

DERLEME**ÖNEMLİ BİR ETİK SORUN ALANI OLARAK YAŞAMIN SON DÖNEMİ***Murat CİVANER**

Beyin ölümü gerçekleşmiş bir hastanın yaşamı ne kadar uzatılmalı, hangi uygulamalar yararsızdır, ağrı tedavisi için hangi ilaçlar ne zaman hangi dozda kullanılmalı, hekim yardımcı intihar etik açıdan kabul edilebilir mi? Yaşamın son döneminde yaşanan etik sorunlar tekrar canlandırmama kararı, tedaviye başlamama, tedavinin durdurulması, yararsız tıbbi uygulamalar ve ötanazi gibi başlıklarla uzun bir süredir tartışılmaktadır. Bunların içinde ötanazi, diğer başlıklara göre oldukça gözde. Bir bilgiye göre 1998'den 2000'e kadarki dönemde, yaşamın son dönemi ile ilgili en çok refere edilen beş çalışmadan dördü ötanazi ve hekim yardımcı intihar ile ilgilidir (Singer P; 2000:282-5). Konunun hemen hemen sadece hasta-hekim ilişkisi çerçevesinde algılanması nedeniyle bu başlıkların öne çıkarıldığını ileri sürmek olasıdır. Bu yazıda ise, yaşamın son dönemine sağlık hizmetlerinden yararlanma bağlamında bakmak ve eşitsizlikler boyutuyla da tartışılmasına katkıda bulunmak amaçlanmaktadır. Bu amaçla öncelikle, yaşamın son döneminin sağlık hizmetleri açısından önemi ele alınacaktır. Yaşamın son dönemine tıbbi yaklaşım, bu yaklaşımın belirleyenleri ve öncelenen değerler tanımlandıktan sonra, öncelikli sorunun adı konulmaya çalışılacaktır.

"Yaşamın son dönemi" deyimini, konunun sadece yaşlıları ilgilendirdiği çağrışımını yapabilmekteyse de, aktif ve ilerleyici bir ölümcül hastalığı bulunan ve yaşam beklentisi en çok bir yıl olan tüm kişileri kapsamaktadır (International Association for Hospice and Palliative Care). Bu anlamda alınınca kapsamın daha geniş olduğu

ve sağlık hizmetleri açısından önemli bir başlık oluşturduğu görülebilir. Bunun yanısıra, dünya nüfusunda son birkaç onyılda demografik dönüşümler, sağlık hizmeti gereksinimlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Birkaç veriyi gözden geçirmek konunun önemini daha iyi ortaya koyabilir:

- Dünya nüfusu yaşlanmakta ve dolayısıyla kronik hastalıklar artmaktadır. Bu dönüşüm, düşük gelir seviyesine sahip ülkeleri daha fazla etkilemektedir (WHO; 2002:11).

- Dünya nüfusunda önümüzdeki 50 yıl için öngörülen değişikliklere göre, özellikle gelişmekte olan ülkelerde bağımlı nüfus sayıca ve çalışan nüfusa oranla artış gösterecektir (WHO; 2002:33).

- Türkiye dışında bırakıldığında, Avrupa Birliği ve aday ülkelerin tümünde toplam doğurganlık hızının 2'nin altında olduğu bilinmektedir. Ayrıca her beş kişiden biri 60 yaşın üzerindedir (Council of Europe; 2000). Diğer bir deyişle, önümüzdeki on yıllarda bu ülkelerdeki nüfus azalacak ve yaşlanacaktır.

- Türkiye'de ise 60 yaşın üstündeki nüfus, toplam nüfusun %8.4'ünü oluşturmaktadır (WHO; 2001:146). Avrupa örneği kadar çarpıcı olmasa da, yaşam beklentisindeki artış ve nüfus artış hızındaki düşüş ile beraber yaşlı nüfusta benzer bir artışın olacağı söylenebilir.

- Britanya'da 65 yaşın üstündekilerin, 2030 yılında şimdikinden %50 daha fazla olacağı öngörülmektedir (Council of Europe; 2000).

* Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deontoloji AD

- Britanya için; 0-19 yaş arasında yaşam sınırlayıcı hastalık prevalansı onbinde 10, 1-17 yaş arasında yaşam sınırlayıcı hastalıktan ölüm hızı onbinde 1'dir (Goldman A; 1998:316:49).

- Britanya'daki hastane yataklarının yaklaşık dörtte birinde, yaşamının son yılındaki hastalar yatmaktadır. 1999 yılı için yoğun bakım birimlerinin maliyeti yaklaşık 1 milyar dolardır ve bu maliyetin her yıl %5 artacağı tahmin edilmektedir (Clark D; 2002:905-7).

Dünya nüfus yapısındaki bu dönüşümlerin toplumsal ve ekonomik açıdan önemli ölçüde etkili olacağı açıktır. Demografik yapıdaki dönüşümlerin, özellikle sağlık sistemleri üzerine yoğun bir baskı oluşturacağı öngörülebilir. Bu baskı, küreselleşme ve yeni-liberal politikaların sosyal devlet uygulamalarına etkisi ile birlikte, kaynakların yeniden dağıtılmasına ve sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanmasına neden olabilir. Yaşamın son dönemi ile ilgili sorunlar giderek önem kazanmaktadır ve sözü edilen kapsamda düşünüldüğünde konunun bir halk sağlığı sorunu olduğu görülebilir.

Yaşamın son dönemine tıbbi yaklaşım ve hastaların beklentileri

Günümüzün tıp eğitimi ve yüksek teknoloji-tedavi ağırlıklı sağlık sistemleri, ölümün kaçınılmazlığını kabul etmek yerine, ölümü tıbbın düşmanı veya başarısızlığı olarak görmeyi/göstermeyi tercih etmektedir. Ölüm süreci yaşamın doğal bir parçası olarak değil, hastalıkla ilgili bir olgu olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşımın doğal sonucu, yaşamının son dönemindeki hastalara sunulan sağlık hizmetinin "düşmanla savaşıma" mantığı ile yapılandırılmasıdır. Bu paradigmanın gözlükleriyle bakan sağlık çalışanlarının, hastalarının ölmekte olduğunu anlamaları ve kabullenmeleri güçleşmektedir. Böyle bir ortamda ölüm süreci giderek daha acı verici olmakta ve ailelere getirdiği yük artmaktadır.

Sadece hastalıkların erken dönemlerinde değil, yaşamın son yılında da aşırı ilaç ve teknolojik yöntem kullanımını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. ABD'de 8 000 kanser hastası ile yapılan bir çalışmada, tedaviye yanıt veren ve vermeyen hasta gruplarına uygulanan kemoterapi arasında fark bulunamamıştır (Gottlieb S; 2001:1267). New York'taki bir hastanede, terminal dönem kanser veya demans hastaları ile yapılan çalışmada ise, son günlerinde hastaların yaklaşık yarısına palyatif olmayan-invazif yöntemler uygulandığı saptanmıştır. Demans hastalarının yarısına, kanserli hastaların %11'ine nazogastrik beslenme tüpü takılmıştır ve öldüklerinde hastaların tümünde tüp vardır. Clark'ın aktardığına göre, "bir hekimin deyimiyle hastanede ölmek, 'endüstriyel bir kaza'ya benzemektedir" (Clark D; 2002:905-7).

Bu "saldırgan" yaklaşım hastaların beklentileri ile hemen hemen hiç uyuşmamaktadır. Ölmekte olan hastalar için, ağrılarının ve yakınmalarının tedavi edilmesi, sadece

ölüm sürecini uzatacak tedavilerden kaçınılması, yaşamları üzerinde karar sahibi olabilmek, hastalığın etkilerini azaltabilme ve sevdikleriyle ilişkilerini güçlendirme gibi konuların daha önemli olduğu bilinmektedir (Singer P, Martin DK, Kelner M; 1999:163-8). Terminal dönem bakımevlerinde (*hospice*) yapılan araştırmalar, en yaygın semptomların ağrı, dispne, letarji, disfaji ve ödem olduğunu göstermiştir (Hermann C, Looney S; 2001:88). Bu semptomlar içinde en sık görüleni ağrıdır. Hastalıklarından bağımsız olarak, terminal dönemdeki hastaların yaklaşık üçte ikisinde ağrı yakınması vardır (Royal College of Physicians). Öyle ki, ağrının fizik bakıda beşinci vital bulgu olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Birçok insan ölümden çok ağrı çekmekten korkmaktadır ve ağrı tedavisi genellikle yetersiz kalmaktadır (Singer P; 1998:159-62). Bir çalışmada ise, tedavi-ağırlıklı sağlık hizmeti alan hastaların, bakım-ağırlıklı sağlık hizmeti alanlara göre daha fazla yakınması olduğu saptanmıştır (Sahlberg-Blom E, Ternstedt B, Johansson J; 2001:550-62).

Hasta ve yakınları, "iyi" bir ölüm için şunları talep etmektedirler (Thompson G, McClement S; 2002:288):

- Etkin bir ağrı ve semptom tedavisi uygulanması,
- Net/açık kararlar alınması ve uygulanması,
- Gereksiz/yararsız tedavilerle ölüm sürecinin uzatılmaması,
- Ölüm için hazırlanabilme,
- Yakınlarla zaman geçirebilme, vedalaşabilme, yaşamı gözden geçirebilme,
- Diğer insanlara katkıda bulunabilme (hediyeler, zaman ya da bilgi paylaşımı),
- Kişilik bütünlüğüne saygı gösterilmesi.

Tıbbi yaklaşımın belirleyenleri ve öncelenen değerler

Hastaların beklentileri ile ölmekte olan hastalara tıbbi yaklaşım neden bu kadar farklıdır? Bunun bir nedeni, ölümün tıbbin sınırlılığını -yenilgiyi- göstermesi ve ölüme karşı "savaş" içgüdüğü olabilir (Ross MM, MacLean MJ, Fisher R; 2002:353-366). Literatürde hekimin "ölümü tanıyamaması" ve insiyatif kullanma noktasındaki sıkıntıları ile ilgili nedenlerden söz edilmektedir (Ellershaw J, Ward C; 2003:30-6) (Tablo 1). Önemli etkenlerden

Tablo 1. "Ölümü tanıyamama" nedenleri

- Hastanın iyileşebileceği umudu
- Kesin tanının güçlüğü
- Hastanın durumu hakkında ortak bir karara varılamaması
- Önemli belirti ve bulguların fark edilememesi
- "Doğru" ilaçlar hakkında bilgi eksikliği
- Hasta ve yakınları ile iletişim eksikliği
- Tedaviye başlamama veya durdurma konusundaki kaygılar
- Yaşamı kısaltma kaygısı
- Yasal konular

Ellershaw J, Ward C; 2003:30-6

birinin sağlık çalışanlarının eğitim eksikliği olduğu söylenebilir. Yanısıra, kültür de etkili olabilir. Örneğin, Rus ve Alman hekimler, İsveçli meslekdaşlarına göre, yaşamı uzatıcı tedavileri daha çok tercih etmektedirler (Richter J, Eismann M, Zgonnikova E; 2001:186-91). Yaşamı uzatıcı tıp teknolojilerindeki gelişmeler ve teknolojinin tüm sorunları çözeceğine ilişkin temelsiz inanç da hekimlerin bu yaklaşımında rol oynayabilir. Ayrıca yeni bulunmuş bir teknolojiyi ya da ilacı denememiş olmaktan dolayı suçlanma korkusu ve defansif tıp anlayışı bu nedenlere eklenebilir.

Bu "son" nedenlerin temel nedeninin, üretim ilişkileri ve dolayısıyla da sağlık sisteminin yapılanması, ara nedeninin ise sağlık sisteminin ve toplumun sağlığı algılayış biçimi olduğunu belirtmek gerek. Politik sistemdeki hakim paradigma, sağlık olgusuna bakışı ve ölmekte olan bireye yaklaşımı da biçimlendirir. Örneğin, sağlık hizmetlerinin alınıp satıldığı bir sistemde pazar baskısı her alanda kendini hissettirecek ve temel dinamiği oluşturacaktır. Bu nedenle, sağlık sistemlerinin yapılandığı koşullar dikkate almaksızın kapsamlı ve tutarlı bir değerlendirme yapmak güçtür. Bu bakışla sözü edilen son-nedenler incelendiğinde hemen tümünün pazar ekonomisinin dinamikleri sonucu oluştuğu ve bu bağlamda ele alındığı görülebilir. Öncelik satışların artırılmasına verildiğinde, kaynaklar gereksinim¹ değil karlılık ölçütüne göre dağıtılacaktır. Önceliğin karlılığa verilmesi ise, diğer amaçları doğal olarak ikinci planda bırakacaktır. Elbette her koşulda ilişki böyle işleyebilir; pazar ekonomisinin hakim olduğu sistemlerde insanın öncelenmeye çalışıldığı özgül koşullar var olabilir. Bu "sapma"ların sosyal devlet uygulamaları gibi çeşitli tarihsel, bireysel ya da şansa bağlı nedenleri olabilir. Ancak sistemin doğası gereği amaçlanan işleyiş biçimi budur ve aksi örnekler sözü edilen ilişkinin geçersizliği için yeterli gerekçe oluşturmamaktadır.

Yukarıda tanımlanan neden-sonuç ilişkisinin geçerli olduğu koşullarda, örneğin insanların onurlu bir biçimde ölme isteği, giderleri azaltmak isteyen sigorta şirketleriyle satışları artırmak isteyen tıp teknolojisi şirketleri arasındaki rekabet bağlamında gündeme gelmekte (Rizzo RF; 2000:277-89), önemli bilimsel dergilerde "hekim yardımcı intiharı yasallaştırmanın potansiyel mali kazançları" tartışılmaktadır (Emanuel EJ, Battin MP; 1999:577-83). Bu tartışmanın ön plana çıkarılması, öncelenen değerleri göstermesi açısından oldukça iyi bir örnek oluşturmaktadır. Hekim yardımcı intiharı yasallaştırmak ekonomik açıdan kazançlı olabilir ve bu yaşama ilişkin bir gerçekliği/bilgiyi dile getiriyor olabilir. Yaşama ilişkin bilgilerin tek başına olumlu ya da olumsuz olarak nitelenemeyeceği, ardından gelen önerme(ler) göz önüne alınarak değerlendirilmeleri gerektiği de ileri sürülebilir. Ancak bu düşünce, örneğin yaşama ilişkin başka bir bilgiyi, "siyah ırktan insanların altın dişlerinin sakülere eritilmesinin ekonomik açıdan potansiyel kazançları" başlıklı bir yazıda belirttiğimden oldukça tartışmalı hale gelecektir. Yaşamın içindeki bilgilerden belli bir bilgiyi ön plana çıkarmak, bir seçim yapmaktır ve bu eylem etik

açıdan değerlendirilebilir. Önemli olan hangi koşullarda tercihimizi ne yönde kullandığımızdır ve bu tercih, ardından gelecek önermeleri beklemeden olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirilebilir. Örneğimizde ekonomik açıdan değerli olanın bilgisinin seçilerek gündeme taşınması, ekonomik değeri diğer değerlerin önüne geçirmenin tercih edildiği anlamına gelmektedir.

Ekonomik değer göz önüne alınması gereken durumlar olup olmayacağını düşünelim. Bazı durumlarda (örneğin daha fazla insanın yararı söz konusu olduğunda) çözüm için ekonomik değeri göz önüne alabiliriz. Yararcı bir anlayışla, "ekonomik değeri göz önüne almanın, sonuçta insan yaşamına verilen değeri korumak için gerekli olduğunu" ileri sürebiliriz. Aynı örnekten devam edersek, hekim yardımcı intiharı yasallaştırarak bu kişilere ayrılan kaynakları diğer sağlık hizmetlerine yönlendirmek ve kaynakları bu anlamda "verimli" kullanmak olasıdır. Bu argüman her sağlık sistemi içinde ekonomik değeri göz önüne almak için yeterli bir gerekçe oluşturabilir mi?

Bu noktada çok önemli bir ayrım gözden kaçırılmamalıdır. Ekonomik değer göz önüne alınıp alınamayacağı tartışması, sadece kaynakları gereksinimlere göre dağıtan / bu amaca göre yapılanan, diğer deyişle insan yaşamının değerini önceleyen ve eşitsizlikleri² kaldırmayı amaçlayan sağlık sistemleri içinde meşrudur. Kaynakların gereksinimlere göre değil, karlılık ölçütüne göre dağıtıldığı sistemlerde bu tartışmayı yapmak anlamsızdır. Çünkü gereksinimler öncelenmediğinde, yukarıda sözü edilen anlamda "verimlilik" sadece bir olasılıktan ibaret olur ve kaçınılmaz olarak eşitsizlik oluşur. Bu durumda kaynakların yararcı anlayışa göre mi ya da örneğin görececi anlayışa göre mi dağıtıldığının önemi kalmayacaktır. Bu nedenle yine örnekten devamla, hekim yardımcı intiharı yasallaştırmanın potansiyel mali kazançlarına ilişkin bilgiyi ön plana alarak tartışmak için tek yeterli koşul, yaşamının son dönemindeki insanlara gereksinimleriyle uyumlu sağlık hizmetinin sunulmakta olmasıdır. Bu koşulun sağlanmadığı sistemlerde hekim yardımcı intiharı yasallaştırmayı tartışmak, insanların onurlu bir biçimde ölme isteklerini ekonomik kazancın nesnesi yapacaktır. Bu anlamda, sözü edilen tartışmanın hekim yardımcı intiharı yasallaştırarak ekonomik kazanç edilmesini mi önerdiği, yoksa bu düzenlemenin potansiyel olarak kazançlı görünmediğini mi ileri sürdüğü öneme sahip değildir.

Öncelikli sorun

Yaşamın son döneminde yaşanan etik sorunların tedaviye başlamama, tekrar canlandırılmama kararı ve ötanazi gibi başlıklarda tartışıldığı yazının girişinde belirtilmişti. Ancak konuyu bu başlıkları öne çıkararak gündeme getirmek, sorunun nedenlerini ve boyutunu görmeyi güçleştirmektedir. Öncelikli sorunu görebilmek için sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını göz önüne almak yararlı olacaktır. Sağlık hizmetlerinden yararlanma, günümüzde temel insan haklarından biri olarak kabul edilmektedir. Eğer böyle bir hakkın varlığını kabul ediyorsak, her insanın gereksinim duyduğu sağlık

hizmetini elde edebilmesi gerektiği ortaya çıkar ve eşitsizlik öncelikli bir sorun olarak tanımlanır.

Eşitsizlik hizmet sunumunun hangi aşamalarında oluşabilir? Öncelikle, yukarıda sözü edilen tedaviye başlamama ya da ötanazi gibi tartışmaların söz konusu olabilmesi için, sağlık hizmetlerinin gereksinimi olan kişiye ulaşması gerekmektedir. Gereksindiği sağlık hizmetini elde edemeyen kişi için, örneğin tedavinin durdurulması gibi bir sorun öncelik taşımayacaktır. Bu anlamda öncelikli sorunun, gereksinilen sağlık hizmetine erişim olduğu ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetine erişimi belirleyen etkenlerden ilki, doğallıkla, sağlık hizmetinin sunuluyor olması ve belli niteliklere sahip olmasıdır. Ayrıca ekonomik, fiziksel ve kültürel etmenler sunulmakta olan sağlık hizmetine erişimi engellemelidir. Aksi koşullarda, doğal bir hak olduğu varsayılan sağlık hizmetlerine erişim herkes için olası olmayacak, eşitsizlik ortaya çıkacaktır. Sağlık hizmetlerinde temel belirleyen pazar koşulları olduğunda, erişimi etkileyen etmenlerin gereksinimi olan herkesin erişimi kaygısı ile değil, ekonomik değeri ön plana alarak yapılandırıldığını (*ya da yapılandırılmadığını*) ve bağlantılı olarak eşitsizliğin bu koşulların doğal sonucu olarak oluştuğunu görmekteyiz. Bu olgu, diğer alanlarda olduğu gibi, yaşamın son döneminde sağlık hizmetleri ve oluşan etik sorunlar değerlendirilirken de göz önünde tutulmalıdır.

Sonuç

Yaşamın son dönemi, etik açıdan önemli bir sorun alanıdır. Konu, 'ölümün tıpsallaştırılması' sonucunda, yararsız tedavilerle yaşamın uzatılması ya da ötanazi gibi başlıklarla, sağlık sisteminin yapılanması dikkate alınmadan tartışılmaktadır. Ancak öncelikli sorun, gereksinimlerle uyumlu sağlık hizmetine erişimdir ve eşitsizlik birçok soruna kaynaklık etmektedir. Bu sorunun alana yansımaları, insan onurunun korunduğu bir ölüm süreci, hasta beklentilerinin karşılanması ve uygun tedavi ve bakım hizmeti alabilme başlıklarında görülebilir. Bu noktada, "*gereksinimlerin sonsuz - kaynakların sınırlı*" olduğunu ileri süren görüşü anımsamakta yarar var. Bu argüman elbette tartışılmaya değerdir; gerçekten de insan gereksinimleri sonsuz çeşitlilikte olabilir. Ancak insan yaşamının değeri önceleniyorsa, bu sav, hizmetlerden yararlanma hakkının geçersizliği için yeterli bir gerekçe oluşturmaz. Kaynakların sınırlılığı, ancak gereksinimlere göre yapılmış bir sistemin öncelikli sorunu olabilir. Sorunun çözümüne, gereksinimlerle uyumlu sağlık hizmetini hak olarak görmekten vazgeçerek değil, gereksinimleri ve kaynakları tanımlamakla ulaşılabilir.

Yaşamın son dönemindeki gereksinimlere özgül biçimde yapılmış sağlık hizmeti, sağlık örgütlenmesi içinde özel bir yere sahip olmalı, kamu finansmanıya sağlanan sağlık hizmetleriyle bütünleştirilmeli ve göstergeler tanımlanarak izlenmelidir. Sağlık çalışanlarının özellikle iletişim becerileri ve ağrı tedavisi konularında sürekli eğitimi, toplumun kültürel yapısına uygun uygulama standartları oluşturulması, daha nitelikli bir hizmet için gereklidir. Temel olarak göz önünde tutulması gerekirse, yaşamın son döneminde sunulan sağlık hizmetlerinde sürecin sonuçtan daha önemli olduğudur.

KAYNAKLAR

Clark, D.(2002) Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. *Brit Med J* 2002;324:905-7.

Council of Europé. Recent demographic developments in Europe 2000. www.scb.se/internationellt/eu/befolkning.asp (Erişim tarihi: 29 Ocak 2003)

Ellershaw, J. (2003) Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *Brit Med J*, 326:30-6.

Emanuel, EJ. (1999), Battin MP. What are the potential cost savings from legalizing physician-assisted suicide? *N Engl J Med*, 340:577-83.

Goldman, A.(1998), ABC of palliative care: Special problems of children. *BMJ*, 316:49.

Gottlieb, S. (2001), Chemotherapy may be overused at the end of life. *Brit Med J*, 322:1267.

Hermann, C.(2001), Looney S. The effectiveness of symptom management in hospice during the last seven days of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*,3(3):88.

International Association for Hospice and Palliative Care. Manual of Palliative Care. www.hospicecare.com

Richter J, Eisemann M, (2001), Zgonnikova E. Doctors' authoritarianism in end of life treatment decision. *J Med Ethics*, 27:186-91.

Rizzo, RF. (2000), Physician-assisted suicide in the United States. *Theoretical Medicine*, 21:277-89.

Ross, MM., MacLean, MJ. Fisher, R.(2002), End-of-lifecare for seniors: public and professional awareness. *Educational Gerontology*,28:353-366.

Royal College of Physicians. www.rcplondon.ac.uk/pubs/wp_pc_home.htm (Erişim tarihi: 29 Ocak 2003)

Sahlberg-Blom E, Ternstedt B, Johansson J. (2001), Is good quality of life possible at the end of life? *J Clinical Nursing*,10:550-62.

Singer, P. Martin, DK. Kelner, M. (1999), Quality of end of life care: patient perspectives. *JAMA*,281(2):163-8.

Singer, P.(1998), Bioethics for clinicians: Quality of end of life care. *Canadian Medical Association Journal*. 1998;159:159-62.

Singer P. Medical ethics. *Brit Med J*, (2000);321:282-5.

Thompson, G. McClement, S.(2002), Defining and determining quality in end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(6):288.

WHO. Current and Future Long-Term Care Needs. 2002:33. www.who.int/ncd/long_term_care/long_term_care_publications.htm (Erişim tarihi: 29 Ocak 2003)

WHO. Lessons for Long Term Care. 2002:11. www.who.int/ncd/long_term_care/long_term_care_publications.htm (Erişim tarihi: 29 Ocak 2003)

WHO. World Health Report 2001:146. www.who.int/whr2001/2001 (Erişim tarihi: 29 Ocak 2003)

Dipnotlar

¹ Gereksinim sözcüğü, sadece tıbbi ölçütlere göre yapılması gerekenleri değil, hastaların beklentilerini de kapsayacak anlamda kullanılmaktadır.

² Eşitsizlik sözcüğü, her bireyin özgül sağlık hizmeti gereksiniminin karşılanmadığı durumu tanımlamak için kullanılmıştır.