

Sağlık Kaynaklarının Dağıtımı ile İlgili Etik Sorunlar

ETHICAL ISSUES RELATED TO DISTRIBUTION OF HEALTH RESOURCES

Dr. Elif ATICI^a

^aDeontoloji AD, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, BURSA

Özet

Genel olarak hasta-hekim ilişkisinde, özerkliğe saygı ilkesi ve aydınlatılmış onam ile ilgili tartışmalar daha ağırlıklı olarak yer alır. Oysa sağlık hakkının ilk basamağı, öncelikle bireyin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi ve bu hizmetlerden yeterli ölçüde yararlanabilmesidir.

Bu makalenin amacı, sağlık kaynaklarının dağıtımı ile ilgili sorunların etik açısından bir değerlendirilmesini yapmaktır.

Anahtar Kelimeler: Kaynak dağıtımı, adalet, tıp etiği

Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2006, 14:111-115

Abstract

In general discussions related to autonomy and informed consent mostly take place in patient-physician relationship. On the other hand the first step of health right is first to reach health services and to benefit from these services adequately.

The aim of this paper is to evaluate issues related to distribution of health resources from ethical point of view.

Key Words: Resource distribution, justice, medical ethics

“Adalet” ve “Sağlık Hakkı” Kavramları

Sağlık kaynaklarının dağıtımı dendiğinde öncelikle akla “adalet” ve “sağlık hakkı” kavramları gelmektedir. Adalet, kişilerin temel haklarının korunması ve gerçekleştirilmesi talebidir. Adaletin gerçekleşmesi, yasalarla ve yasaların uygulanması ile ilgili görülmekle birlikte, adalet kavramının kapsamı ahlak, din ve felsefenin hukukla olan ilişkisi nedeniyle genişlemektedir.¹

Adaletin dayandığı beş unsur vardır: 1) Eşitlik, 2) Kalite, 3) Ulaşılabilirlik, 4) Elde edilebilirlik, 5) Verimlilik.² Genel olarak adaletin, “eşitlik” ve “hak” kavramları ile iç içe olduğu görülmektedir. Adalet, dağıtıcı ve denkleştirici adalet olmak üzere ikiye ayrılır. Dağıtıcı adalet, kişi ile toplum, kişi ile devlet arasındaki ilişkilerde; denkleştirici adalet ise kişiler arasındaki eşitliğin sağlanmasında karşımıza çıkar.¹

Sağlıklı yaşam hakkı, sağlıklı bakım hakkı, sağlık hizmetlerinden eşit yararlanma hakkını kapsayan “sağlık

hakkı” ise; bireylerin doğuştan sahip olduğu, devredilemeyen ve ertelenemeyen temel insan haklarından biridir. Bunun sonucu olarak, sağlık hakkına ayırım olmaksızın her bireyin ulaşabilmesi gerekir. Sağlık hakkının her birey için ulaşılabilir, eşit ve adaletli olması etik bir ilkedir. Tüm temel haklarda olduğu gibi, sağlık hakkının gereklerini yerine getirerek bireylerin sağlık hakkına ulaşmasında eşitliğin sağlanması toplumsal bir yükümlülüktür. Bu nedenle sağlık hakkı, aynı zamanda toplumun örgütlü gücü olan devletin de yükümlülükleri arasında yer almaktadır.⁴

Sağlık Kaynaklarının Dağıtımında Adalet İlkesi

Genel olarak hasta-hekim ilişkisinde, aydınlatılmış onam ve özerkliğe saygı ilkesi ile ilgili tartışmalar daha ağırlıklı olarak yer alır. Ancak, öncelikle bireyin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi ve bu hizmetlerden yeterli ölçüde yararlanabilmesi, sağlık hakkının ilk basamağını oluşturmaktadır.

Toplumsal yapı, toplumda ve tıpta meydana gelen değişimler sağlık hizmetinde adalet ilkesinin önemini artırmıştır. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz:¹

1. Gelirin düşük ve gelir dağılımının dengeli olması
2. Tıbbi gelişimin hızla ilerlemesiyle, tıbbi uygulamalara her yeni katkının beraberinde paylaşım sorununu getirmesi

Geliş Tarihi/Received: 03.05.2006

Kabul Tarihi/Accepted: 13.06.2006

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Elif ATICI
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Deontoloji AD, BURSA
elifatici@uludag.edu.tr

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri

3. Tıbbın gelişim ile birlikte, sık görülen hastalıkların ve öncelikli ölüm nedeni olan enfeksiyon hastalıklarının ve akut hastalıkların yerini kronik hastalıklara bırakması

4. Hasta-hekim ilişkisinde, hekimin paternalistik tutumundan, hasta ve hekim arasında karşılıklı katılıma dayanan ilişki biçimine doğru değişim göstermesi (hasta merkezli yaklaşımın önem kazanması)

5. İnsan hakları kavramının öneminin artması ve tıbbi bakıma ulaşmanın bir hak olarak kabul edilmesi

6. Tıbbi bakım maliyetlerinin yükselmesi, hukuk ve ekonominin, toplumsal davranış ve mesleki ilişkiler üzerindeki etkisini artırması

Sağlık hizmetlerinde adalet ise üç temel ilkeye dayandırılabilir:³

1. *Gereksinim ilkesi:*

Sağlık hizmetlerinin gereksinim oranında dağıtılması.

2. *En üst düzeye yükseltme ilkesi:*

Sağlık hizmetlerinin olabildiğince yüksek yararlılık düzeyinde dağıtılması.

3. *Eşitlik ilkesi:*

Sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin olabildiğince giderilmesi.

Sıralanan bu ilkeler özetle sağlıkla ilgili haklar ve hakların gerçekleşmesinde eşitlik ilkesine dayanmaktadır. Bu durumda sağlık hizmetlerine ayrılan kaynağa hakça katılım ve ayrılan kaynakların (para, insan gücü, ilaç, araç-gereç vb.) dürüstçe, hakça dağıtılması tıpta adalet ilkesinin bir gereği olarak karşımıza çıkmaktadır.⁴ Bu gereklilik, kaynakların sınırlılığı durumunda bireylerin sağlık bakım hakkının zedelenmesine neden olabilmektedir. Tıbbi uygulamalarda farklılıkların olması ise etik sorunların değişen biçimlerde karşımıza çıkmasına neden olmaktadır.

Bu durumda yanıt arayan sorular; Sınırlı kaynaklar nasıl verimli bir şekilde dağıtılabilir? Bir hasta için adil olan davranışın diğer bir hasta için adaletsizlik yaratmaması nasıl sağlanabilir? Her bireyin hakkının eşit biçimde gözetilmesinde tercihler ve ölçütler neler olabilir? Buna kim karar verebilir? şeklinde sıralanabilir.

Sağlık hizmetlerinde eşitliğin sağlanmasında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından bazı temel ilkeler belirlenmiştir :¹

1. *Eşit gereksinimler için var olan sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik:* Gelir düzeyi sağlık hizmetlerine eşit koşullarda ulaşılabilirliği engelleyen en önemli unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerine bireylerin ulaşılabilirliğinde eşitliğin iki unsuru tanımlanmaktadır:

1.a. *Sağlık hizmetlerinde bölgelere göre dengeli dağılım:* Burada ülke genelinde sağlık hizmeti gereksinimine göre, her bölgede hizmetlere ulaşılabilirliği engelleyen

durumların ortadan kaldırılması amaçlanmaktadır. Özellikle sağlık kaynaklarının ve kuruluşlarının büyük şehirlerde yoğunlaşması kırsal bölgelerde hizmetin yetersiz kalmasına neden olmaktadır.

1.b. *Toplumun çoğunluğunun yararına olacak hizmetler ile az sayıdaki hastaya uygulanan ileri teknoloji gerektiren hizmetler arası dengeli dağılım:* Az sayıdaki hastaya uygulanan ve ileri teknoloji gerektiren tıbbi hizmetlere daha fazla oranda kaynak ayrılması da hizmetlere eşit ulaşılabilirliği olumsuz yönde etkilemektedir.

2. *Eşit gereksinimler için eşit kullanım:* Olumsuz sosyal ve ekonomik durumlar nedeniyle sağlık hizmetlerinin kullanımında kısıtlama olmamalıdır.

3. *Her bireye eşit kalitede sağlık hizmeti:* Her bireyin aynı standartta sağlık hizmetinden yararlanmasıdır. Burada kaliteli hizmeti sağlayan sağlık personeldir. Mahrumiyet bölgelerinde deneyimli sağlık personelinin çalışmak istememesi ve özellikle kaynakların kısıtlı olması nedeniyle sosyal etkenlerin hizmet alımını etkilemesi (örneğin yatak sayısının yetersiz olduğu durumda yüksek sosyal sınıflı hastalara öncelik tanınması gibi) sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirliği olumsuz etkilemektedir.

Buna göre; sağlık hizmeti herkes için eşit, ulaşılabilir olmalı; zamanında sunulmalı, sürekli olmalı; sağlık hizmetinde uygun tedavi verilmeli; uygun tıbbi teknoloji ve profesyonel kaynaklar “verimli” ve “etkili” kullanılmalıdır. Ayrıca sağlık hizmetine gereksinim duyanlar arasında kaynakların dağıtımı hem bir hasta hakkı olarak, hem de yasal ve etik bir sorumluluk olarak ele alınmalıdır. Kaynak sağlamada önemli olan ve hedeflenmesi gereken, ulusal kaynakların, toplumun sağlık düzeyini yükselten tüm hizmet türü ve alanlarına optimal olarak dağıtılması ve ayrılan kaynağın verimli olarak kullanılmasıdır. Kaynakların sınırlı olduğu durumlarda ise eldeki kaynaklar gereksinim duyan bireyler arasında en verimli ve en adil biçimde dağıtılmalıdır.

Sağlık hakkının sağlanmasında kişiler, bölgeler, gruplar arasında farklılıkların olmaması gerekir. Devletin kendi vatandaşları ya da sağlık sigortası kapsamına aldığı bireyler arasında, çeşitli açılardan farklar oluşturması, bazı kişi ya da gruplara daha az, bazılarına daha fazla yaşam hakkı anlamına gelir ki; bu durum ne insan hakları, ne de sosyal adalet ve hukuk devleti ilkeleri ile bağdaşır. Ayrıca farklı kişi ya da gruplara farklı uygulamalar yapılması, tıp biliminin objektifliğine ve yarara dayalı hizmet anlayışına uymamaktadır.

2002 yılı Sosyal Sigortalar Kurumu bildirimine göre; Türkiye’de sosyal güvenlik kurumları hizmetinden yararlanan nüfusun dağılımına baktığımızda; en büyük payın SSK’da (%47.8) olduğu görülmektedir. Bağ-Kur’lu oranı %22.3, Emekli Sandığı oranı %14.6 ve diğer sandıkların oranı %0.5’tir. Bu dağılıma göre, Türkiye’de Yeşil Kart

dışındaki sosyal güvenlik kuruluşları, toplumun %85'ini kapsamaktadır. Ülkemizde devlet tarafından sağlanmakta olan sağlıkta sosyal güvenlik, gün geçtikçe nüfusun daha geniş kesimlerini kapsamakla birlikte, sağlık hizmetlerinin eşitlik ve adalet ilkeleri gözetilmeden sağlandığı görülmektedir. Sosyal güvenlik kurumları arasında uygulama farklılıkları olmaktadır. Kurumlara göre; tedavi hizmetlerinin ve ilaçların tümünün karşılanması, bir kısmının karşılanması ya da hiç karşılanmaması gibi uygulamaların olduğu görülmektedir. Sigortanın karşılamadığı tedavi ya da hastanın tamamen sosyal güvenceden yoksun olması ise düşük tıbbi hizmet ve düşük düzeyde tedaviye neden olabilmektedir.

İkinci olarak; bağlı bulunulan sosyal güvenlik kurumu ve sağlık kurumuna ulaşım gücü, hekime zamanında gidilmesini engelleyebilmektedir. Sosyal güvence, mali ve kurumsal engellerin hekime başvuruda gecikmeye neden olması, bireylerin sağlık hizmetinde eşitlik ve hizmete ulaşılabilirlik haklarını zedelemektedir. Herkesi kapsayan genel sağlık sigortasının, bireyler arasında hizmet alımı farklılığı olmaksızın oluşturulması bir çözüm olarak düşünülebilir.

Sağlık Kaynaklarının Dağıtım Şekli

Sağlık kaynaklarının dağıtımı iki şekilde gerçekleşmektedir:

1. Makro düzeyde dağıtım: Devletin genel bütçeden sağlık hizmetine ayırdığı payın sağlık sektöründeki genel dağılımını ifade etmektedir.

2. Mikro düzeyde dağıtım ise; belli bir tedavi için ayrılan kaynağın bu tedaviye aday bireyler arasında kime verileceğinin belirlenmesini ifade etmektedir.

İlki sağlık politikaları etiği, ikincisi ise klinik etik ile ilişkilidir.

1. Makro Düzeyde Dağıtım İle İlgili Sorunlar:

Makro düzeyde dağıtım ile ilgili sorunlar beş başlık altında toplanabilir. Bunlar:

Ekonomik yaklaşım:

Ulusal gelirin dağıtımında sağlık hizmeti harcamaları tüketim harcaması olarak görülmektedir. Bu harcamalar daha çok dışalım ağırlıklı olmaktadır. Bu da bireyin sağlık hizmetlerine ulaşmasında en önemli engellerden birini oluşturmaktadır.⁴ Oysa sadece insana verilen değer açısından bakıldığında sağlık harcamalarının bir tüketim değil bir yatırım olduğunu savunulabilir. Bir insanın kendisinden beklenen geliri sağlamadan sakatlanması ya da ölmesinin sermaye kaybı olarak görülmesi, sağlık harcamalarının "sosyal yatırım" olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır.⁵

Ülkenin ekonomik yapısı:

Ekonomik olanakların kısıtlılığı istenilen etkili hizmetin sağlanmasına engel olmaktadır.⁶

Ulusal gelir dağılımı:

Ulusal gelirin ne kadarının sağlık bakımı harcamalarına ayrılması gerektiği konusunda standart bir ölçüt bulunmamaktadır. Bu nedenle, ülkeler arasında sağlık bakımı harcamalarına ayrılan paylar arasında farklılıklar vardır.⁴

Kaynak dağılımında denge:

Kaynakların ülke içindeki dağılımı dengesizlik gösterdiğinde, yığılmaların belirli merkez ve şehirlerde olması kaçınılmazdır.⁶

Pahalı tıbbi hizmet:

Günümüzde tedavi edici girişimlerin hem nicelik, hem de nitelik olarak gelişmesi hizmetin pahalılaşmasına neden olmakta, bu da hizmetlerin toplum içinde eşit dağıtımın, ülke kaynakları ve toplum koşullarına uyumun sağlanmasını zorlaştırmaktadır.⁴

2. Mikro Düzeyde Dağıtım İle İlgili Sorunlar:

Mikro düzeyde dağıtım hasta-hekim ilişkisi ile doğrudan ilgilidir. Kaynağın sınırlı olduğu durumlarda var olanın nasıl dağıtılacağı konusunda hekimler karar verme zorunluluğu yaşarlar. Bu noktada üzerinde durulan konu tercihin hangi ölçütlere göre yapılacağıdır.⁷

Sağlık kaynaklarının mikro düzeyde dağıtımında kullanılan belli ölçütler tanımlanmakla birlikte bunlar tek başlarına yetersiz kalmaktadır. En çok kullanılan ölçütler şunlardır:

Prognoz:

Hastanın belli bir tedavi sonrasında iyileşme olasılığı ya da tedaviden yararlanma oranı hekimler tarafından en çok kullanılan ölçütlerden biridir. Bu ölçüte göre tedavi maliyetinin aynı olduğu durumda prognozu daha iyi olan hastanın tercih edilmesi söz konusudur.⁸ Ancak beklenen prognoz her zaman doğru çıkmayabilir. Tek başına prognozun seçim ölçütü olarak alınması hasta hakları ve etik ilkeler açısından hastanın tedavi edilme hakkının ve daha uç bir noktada yaşama hakkının elinden alınması ile sonuçlanmaktadır.

Yaş:

Yaş ölçüsü özellikle organ nakli kararlarında sık kullanılmaktadır. Hayat beklentisinin genç hastada yüksek olması, genç bireyin daha yaşayacak uzun yılları olduğu düşüncesi, yaşlı bireyin tedavi edilse de yaşlılık nedeniyle başka sağlık sorunları ile karşılaşabileceği olasılığı gençlerin tercih edilmesinde sıralanan nedenlerdir. Ancak

doğan her bebeğin, her çocuğun, her erişkinin ve her yaşının “yaşama hakkı” vardır. Onların birbirlerine göre bir üstünlükleri varmış gibi düşünmek insanlar arası “eşitlik” ilkesine ters düşmektedir.⁷ Uzun yaşamın kısa yaşamdan anlamlı olduğu söylenemez. Genç olmak daha uzun yıllar yaşanacağı ya da yaşlı olmak yaşanılacak ömrün azaldığı ya da hastalıklarla süreceği anlamına da gelmemektedir. Yaşı ne olursa olsun her bireyin hayatı kendisi için değerlidir.

Yaşam kalitesi:

Tıpta yaşam kalitesi, iyi olmanın ve hastalığın hem fiziksel yönlerini, hem de psikolojik, sosyal, duygusal ve ekonomik faktörlerini kapsar.⁹⁻¹¹ Yaşam kalitesi değerlendirilmesinde en uygun bilgi kaynağının hastanın kendisi olduğu kabul edilmektedir. Tıbbi uygulamada hastanın yaşam kalitesi hakkında karar verenler uzmanlar olsa da, gerçek kararı verebilecek olan hastanın kendisi olduğu, çünkü o hayatı yaşayacak olan kendisinin olduğu düşüncesi savunulmaktadır. Hastanın kişisel kararının en önemli kriter olması gerektiği ve özellikle hastanın son kararı vermesi gerektiği söylenmektedir.^{1,8}

Tedavinin maliyeti:

Herkese eşit sağlık bakımının sağlanmasının etik boyutunun yanında ekonomik boyutunun da olması, maliyet ve verimlilik analizlerini gerekli kılmaktadır. Özellikle tedavi maliyetinin yüksek ve kısıtlı olduğu yoğun bakım ünitelerinde ve organ nakillerinde yararsız-boşuna tedavi kavramı adalet ilkesinin ilgi alanına girmektedir. Buradaki kritik nokta ise etik değerler yerine ekonomik çıkarların ön plana geçme tehlikesidir. Yararsız-boşuna tedavi, hekimin tedavinin başarı olasılığını çok düşük bulması ve tedavi ile amaçlanan yaşam kalitesinin kabul edilemez olduğuna inanmasıdır. Yararsız-boşuna tedavinin uygulanması sınırlı kaynakların israfı olarak değerlendirilebilir. Yaşam şansı olanların hakkının ihlali olarak yorumlanabilir. Ancak buradaki anlaşmazlık, yaşam kalitesi ile ilgili olduğunda, bunun değerlendirilmesinin hekimden çok hastanın yapması gerektiği üzerinedir.¹²

Sosyal statü:

Bu konunun açıklanmasında kullanılan örnek, aynı arabada trafik kazası geçiren profesör ve odacısı ile ilgili kurgudur. Bu kurguya göre; acil servise getirilen ve aynı klinik tabloya sahip iki erkek hastanın hemen ameliyata alınması gerekmektedir. Ancak tek bir ameliyathane vardır. Hastalar arasındaki tek fark sosyal statülerinden kaynaklanmaktadır. Biri yıllarını hastalarına adanmış ve ülkesine hekim yetiştiren bir cerrahi profesörü, diğeri ise muhtemelen olanaksızlıklar nedeni ile okuyamamış bir odacıdır. Bu ölçüte göre yetişmesi topluma büyük masrafa mal olan ve

uzun vadede topluma getirisi fazla olan cerrahi profesörüne öncelik tanınması beklenir.⁸

Günümüzde ne şekilde olursa olsun sosyal statünün hasta seçiminde ölçüt olarak kullanımı evrensel etik ilkeler uyarınca kabul görmemektedir.¹

Kişinin tercih ettiği yaşam biçimi:

Bu ölçüt, belirli hastalıklara yakalanma riskini artıran ve kişi tarafından denetlenebilen sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, sağlıksız beslenme gibi alışkanlıkların ve yaşam biçiminin, kaynakların kısıtlı olduğu durumlarda sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını etkilemesi ve sağlık kurallarına uyarak yaşayan hastalara öncelik verilmesi gerektiği düşüncesine dayanmaktadır.^{1,8}

Kişinin bakım yükümlülüğü:

Bu ölçüt, hastanın bakmakla yükümlü olduğu yakınlarının olması durumunda, bakım yükümlülüğü taşıyan kişinin kaybının, bakılması gereken üçüncü kişileri olumsuz etkileyeceği düşüncesine dayanmaktadır. Böylece daha az kişinin zarar görmesini sağlar.¹

Sonuç

Sağlık kaynaklarının makro düzeyde dağıtımı sağlık politikası etiği ile ilgili olup devletin yükümlülüğü altındadır. Buna göre; sağlık hakkının sağlanmasında kişiler, bölgeler, gruplar arasında farklılıkların olmaması gerekir. Devlet, ulusal kaynakların, toplumun sağlık düzeyini yükselten tüm hizmet türü ve alanlarına optimal olarak dağıtılmasından ve ayrılan kaynağın verimli olarak kullanılmasından sorumludur.

Sağlık kaynaklarının mikro düzeyde dağıtımı ise hasta-hekim ilişkisi düzeyinde değerlendirilir. Tıbbi kararlar, tercihte bulunulacak kişilerin yaşaması ya da ölmesi ile ilgili son kararlar olduğunda sadece basit birer tıbbi karar olma durumundan çıkarlar. Bireylerin hastalığı, yaşı, olası prognozu, yaşam kalitesi, tercih ettiği yaşam biçimi ne olursa olsun gereksinim duyduğunda ayırım olmadan herkes gibi tıbbi hizmetlerden eşit yararlanma şansına sahip olacağından emin olabilmelidir.

Kaynakların kısıtlı olduğu durumlarda hasta seçimini sağlamakta yol gösterici olarak sıralanan ölçütlerden hiçbirisi tek başına doğru seçimi/tercihi yapmakta ve adil, insan yaşamının değerine öncelik veren kararlara yönlendirici olmakta yeterli değildir. Hekimler ekonomik etkenlerin olumsuzluklarına ve kaynakların kısıtlılığına rağmen hastalarının en iyi yararına davranma ahlâki yükümlülüğüne sahiptirler.

KAYNAKLAR

1. Önal G. Sağlık politikaları etiği ve klinik etik açısından tıpta adalet ilkesi. I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2001;17-190:1-20.
2. Bauer K. Distributive justice and rural healthcare. A case for e-health. *The International Journal of Applied Philosophy* 2003;17:241-52.
3. Cookson R, Dolan P. Principles of justice in health-care rationing. *Journal of Medical Ethics* 2000;26:323-9.
4. Akdur R. Sağlık hizmetleri ve sınırlı kaynakların dağıtımı (tartışılması gereken sorular). *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Dergisi* 2000;8:38-45.
5. Saltık A. Sağlıklı toplumun değeri. *Sağlık Dergisi (SSYB)*, 1985;59:55-9.
6. Sevil HK. Sağlık hizmetlerinde entegrasyon. *Sağlık Dergisi (SSYB)* 1983;57:91-5.
7. Şahinoğlu SP, Arda B. Etik açıdan yaşlılık ve hekim-hasta ilişkileri. *Geriatry* 1998;1:39-42.
8. Aksoy Ş. Sağlık kaynaklarının dağıtımında ve tedavi kararının verilmesinde kullanılan kriterlerin etik tartışması. Ankara: III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildiri Kitabı; 1998. s.419-24.
9. Beyzadeoğlu M, Özet A, Özet G. Kanser tedavisi esnasında yaşam kalitesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 1996;11:39-42.
10. Ferrel B, Grant M, Schmidt GM, Rhiner M, Whithead C, Fonbuena P, Forman SJ. The meaning of quality of life for bonemarrow transplant survivors. Part 1 The impact of bonemarrow transplant on quality of life. *Cancer Nursing* 1992;15:153-60.
11. Larsson G, Haglund K, Von Essen L. Distress, quality of life and strategies to 'keep a good mood' in patients with carcinoid tumours: patient and staff perceptions. *European Journal of Cancer Care* 2003;12:46-50.
12. Kodish E, Singer PA, Siegler M. Ethical issues. In: De Vita V, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: principles and practice of oncology*, 5th ed. New York: Lippincott-Raven Publishers; 1997. p.2973-82.