüllü tibbi sığortası olan adamlar, sağlamlıq vəziyyəti ilə əlaqədar sığorta ilə ödənilməyən hallar istisna olmaqla, səhiyyə xidmətlərinə çıxışda daha az problemlərlə üzləşirlər.

## 6 İlkın səhiyyə xidməti

Azərbaycanda ilkin səhiyyə xidməti sistemi xüsusilə qeyri-infeksiyon xəstəliklərin idarə olunması və qarşısının alınması sahəsində effektiv deyildir. Maliyyə vəsaitlərinin azlığı, tibb müəssisələrində şəraitinin aşağı səviyyədə olması, müasir avadanlıqların olmaması və ilkin ictimai səhiyyə müəssisələrində ixtisaslı həkimlərin azlığı ötən iyirmi il ərzində xidmətin keyfiyyətinin pisləşməsinə və ambulator gəlişlərin sayının əhəmiyyətli dərəcədə azalmasına gətirib çıxarıb.

İlkin səhiyyə xidməti ölkənin müstəqillik qazanmasından sonra dəyişdirilməmiş sovet qanunvericiliyi əsasında idarə olunur. Artıq köhnə hesab olunmasına baxmayaraq bu qanunvericilikdə ilkin qarşısı alınma tədbirlərinin həyata keçirilməsi, sağlamlığın təbliğati və nəzarət ilkin səhiyyə xidmətlərinin ayrılmaz tərkib hissəsi kimi qeyd olunur. Mövcud qanunvericiliyə görə sahə terapevti ilkin səhiyyə xidmətlərinin çatdırılmasında əsas rola malikdir. Rəsmi olaraq sahə terapevtinin vəzifə və öhdəliklərinə müvafiq sahədəki əhaliyə terapevtik xidmətin göstərilməsi, əhalini məlumatlandırmaq və mütəmadi müayinələr həyata keçirməklə qarşısı alınma tədbirlərinin planlaşdırılması və həyata keçirilməsi daxildir. Xroniki xəstəliklərin ilkin halları Sovet İttifaqı dövründə işlənilib-hazırlanmış təlimatlara uyğun olaraq qeyd olunmalı və idarə edilməlidir. Ürək-damar xəstəliyi olan insanlar ildə üç dəfə olmaqla dövrü müayinələrdən keçməli və tənəffüs orqanlarının xroniki xəstəlikləri olan insanlar isə ildə iki dəfə müayinə olunmalıdırlar. Buna baxmayaraq nəzarət sistemi yaxşı səviyyədə işləmir. ƏSBMT sorğusu nəticəsində məlum olmuşdur ki, respondentlərin 83%-i heç vaxt mütəmadi müayinələrdən keçməyib<sup>24</sup>. Əsasən müalicə və risk faktorlarına fikir verməklə QİX-in idarə olunmasına az fikir verilir.

Həkimlər həyat tərzi və risk faktorları barədə xəstələrə məsləhətlər verirlər, lakin risk faktorlarının qiymətləndirilməsi və idarə edilməsi ilə bağlı hər hansı təlimatlar və strategiya yoxdur. Buna görə də xəstələrə göstərilən məsləhət xidmətlərinin keyfiyyəti təmin oluna bilmir. İlkın səhiyyə xidməti müəssisələri müvafiq ərazidə yaşayan əhali arasında maarifləndirmə aparmır. QİX-in risk faktorları və onların qarşısının alınması ilə bağlı plakat və ya broşuralar əldə etmək mümkün deyil.

Mütəxəssislər və ümumi profilli həkimlərlə təchiz olunmuş ilkin səhiyyə müəssisələri çox azdır. Azərbaycanda hazırda ilkin səhiyyə xidmətlərində ailə təbabəti tətbiq olunmağa başlayıb. SN ailə təbabəti vəzifəsini təsdiq olunmuş ixtisaslar arasına daxil edib və təhsil üçün proqram işlənilib-hazırlanmaqdadır. Azərbaycan Tibb Universitetində Ailə Təbabəti kafedrası fəaliyyət göstərir və həkimləri təkmilləşdirmə institutunda diplomdan sonra həkimlərə ailə təbabətinə dair təlimlər keçirilir<sup>38</sup>.

Qeyri-infeksiyon xəstəliklərin müalicəsi həkimlərin fərdi təcrübəsinə və biliyinə əsaslanır. Səhiyyə Nazirliyi İSİM tərəfindən hazırlanmış 24 diaqnostik və müalicə protokolunu təsdiqləyib və bu protokolların dördü, ağ ciyərlərin xronik obstruktiv xəstəliyi, döş qəfəsində ağrı, sabit stenokardiya və hipertoniya kimi qeyri-infeksiyon xəstəliklərlə bağlıdır. İnsult və ikinci tip şəkərli diabetlə bağlı protokollar hazırlanır. Buna baxmayaraq təsdiq olunmuş protokollar hələ geniş istifadə olunmur. Ailə təbabəti təzə tətbiq olunduğundan və xəstələr müxtəlif mütəxəssislər tərəfindən və müxtəlif tibb müəssisələrində müalicə olunduğundan QİX-in idarə olunması ilə bağlı digər məsələ də müalicənin davamlı olmamasıdır. Evdə qulluq formal olaraq mümkün olsa da, maliyyə cəhətdən əziyyət çəkən qrupların bu cür xidmətlərə çıxışı sual altındadır. Şəkərli diabetli xəstələrə bəzi məsləhətlər təşkil olunur, ancaq digər xroniki xəstəlikləri olan insanların maarifləndirilməsi aşağı səviyyədədir.

## 7 İcma imkanları

İcma proqramlarının sayının azlığı, risk faktorları haqqında məlumatın aşağı səviyyədə olması, xəstələrin assosiasiyası kimi yardımçı şəbəkələrin inkişaf etməməsi Azərbaycanda sağlamlığın təbliği və QİX-in qarşısının alınması sahəsində icma imkanlarının aşağı səviyyədə olduğunu göstərir.

Sağlamlıq haqqında bilikli olmaq sağlamlığın zəruri sosial göstəricisi hesab olunur və “insanların sağlamlıqları ilə bağlı müvafiq qərarlar vermələri üçün ehtiyac duyulan əsas sağlamlıq informasiyası və xidmətlərini əldə etmək, emal etmək və başa düşmək səviyyəsi”<sup>39</sup> kimi izah edilir. Sağlamlıq haqqında savadlılıq dərəcəsinin az olması xərcəng, şəkərli diabet və yüksək qan təzyiqi kimi qeyri-infeksiyon xəstəliklər səbəbindən xəstələnmə və ölüm hallarının artması ilə əlaqəlidir<sup>40</sup>. Sağlamlıq barədə aşağı səviyyədə biliklərə malik insanlar həkimlərin dərman təyinatlarını və təlimatlarını səhv başa düşə bilərlər. Oxucular üçün asanlıqla istifadə oluna bilən tibbi informasiya, rəsmi şəxslər və həkimlə xəstə arasında kommunikasiyanı yaxşılaşdırmaq kimi tədbirlərin görülməsi sağlamlıq haqqında biliklərin aşağı səviyyədə olmasından irəli gələn mənfi təsirləri azalda bilər.

ƏSBMT sorğusundan əldə olunan məlumatlar göstərir ki, əhalinin sağlamlıq haqqında bilikləri və QİX-lər haqqında məlumatlılığı aşağı səviyyədədir<sup>24</sup> və bu müalicələrin səmərəliliyinə təsir göstərir. Sorğu nəticəsində məlum oldu ki, respondentlərin 90%-dən çoxu bütün çəkmənin ondan istifadə edənlərə və ətrafdakı insanlara zərər verdiyini bildirsə də, yalnız onların 20%-i passiv bütün çəkmə haqqında məlumatlı olduqlarını bildiriblər. Şəkərli diabet və yüksək qan təzyiqinin səbəbləri və qarşısının alınması barədə əhali arasında məlumatlılıq azdır. Respondentlərdən çox az hissəsi idmanla məşğul olmamağın (1.1%) və artıq çəkinin (0.3%) şəkərli diabet və yüksək qan təzyiqi üçün əsas risk faktorlarından olduğunu qeyd ediblər, lakin respondentlərin heç biri bu risk faktorları arasında bütün çəkməni qeyd etməyiblər. Kişi respondentlərin 60%-i tütündən istifadə etsələr də, onların 70%-dən çoxu yüksək qan təzyiqi risklərinin olduğunu hiss etmədiklərini bildiriblər. Respondentlərin yarıdan çoxu yüksək qan təzyiqinin qarşısını almağın əsas üsulunun dərman qəbul etmək olduğuna inandıqlarını bildirib.

Məktəbdə sağlamlıqla bağlı proqramlar nadir hallarda təşkil olunur və dərş proqramına daxil edilmir. QİX-in risk faktorlarının qarşısını almaq məqsədilə İSİM kiçik miqyaslı sağlamlıq haqqında məlumatlandırma işləri həyata keçirib və bu tədbirlər çərçivəsində bütün çəkmə və şəkərli diabetlə bağlı broşuralar hazırlayıb yaymışdır. Xəstələrə dəstək göstərən təşkilatlar hələ yaxşı inkişaf etməyib. Şəkərli diabetli xəstələrin hüquqlarını müdafiə edən iki təşkilat mövcuddur: Azərbaycan Diabet Cəmiyyəti (ADC) və Azərbaycan Diabet Liqası (ADL). Buna baxmayaraq digər xroniki xəstəlikləri olan insanların ehtiyaclarını qarşılıya biləcək təşkilatlar yoxdur.

Yerli televiziya kanallarında sağlamlıqla bağlı gündəlik verilişlər təqdim olunsada, ƏSBMT sorğusu nəticəsində məlum olub ki, respondentlərin yalnız 5%-i bu verilişlərə baxır və bu kommunikasiya üsul və vasitələrinin qeyri-effektiv olduğunu göstərir. Azərbaycan Rabitə və İnformasiya Texnologiyaları Nazirliyinin məlumatına görə 2008-ci ildə Azərbaycanda 1,5 milyon internet istifadəçisi olub. Buna baxmayaraq internetdə səhiyyə ilə bağlı Azərbaycan dilində məhdud həcmdə materiallar mövcuddur. İctimaiyyət, xəstələr və səhiyyə təchizatçıları arasında davranışı dəyişməklə səhiyyə kommunikasiyasını yaxşılaşdırmaq və sağlamlıq məsələləri ilə bağlı məlumatlılığı artırmaq məqsədilə 2008-ci ildə Azərbaycan Səhiyyə Kommunikasiyası Assosiasiyası yaradıldı. Hələ ki, assosiasiya yoluxucu xəstəliklər və reproduktiv sağlamlıqla bağlı məlumatlılığın artırılması sahəsində layihələr həyata keçirib.

İş yerlərində sağlamlığın təbliği proqramları xeyli azlıq təşkil edir və yalnız böyük beynəlxalq neft şirkətlərində həyata keçirilir. Bu cür proqrama məlumatlılığın artırılması, tütün çəkmənin dayandırılmasına həvəsləndirmə, qanda şəkərin və xolesterinin miqdarının yoxlanması və sağlamlıq mərkəzlərinə üzvlük daxil ola bilər.

## 8 Araşdırma imkanları

Azərbaycanda tibb və səhiyyə sahəsində araşdırma apararı ondan artıq elmi-tədqiqat institutu olsa da, qeyri-infeksion xəstəliklərlə bağlı çox az araşdırma aparılmışdır.

Sübutlara əsaslanan qərar vermə “alternativlərin qiymətləndirilməsi və kliniki, idarəetmə və siyasət formalaşdırılması zamanı qərarların verilməsində əldə oluna bilən ən yaxşı sübutların sistemli şəkildə tətbiq olunması” kimi izah oluna bilər<sup>41</sup>. Bu anlayışı tətbiq etmək üçün ictimai səhiyyə siyasətçiləri kifayət qədər və etibarlı elmi sübutlarla təmin olunmalı və araşdırmanın tapıntılarını tənqidi qiymətləndirmək və şərh etmək üçün bilik və bacarıqlara malik olmalıdırlar. Buna baxmayaraq Azərbaycanda sübutlara əsaslanan siyasətin formalaşdırılması inkişaf etməyib və ictimai sağlamlığın idarə olunması sovet idarəetmə üsuluna əsaslanır. Tədqiqatçılarla ictimai səhiyyə siyasətçiləri arasında əməkdaşlıq aşağı səviyyədədir. Siyasətçilər arasında bu cür sübutlara nə tələb yoxdur, nə də tədqiqatçılar bu məlumatı təmin etmirlər. İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi sübutlara əsaslanan təbabəti tətbiq etmək məqsədilə səhiyyə mütəxəssislərinə təlimlərin keçirilməsi kimi fəaliyyətlər həyata keçirir.

Səhiyyə sektorunda qərarların qəbul olunması üçün dəqiq sübutların təmin olunmasının əsas üsulu epidemiologiyadır. Buna baxmayaraq təsirlər və nəticələr arasında əlaqəni müəyyən etmək kontekstində Azərbaycanda epidemiologiya inkişaf etməyib. Diplomdan əvvəl və diplomdan sonra tibbi təhsil zamanı epidemioloji tədqiqat üsulları barədə kifayət qədər bilik verilmir. Əslində Azərbaycan Tibb Universitetində öyrədilən epidemiologiya kursunda əsasən yoluxucu xəstəliklərdən bəhs edilir və biostatistika haqqında kurs keçirilmir. Statistik metodlar haqqında əsas biliklər isə diplomdan sonrakı təhsildə verilir. Azərbaycan dilində elmi ədəbiyyatın və internet resurslarının çatışmazlığı isə yerli tədqiqatçıların imkanlarını daha da məhdudlaşdırır.

Aşağıdakı dövlət institutları səhiyyə ilə bağlı tədqiqatlar aparır:

- Səhiyyə Nazirliyinin Statistika və İnformatika İdarəsi;
- Azərbaycan Tibb Universiteti;
- Dövlət Statistika Komitəsi;
- Azərbaycan Tibbi Universiteti;
- Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu;
- Elmi-Tədqiqat Ağ Ciyər Xəstəlikləri İnstitutu;
- Elmi-Tədqiqat Göz Xəstəlikləri Mərkəzi;
- Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutu;
- Elmi-Tədqiqat Travmatologiya və Ortopediya İnstitutu;
- Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi;
- Elmi-Tədqiqat Bərpa İnstitutu;
- Milli Onkologiya Mərkəzi;
- Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutu.



Elmi-tədqiqat institutlarında aparılan tədqiqatların əksəriyyəti tibbi müdaxilələr və müalicələrdən bəhs edir. Faktiki olaraq, səhiyyə sektorunda əhali üzrə araşdırmaların aparılmasına nadir hallarda rast gəlinir və bu cür araşdırmalar çox vaxt yerli mütəxəssislərin də cəlb olunması ilə beynəlxalq təşkilatlar və xarici elmi institutların təşəbbüsü, maliyyə dəstəyi və rəhbərliyi ilə həyata keçirilir. Əhali arasında sorğuların aparılması sahəsində ən təcrübəli institutlar Dövlət Statistika Komitəsi və Səhiyyə Nazirliyinin Statistika və İnformatika İdarəsi hesab olunur. Səhiyyə sahəsində tədqiqatlar aparmaq üçün bacarıqların formalaşdırılması və tədqiqatların nəticələrinin səhiyyə siyasətçilərinə çatdırılması sahəsində İSİM-in əsas rol oynaması gözlənilir.

## 9 Maliyyə resursları

Azərbaycanda qeyri-infeksiyon xəstəliklərin qarşısının alınması və idarə olunması üzrə fəaliyyətləri maliyyələşdirmək üçün aşağıdakı potensial imkanlar nəzərə alın bilər:

### 1. Dövlət mənbələri

- a. Aşağıdakı dövlət qurumları vasitəsilə dövlət büdcəsi
  - o Səhiyyə Nazirliyi
  - o Rayon Səhiyyə Şöbələri
  - o Ekologiya və Təbii Sərvətlər Nazirliyi
  - o Gənclər və İdman Nazirliyi
  - o Təhsil Nazirliyi
  - o Dövlət Statistika Komitəsi
- b. Azərbaycan Respublikası Dövlət Neft Fondu
- c. Azərbaycan Respublikası Dövlət Neft Şirkəti, Azərbaycan Hava Yolları, Azərbaycan Dövlət Xəzər Dəniz Gəmiçiliyi kimi dövlət şirkətləri.

### 2. Beynəlxalq və yerli qeyri-hökumət təşkilatları

- a. Heydər Əliyev Fondu
- b. Oxfam International

### 3. Xarici dövlət təşkilatları

- a. Amerika Birləşmiş Ştatları Beynəlxalq İnkişaf Agentliyi
- b. Yaponiya Beynəlxalq Kooperasiya Agentliyi
- c. Xarici dövlətlərin Azərbaycanda yerləşən səfirlikləri

### 4. Çoxtərəfli inkişaf bankları

- a. BMT agentlikləri (UNICEF, UNIFEM, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı, Dünya Bankı və s.)
- b. İslam İnkişaf Bankı
- c. Asiya İnkişaf Bankı

### 5. Özəl sektor

- a. Beynəlxalq neft şirkətləri
- b. Sığorta şirkətləri

## 10 Nəticə və tövsiyələr

Vəziyyətin təhlili göstərir ki, Azərbaycanda əhali artmaqda olan qeyri-infeksiyon xəstəliklər riski ilə üzləşir və hazırkı səhiyyə sistemi erkən ölüm hallarının əsas səbəblərinin artmaqda olan yükü nəticəsində qarşıya çıxan çətinlikləri müvafiq qaydada aradan qaldırmaq iqtidarında deyil. Hökumət xərçəng, şəkərli diabet və talassemiya kimi bir sıra konkret sağlamlıq hallarına aid bir neçə dövlət proqramı həyata keçirir. Qeyri-infeksiyon xəstəliklərlə bağlı məsələlərin həlli üzrə Səhiyyə Nazirliyində konkret bir sektor və ya milli strategiya mövcud deyil.

**Qeyri-infeksiyon xəstəlikləri.** Ümumilikdə ölüm hallarının 80%-dən çoxu qeyri-infeksiyon xəstəliklər səbəbindən baş verir və bunların da 50%-dən çoxu ürək-damar xəstəlikləri ilə əlaqədardır. Mövcud məlumat son illərdə QİX səbəbindən xəstələnmə və ölüm göstəricilərində davamlı artımın olduğunu göstərir. Təcili tədbirlərin görülməsi zərurətini yaradan statistik göstəricilər ondan ibarətdir ki, qeyri-infeksiyon xəstəliklər səbəbindən ölüm hallarının böyük hissəsi erkən ölüm hallarıdır. 2007-ci ildə baş vermiş ürək-damar xəstəlikləri səbəbindən ölüm hallarının 28%-i və xərçəng xəstəliyi səbəbindən ölüm hallarının 52%-i 65 və daha aşağı yaş qrupuna daxil olan insanlar arasında qeydə alınıb. Qeyri-infeksiyon xəstəliklər riski qadınlara nisbətən kişilər arasında daha yüksəkdir. Hər il min nəfərdən artıq insanın ölümünə səbəb olan nəqliyyat qəzalarının ölkə əhalisi üzərində yük ağırlığı yüksəkdir. Bu cür ölümlərin əksəriyyəti səmərəli yol-nəqliyyat qanunvericiliyinin, xüsusilə təhlükəsizlik kəmərlərindən istifadənin tətbiqi yolu ilə aradan qaldırılı bilər.

**QİX-in risk faktorları.** Əldə olunan məlumatlar QİX hallarının böyük əksəriyyətinin baş verməsində əsas rol oynayan tütün çəkmə, artıq çəki və keyfiyyətsiz qidalanma kimi risk faktorlarının olduğunu göstərir. Sorğular göstərir ki, orta yaşlı kişi respondentlərin 50%-dən çoxu tütündən istifadə edənlərdir, 15 yaş və daha artıq olanların 40%-nin artıq çəki və piylənmə problemi var və respondentlərin 8%-i məqsədli şəkildə idmanla məşğul olur. Kişilər arasında tütün çəkmə və spirtli içkilərdən istifadə etmə, qadınlar arasında isə artıq çəki üstünlük təşkil edir. Azərbaycan zəngin tərəvəz və meyvə məhsulları ilə məşhur olsa da, əhalinin 40%-dən çoxu bu məhsullardan gündəlik istifadə etmir.

**Məlumatın əldə edilməsi və keyfiyyəti.** Problemin əhatə dairəsini başa düşmək və müdaxilələr üçün prioritetləri müəyyən etmək baxımından etibarlı statistika mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Azərbaycanda qurulmuş səhiyyə informasiya sistemi olsa da, QİX barədə əldə oluna bilən informasiya məhdud xarakter daşıyır və onun keyfiyyəti aşağı səviyyədədir. Qeyri-infeksiyon xəstəliklərlə bağlı informasiyanın müvafiq qaydada verilməməsi, bu xəstəliklərin diaqnozunun və qruplaşdırılmasının düzgün aparılmaması nəticəsində mövcud səhiyyə informasiya sistemi bir çox ölüm və xəstələnmə hallarını əhatə edə bilmir. Tənəffüs orqanlarının xroniki xəstəliklərinə dair məlumat faktiki olaraq yoxdur. Risk faktorlarına dair informasiya hələ də sistemli şəkildə toplanmır və milli səhiyyə informasiya sisteminə daxil edilmir. Bu günə qədər QİX-lə bağlı çox az sayda epidemioloji araşdırma aparılmış və sorğu keçirilmişdir. Etibarlı tarixi məlumat olmadığından və XBT-10 təsnifatına keçildiyindən ötən illərlə müqayisələr aparmaq və tendensiyanı müşahidə etmək çətinidir. Bundan əlavə səhiyyə informasiya bazasının yayılması və təhlil və səhiyyə sektorunda qərar vermək üçün istifadə olunması aşağı səviyyədədir.

**QİX-in qarşısının alınması və idarə olunması.** Risk faktorlarının çox olması və sağlam həyat tərzini haqqında əhəlinin məlumatlılığının aşağı olması qeyri-infeksiyon xəstəliklərinin epidemiyasına qarşı tədbirlərin müvafiq səviyyədə aparılmadığını göstərir. Müəyyən qeyri-infeksiyon xəstəliklərinin qarşısının alınması məqsədilə hökumət bir neçə dövlət səhiyyə proqramı həyata keçirsə də, QİX-in qarşısının alınması və onların idarə olunması sahəsində ümumiləşdirilmiş yanaşma yoxdur. Tibb müəssisələri və işçi heyətinin təmin olunması kifayət səviyyədə olsa da, onların ölkə üzrə bölgüsü qeyri-bərabərdir və bu əhəlinin səhiyyə xidmətlərinə bərabər çıxış imkanlarının olmaması riskini yaradır. QİX-in qarşısının alınmasının əsas özümlü hesab olunan ilkin səhiyyə sistemi maliyyə resursları ilə kifayət qədər təmin olunmur və bu səviyyədə risk faktorlarının idarə olunmasına diqqət yetirilmədən müalicə işi aparılır. Əhəli arasında keçirilmiş sorğular nəticəsində toplanmış məlumatlar göstərir ki, sağlamlıq riskləri və qeyri-sağlam davranışlar barədə əhəlinin məlumatlandırılması sahəsində kifayət qədər cəhdlər göstərilmədiyindən əhəlinin sağlamlıq haqqında bilikləri aşağı səviyyədədir. Yüksək risk qruplarının fəal qaydada müəyyən edilməsi, o cümlədən xərçəng xəstəliyinin skriningi kimi az təşəbbüslər həyata keçirilib və əhəlinin çox az hissəsi mütəmadi müayinələrdən keçir. Ətraf mühit və peşə sağlamlığı ilə bağlı geniş hüquqi bazanın, tütünlə nəzarət və yol hərəkəti haqqında qanunvericiliyin olmasına baxmayaraq, onların həyata keçirilməsi aşağı səviyyədədir və effektivliyini şübhə altına alır.

## **Təvsiyələr**

Aşağıdakı təvsiyələr ilkin xarakter daşıyır və müxtəlif tərəfdaşlarla müzakirələrdən sonra yekunlaşdırılacaq.

### **Qeyri-infeksiyon xəstəliklər sektoru**

Qeyri-infeksiyon xəstəliklərlə bağlı strategiyalar və fəaliyyət planları hazırlamaq məqsədilə Səhiyyə Nazirliyi strukturunda QİX sektorunun yaradılmasına ehtiyac var.

### **Qeyri-infeksiyon xəstəliklərlə bağlı strategiya**

Səhiyyə Nazirliyi qeyri-infeksiyon xəstəliklərlə bağlı hərtərəfli və ümumiləşdirilmiş strategiya hazırlamalı və bu strategiya onun tətbiqinə yardım edəcək digər dövlət qurumları tərəfindən də dəstəklənməlidir. ÜST-nin Avropa regionu üzrə ofisinin işləyib-hazırladığı Qeyri-infeksiyon xəstəliklərinin qarşısının alınması və onlara nəzarət üçün Avropa strategiyası milli strategiyanın tərtib olunması üçün təlimat rolunu oynaya bilər.

Strategiyada aşağıdakı əhəli arasında və fərdi müdaxilələrin müəyyən edilməsinə ehtiyac var.

- **Qarşısı alınma və nəzarət**

- ÜST-nin Tütünlə nəzarət çərçivə sənədinin müddəalarını tətbiq etmək üçün tütünlə barədə dövlət qanunvericiliyini gücləndirməyə ehtiyac vardır. Xüsusilə, tütünlə məhsullarına qoyulacaq vergilərin artırılması qiymətləndirilməli və tətbiq olunmalıdır. Bir çox ölkələrdə vergi qoyma tütünlə çəkmənin yayılmasının qarşısını effektiv qaydada almışdır. Bununla yanaşı, vergi qoyma gəlirləri artırma və nəticədə bu gəlirlərdən QİX-in qarşısını almaq və onlara nəzarət etmək üçün istifadə oluna bilər. Tütünlə bağlı milli qanunvericilikdə bar və restoranlar kimi ictimai yerlərdə tütünlə çəkməyə qadağa qoyulmasına ehtiyac var. Mövcud və gələcək qanunvericilik məcburi olmalıdır və tütünlədən istifadə sahəsində davamlı azalmaya nail olmaq üçün gücləndirilməlidir.

- Ərzaq məhsullarının üzərində qidalanmaya dair yazılar yerləşdirmək, qida sənayesində doymuş piy və yağlı turşuları doymamış piylərlə əvəz etmək, orta və ali təhsil müəssisələrində sağlam qidalanmanı təbliğ etmək və qida məhsulları və spirtsiz içkilərin uşaqlara reklam olunmasını məhdudlaşdırmaq kimi müdaxilələr vasitəsilə sağlam qidalanma təbliğ olunmalıdır.
- İdman və istirahət müəssisələrinə çıxışı yaxşılaşdırmaq və insanları piyada gəzmək, eləcə də digər növ fiziki fəaliyyətə həvəsləndirən infrastruktur və ətraf mühitin yaxşılaşdırılması yolu ilə fiziki fəallıq təbliğ olunmalıdır.
- Məktəb proqramları, kütləvi informasiya vasitələri və ictimaiyyəti məlumatlandırma kompaniyaları vasitəsilə risk faktorları və davranışlarına dair maarifləndirmə aparılmalıdır.

- **Nəzarət və tədqiqat**

- Qeyri-infeksiyon xəstəliklər və onların risk faktorlarına nəzarət gücləndirilməlidir. Qeyri-infeksiyon xəstəliklər səbəbindən ölüm və xəstələnmə hallarına dair məlumatın keyfiyyəti yaxşılaşdırılmalı və Səhiyyə İnformasiya Sistemi bütün çəkmə, spirtli içkilərdən istifadə, qanda şəkərin və xolesterinin miqdarı, artıq çəki və keyfiyyətsiz qidalanma kimi risk faktorları barədə informasiya sistemli şəkildə toplanmalı, təhlil olunmalı və yayılmalıdır. QİX-in və onların risk faktorlarının sosial-iqtisadi faktorları barədə məlumat bazasında mövcud boşluqları aradan qaldırmaq üçün əhali arasında daha çox sorğular keçirilməlidir. Tendensiya, irəliləyiş və müdaxilələrin effektivliyinin monitorinqini aparmaq məqsədilə QİX-ə dair mütəmadi hesabatlar hazırlanmalıdır.

- **Skrininq**

- Şəkərli diabet, döş xərçəngi və yüksək qan təzyiqi kimi QİX-in erkən aşkarlanması və müalicəsi üçün effektiv skrininq proqramları işlənilib-hazırlanmalıdır.

- **Səhiyyə xidməti təchizatçıları**

- Risk faktorlarının idarə olunması və səmərəli müdaxilələrə xüsusi diqqət yetirməklə QİX-in qarşısı alınma tədbirləri ilkin və ikinci səhiyyə xidmətinə uyğunlaşdırılmalıdır. QİX-in idarə olunmasına dair müalicə protokolları işlənilib hazırlanmalı və onların bütün səhiyyə xidməti təchizatçıları tərəfindən istifadəsi təmin olunmalıdır.

### **Milli fəaliyyət planı**

Prioritetləri, resursları və QİX strategiyasının müxtəlif komponentlərinin həyata keçirilməsi üçün vaxt müddətini müəyyənləşdirmək məqsədilə QİX-ə dair milli fəaliyyət planlarının işlənilib-hazırlanmasına ehtiyac vardır.

## İstinad edilmiş ədəbiyyat siyahısı

- <sup>1</sup> Sağlam həyat qazanma. Qeyri-infeksiyon xəstəliklərin qarşısının alınması və bu xəstəliklərin nəzarətdə saxlanması üzrə Avropa Strategiyası. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı 2006.
- <sup>2</sup> Avropada Əhalinin Sağlamlıq Vəziyyətinə dair Hesabat 2005. Sağlam uşaqlar və əhali üçün ictimai sağlamlıq aksiyası. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı 2005.
- <sup>3</sup> Azərbaycan Respublikasının Dövlət Statistika Komitəsi. Demografik göstəricilər. [http://www.azstat.org/statinfo/demographic/az/001\\_1.shtml](http://www.azstat.org/statinfo/demographic/az/001_1.shtml)
- <sup>4</sup> Azərbaycan Respublikasının Dövlət Statistika Komitəsi. Demografik göstəricilər. Yaş və cins qrupları üzrə ölüm göstəriciləri. [http://www.azstat.org/statinfo/demographic/en/004\\_1.shtml](http://www.azstat.org/statinfo/demographic/en/004_1.shtml)
- <sup>5</sup> Azərbaycan Respublikasının Dövlət Statistika Komitəsi. Demografik göstəricilər. Əsas xəstəlik sinifləri üzrə ölüm göstəriciləri. <http://www.azstat.org/statinfo/demographic/en/035.shtml#s1>
- <sup>6</sup> Azərbaycan Respublikasının Dövlət Statistika Komitəsi. Demografik göstəricilər. Əsas xəstəlik sinifləri üzrə ölüm göstəriciləri. <http://www.azstat.org/statinfo/demographic/en/035.shtml#s1>
- <sup>7</sup> Azərbaycan Respublikasının Dövlət Statistika Komitəsi. Yaş və cins qrupları üzrə əhalinin 2007-ci ildə bədxassəli törəmələrlə xəstələnməsi. <http://www.azstat.org/statinfo/healthcare/en/014.shtml#s6>. 24 fevral, 2009-cu il tarixdə baxılıb.
- <sup>8</sup> Ceymz E. Andrukov və başqaları. Sənaye şəhəri Sumqayıtda Bədxassəli törəmələrin aşkarlanması və ölüm halları. Azərbaycan. İş şəraitində sağlamlıq İnt.J. (2006)
- <sup>9</sup> Xəstəliklərə Nəzarət və onların qarşısının alınması Mərkəzləri. Bədxassəli törəmələrin qarşısının alınması və onlara nəzarət. <http://www.cdc.gov/cancer/dcpc/prevention/index.htm>. 24 fevral, 2009-cu il tarixdə baxılıb
- <sup>10</sup> Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı. Bədxassəli törəmələrin qarşısının alınması. <http://www.who.int/cancer/prevention/en/>. 24 fevral, 2009-cu il tarixdə baxılıb
- <sup>11</sup> Peto Lopez və digərləri. 1992, 1994 (yenilənib 2003)
- <sup>12</sup> Azərbaycan Respublikası Dövlət Statistika Komitəsi. Əsas xəstəlik sinifləri üzrə əhalinin xəstələnməsi. <http://www.azstat.org/statinfo/healthcare/en/009.shtml#s1/>. 26 fevral 2009-cu il tarixdə baxılıb.
- <sup>13</sup> Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı. Səhiyyə Mövzuları. Zədələnmələr. <http://www.who.int/topics/injuries/about/en/index.html>
- <sup>14</sup> Azərbaycan Respublikası Baş Dövlət Yol Polisi İdarəsi. 2007-ci ildə Yol-nəqliyyat qəzalarının təhlili. <http://www.dyp.gov.az/?/az/content/141/>. 14 mart 2009-cu il tarixdə baxılıb.
- <sup>15</sup> ÜST/BYTC Yüksək təzyiqə dair təlimatlar. [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/guidelines/hypertension/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/hypertension/en/). 12 may, 2009-cu ildə baxılıb
- <sup>16</sup> Ölkə üzrə Ümumiləşdirilmiş Qeyri-infeksiyon Xəstəliklərin Qarşısının alınması. Dörd regionda sorğu. Elmi-Tədqiqat Ağ Ciyər Xəstəlikləri İnstitutu. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi.
- <sup>17</sup> Dövlət Statistika Komitəsi (DSK) (Azərbaycan) və Makro İnternaşnl İnc., 2008. Azərbaycan Demografiya və Sağlamlıq Sorğusu 2006. Kalverton, Meriland, ABŞ: Dövlət Statistika Komitəsi və Makro İnternaşnl İnc.
- <sup>18</sup> Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı. Dünya Sağlamlıq Hesabatı 2002: Risklərin azaldılması və sağlam həyat tərzinin təbliği. Fransa, 2002.
- <sup>19</sup> Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı. Dünya Sağlamlıq Hesabatı 2002: Risklərin azaldılması və sağlam həyat tərzinin təbliği. Fransa, 2002
- <sup>20</sup> Xəstəliklərə Nəzarət və onların qarşısının alınması mərkəzləri. ABŞ-da tütündən istifadə.
- <sup>21</sup> Xəstəliklərə Nəzarət və onların qarşısının alınması mərkəzləri. ABŞ-da tütündən istifadə
- <sup>22</sup> Uest R (2006). İngiltərədə tütün çəkməkdən imtina göstəricilərinin ümumi təsviri: [www.smokinginengland.info/Ref/paper2.pdf](http://www.smokinginengland.info/Ref/paper2.pdf). 2 mart 2009-cu ildə baxılıb.
- <sup>23</sup> Amerikalılar üçün Qidalanma Təlimatları. ABŞ Kənd Təsərrüfatı Departamenti, ABŞ Səhiyyə və İnsan Resursları Departamenti.
- <sup>24</sup> Amerikalılar üçün Qidalanma Təlimatları. ABŞ Kənd Təsərrüfatı Departamenti, ABŞ Səhiyyə və İnsan Resursları Departamenti

- 
- <sup>25</sup> Narkotik maddələrdən istifadə haqqında Əhali arasında aparılmış sorğuya dair hesabat. Bakı, Narkotik maddələr üzrə İnformasiya Sisteminin Milli Əlaqələndiricisi, 2003.
- <sup>26</sup> Karol Undervud. Azərbaycanda Səhiyyə sahəsində bilik, münasibət və əməli tədbirlər, 2006: Yeddi rayonda keçirilmiş sorğunun tapıntılarına dair hesabat. İlk səhiyyə xidmətlərinin gücləndirilməsi layihəsi. İyun, 2007.
- <sup>27</sup> Xəstəliklərə Nəzarət və onların qarşısının alınması Mərkəzləri. Profilaktikanın gücü. Xroniki xəstəliklərin sağlamlıq və iqtisadi yükünü azaltmaq. Atlanta: ABŞ-ın Səhiyyə və İnsan Resursları Departamenti, 2003.
- <sup>28</sup> Amerikanın Ürək Assosiasiyası. İdman və yaxşı fiziki forma. <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1200013> 23 mart 2009-cu ildə baxılıb.
- <sup>29</sup> Adventist Development and Relief Agentliyi, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi, Dövlət Statistika Komitəsi, Mercy Corps (Bakı, Azərbaycan), DRH/CDC/ABŞ İnkişaf Agentliyi/BMT Əhali Fondu/BMT Ali Komissiyası. Reproduktiv Sağlamlıq Sorğusu, Azərbaycan, 2001: Yekun Hesabat. Serbanescu F., Morris L., Rahimova S., Stup P., nəşr. Atlanta, GA: ABŞ Səhiyyə və İnsan Resursları Xidmətləri, Xəstəliklərə Nəzarət və Qarşısı alınma, 2003.
- <sup>30</sup> Azərbaycanda Səhiyyənin Maliyyələşdirmə Siyasətinin Hazırlanmasına Texniki Dəstək. Yekun hesabat, 2008. Səhiyyə Sektorunda İslahatlar Layihəsinin İcra Qrupu, Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi.
- <sup>31</sup> Nyu York şəhəri Sağlamlıq və Psixi Gigiyena Departamenti. Pres reliz#01-99. <http://www.nyc.gov/html/doh/html/pr2009/pr010-09.shtml>. 4 May 2009-cu ildə baxılıb.
- <sup>32</sup> Azər Mehtiyev. Dövlət səhiyyə proqramları üçün dövlət büdcəsindən ayrılan vəsaitlərin monitorinqi.
- <sup>33</sup> Azərbaycanda Milli Səhiyyə İnformasiya Sisteminin Qiymətləndirilməsi. Səhiyyə İnformasiyası və Statistika İdarəsi. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Yekun hesabat, noyabr 2008.
- <sup>34</sup> Azərbaycan Respublikası Dövlət Statistika Komitəsi. Səhiyyə xidmətlərinin inkişafı və işçi heyəti. [http://www.azstat.org/statinfo/healthcare/en/001\\_1.shtml](http://www.azstat.org/statinfo/healthcare/en/001_1.shtml). 24 Mart 2009-cu il tarixdə baxılıb.
- <sup>35</sup> Azərbaycan Respublikası Dövlət Statistika Komitəsi. Səhiyyə xidmətlərinin inkişafı və işçi heyəti. [http://www.azstat.org/statinfo/healthcare/en/001\\_1.shtml](http://www.azstat.org/statinfo/healthcare/en/001_1.shtml). 24 Mart 2009-cu il tarixdə baxılıb.
- <sup>36</sup> ÜST/Avropa Hamı üçün səhiyyə məlumat bazası. <http://www.euro.who.int/HFADB>
- <sup>37</sup> Azərbaycan Respublikası Dövlət Statistika Komitəsi. Səhiyyə. Ölkənin iqtisadi və inzibati rayonları üzrə səhiyyənin əsas göstəriciləri. <http://www.azstat.org/statinfo/healthcare/en/037.shtml>. 18 may, 2009-cu il tarixdə baxılıb.
- <sup>38</sup> Con Roqoş, Felisia Fildinq, Melinda Pavin, Nərgiz Şamilova. İlk səhiyyə xidmətlərinin qiymətləndirilməsi. ABŞ İnkişaf agentliyi, yanvar 2005.
- <sup>39</sup> Sağlam insanlar 2010. ABŞ-ın Sağlamlıq və İnsan Xidmətləri Departamenti. Xəstəliklərin qarşısının alınması və sağlamlığın təbliği idarəsi.
- <sup>40</sup> Sağlam insanlar 2010. ABŞ-ın Sağlamlıq və İnsan Xidmətləri Departamenti. Xəstəliklərin qarşısının alınması və sağlamlığın təbliği idarəsi.
- <sup>41</sup> Kanada Səhiyyə fəaliyyəti. Funksiyaların, sintez hesabatlarının və problemlərlə bağlı siyasət sənədlərinin hazırlanması. İctimaiyyətlə iş və dövlət xidmətləri Nazirliyi, Ottava, Calif; 1997