

## Şaşılık Ameliyatı Sonrası Oluşan Ölüm Olgusunun Deontolojik ve Tıbbi Etik Açından İrdelenmesi\*

H. Kadircan Keskinbora (\*,\*\*), Öztan Öncel (\*)

### ÖZET

**Amaç:** Ölüm ile sonuçlanmış ve yargıya intikal etmiş bir şaşılık ameliyatının aşamalarını deontolojik ve etik açıdan irdelemek.

**Olgu:** 3 yaşındaki kız çocuğu diverjan strabismus nedeniyle genel anestezi altında ameliyat edilmek üzere hazırlanmıştır. Anamnezinde havale saptanan olguya ameliyat öncesi bazı rutin laboratuvar tetkikleri yapılmıştır. Ameliyat normal seyretmiş, ameliyat bitiminde hasta uyana-mamış, yüksek ateş ve taşikardi gelişmiş, malign hipertermi nedeniyle eks olduğu rapor edilmiştir.

**Yorum:** Yargı tarafından cerrahi sorumluluğun ikinci evresi olan ameliyat hazırlığı ve dördüncü evresi olan ameliyat sonrası bakım evrelerinde dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu ölüm olduğu hükmüne varılmıştır. İndikasyonu koymakla başlayan cerrahi sorumluluk, müdahaleden sonra da devam eder. Cerrah, hasta narkozdan çıkıncaya kadar süren sorumluluğuna ayrıca, ameliyat sonu teknik bakımın da ekli olduğunu bilmelidir. Bu olguda cerraha yüklenen kusur oranı bu aşamalar nedeniyle verilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Postoperatif ölüm, ölüm, tıbbi deontoloji, tıbbi etik.

### SUMMARY

**Evaluation a Case of Death After Strabismus Surgery in the Perspective of Medical Deontology and Medical Ethics**

**Objective:** To evaluate a case of death after strabismus surgery in the perspective of medical deontology and medical ethics.

**Case:** 3 year-old girl had been operated for divergent strabismus under general anesthesia. In her story, she had convulsion. After the operation she could not get over the anesthesia period. The cause of exitus was reported as she died due to malignant hyperthermia.

**Comment:** The surgical responsibility begins with the indication stage. The second stage of surgical responsibility is preparation to the surgery, the third is the operation, and the fourth is postoperative medical and technical care. In this case, both of the doctors, the anesthesiologist and the ophthalmologist had been blamed because of insufficient preoperative preparation and postoperative care. In surgical interventions which are under anesthesia, the surgeon must be aware of responsibility with the anesthesiologist in all stages of the operation.

**Key Words:** Postoperative death, medical deontology, medical ethics.

(\*) Mersin Ü. Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

(\*\*) İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı

♦ 38. Ulusal Oftalmoloji (Antalya, 9-13 Ekim 2004) kongresinde poster olarak sunulmuştur.

Yazışma adresi: Dr.Kadircan Keskinbora, Mersin Ü. Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Zeytinlibahçe Mahallesi, Mersin E-posta: keskinbora@superonline.com

Mecmuaya Geliş Tarihi: 22.11.2004  
Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 31.03.2005  
Kabul Tarihi: 25.04.2005

## GİRİŞ

Genelde hekimin birincil amacı, hastasına en iyi klinik hizmeti vermektir. Diğer bir deyişle, hasta yararının en üst düzeyde tutulması vazgeçilemez bir değerdir.

Hekimlik uygulamaları tıbbi ve cerrahi uygulamalar olmak üzere iki ana bölüme ayrılır. Cerrahi uygulamalarda hekim cerrahi sorumluluk almaktadır. Cerrahi sorumluluk indikasyon aşamasından başlayıp ameliyat hazırlığı, ameliyat ve ameliyat sonrası bakımı da içine alan dört aşamada da söz konusudur (1,2).

Bu makalede, strabismus ameliyatından sonra ölen bir olgunun tıbbi deontolojik ve tıbbi etik açıdan değerlendirilmesi yapılmaktadır. Mahkeme safahatındaki bir takım önemli ayrıntılara da değinilerek öne çıkan ve çözümlenmesi gerektiğine inandığımız bazı konulara dikkat çekilmektedir.

## OLGU

Olay, tutanaklar, ifadeler, raporlar ve mahkeme kararlarının (3) özeti olarak aşağıdaki gibi cereyan etmiştir:

Olgu, 3 yaşlarında bir kız çocuğudur. Göz Hastalıkları Uzmanı, her iki gözde 15-20° diverjan ve 5° superior strabismus teşhisi koymuştur. Hipermetropik astigmatizması da saptanan hastanın ailesine bahse konu oftalmolog tarafından operasyon önerilmiştir. Aile, çocuğu bu hekimden sonra 2 hastaneye daha muayene ettirip buradan da operasyon önerisi aldıktan sonra ameliyat kararlarını ilk muayeneyi yapan Göz Hastalıkları Uzmanına bildirmiştir. Operasyon için özel bir hastane seçilmiş, ilk muayeneden 12 gün sonra ameliyat edilmek üzere hastaneye yatırılmıştır.

Anesteziyi uygulayacak uzman hekim, muayene edip bazı tetkikleri de yaptırdıktan sonra "Ameliyatı yapabiliriz" onayını "telefonla" göz hekimine bildirmiştir. Hasta, yatırıldığı gün ameliyat edilmiş, operasyon 50 dakikalık bir sürede bitmiş, hasta uyandıktan sonra postoperatif bakım odasına alınmıştır. Odaya alındıktan 10-15 dakika sonra hastanın ateşinin yükseldiği izlenmiş, bunu taşikardi ve şuur bulanıklığı takip etmiştir. ....Tıp Fakültesinden konsültasyon talep edilmiş, anestezi, müdavi hekim ve konsültanların yardımıyla ateş düşürülmüş, nabız 140'ta stabilize edilmiş ve hasta nispeten sakinleşmiştir. Gece yarısı 02:30 da hasta tekrar fenalaşmış, o anda hastanın başında anesteziyolog, çocuk hastalıkları uzmanı ve nörolog bulunuyormuş, göz hekimini de çağırarak hastaneye gelmiştir. Hastanın kritik durumu nedeniyle daha ileri düzeydeki bir yoğun bakım ünitesine sahip hastane aranmış; ancak İstanbul'daki 3 Tıp Fakül-

tesinde de boş yatak bulunamamış, .....Devlet hastanesindeki yoğun bakıma yatırılmış, hasta ne yazık ki 3.günün sonunda hayatını kaybetmiştir.

.../.../1995'te hastanın kaybıyla sonuçlanan olayla ilgili olarak çocuğun ebeveyni, 'üç buçuk ay sonra .....Cumhuriyet Başsavcılığına "Tazminat İstemi" ile gerek anestezi gerek göz hekimini hakkında suç duyurusunda bulunuyor. Olayla ilgili incelemeler, Adli Tıp Kurumu ve Yüksek Sağlık Şurası aşamalarının yanı sıra İstanbul Tabip Odası tarafından da yapılmıştır.

.....Asliye Ceza Mahkemesinde görülmeye başlanan davada yasal kuruluşlar dışında gerek anestezi gerek oftalmoloji ile ilgili bilirkişi görüşleri de istenmiştir. Uzun bir yargılama süreci sırasında "genel af" nedeniyle ceza davası düşmüş, fakat tazminat davası sürmüştü ve her iki hekim 3/8 oranında hastane de 2/8 oranında kusurlu bulunmuş, ancak yalnız hekimlere tazminat hükmolünmüştür.

## OLGUNUN DEONTOLOJİK VE TIBBİ ETİK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ:

Çok önemli klinik dallardan biri olan Göz Hekimliği, aynı zamanda cerrahinin önemli bir bölümünü de içermektedir. Dolayısıyla olgumuz, göz hekimliği, cerrahi ve anesteziyoloji açısından da ele alınacaktır. Olgunun bir cerrahi olgu olması nedeniyle, öncelikle cerrahi sorumluluk söz konusu olacaktır. Cerrahin, cerrahi operasyonların 4 aşaması olarak kabul edilen 1) İndikasyon, 2) Ameliyat hazırlığı, 3) Teknik müdahale-ameliyat, 4) Ameliyat sonrası bakım dönemlerinden her birisi için sorumluluğu söz konusudur (2).

"Olgunun ameliyatı acilen gerekli midir, estetik veya fonksiyonellik açısından mı gereklidir?" sorusu cerrahi sorumluluğun birinci aşaması olan "İndikasyon" aşaması sorgulamasıdır. Bu olguda binoküler görmenin kazandırılması birincil amaçtır, gözlerin fonksiyonu yönünden gereklidir (4). (Amaç sadece estetik olsaydı indikasyon aşamasında da sorumluluk doğabilirdi.)

Olguda indikasyon ve ameliyat tekniği aşamasında kusur yoktur. Bizim dikkatimizi çeken bir konu ameliyattan önce alınan ameliyat rıza belgesinin "aydınlatılmış onam"(5,6) karakterinde olmadığıdır.

Ancak, 2.ve 4. bölümlerde "dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu ölüm" açısından sorumluluk doğmuştur. Hekim tedavi öncesinde ve esnasında yapılması bilimsel olarak gerekli muayene ve tetkikler söz konusu olup bunları yapmakta ihmal varsa ve tamamlanamıyorsa sorumlu olur.

Ölüm, yaralanma veya sakatlanmaya neden olmakla hekim, Türk Ceza Kanunu (TCK- 1926 tarih ve 765 sayılı) (yenisi yasalaştı) 455, 456, 459 maddeleriyle karşı karşıya kalır. Eğer tazminat (ödençe) söz konusu ise Borçlar Kanunu (1926 tarih ve 743 sayılı) nun 41, 45, 46 ve 49 maddeleri söz konusu olur (1).

Hekimler kusurları açısından, bu yasalar ve ilgili maddeleriyle karşı karşıya gelmeden önce Adli Tıp, Tıp Odaları ve Birliği, Yüksek Sağlık Şurası bilirkişileri tarafından sorumluluklar ayrıntılarıyla tartışılır sonra yasanın ve mahkemenin değerlendirmesi karşısında bırakılırlar (6). Bu olguda da aynı yol izlenmiştir.

Anestezi de bilgilendirilmenin yapılması ve hasta veya 1.derece yakınından imzalatılarak alınması gereken aydınlatılmış onam formu vardır. Amerikan Anesteziyoloji Derneğinin 1998 yılında yaptığı bir araştırmada, 1984 malpraktis olgusunun %22 sinde bilgilendirmenin uygunsuz ve yetersiz olduğu saptanmıştır. Hekimin tıbbi veya cerrahi hekimlik uygulaması ile ilgili riskleri çok açık olarak ortaya koymaması ya da bu riskleri ortaya koymadaki ihmalleri sonucu bazı olgularda yaralanma veya sakatlanmaya neden olması önemli bir etik eksiklikler (7).

### TIBBİ ETİK-KLİNİK ETİK AÇIDAN DEĞERLENDİRME:

Klinik etiğin ana konularından biri, değerlendirme ve karar verme sürecidir. Bunun sonunda bir tıbbi eylem gerçekleştirilmektedir. Karar verme sürecini aydınlatılmış onam ve etik konsültasyon izler.

Etik ilkelerinden "yararlılık ve zarar vermeme ilkesi" olgularda ilk hedef olmalıdır. Tıbbi indikasyonlar tablosu yararlı olabilme prensibinin kapsamındadır. Müdahalenin getireceği net faydaların dökümü ilk adım olarak yapılmalıdır (8).

Operasyonun yapıldığı hastane açısından bir sorumluluk söz konusudur. Bu da idare hukuku açısından ele alınır. Bu olguda, ilgili hastanenin yoğun bakım hizmeti açısından tam teşekküllü ve teçhizatlı olmadığı açıktır. Burada bir hizmet kusuru söz konusudur. Türk ve Alman hukukuna göre özel hastanelerde çalışan hekim ile hasta arasında bir sözleşme ilişkisi yoktur. Hekimin hastası ile tam tedavi sözleşmesi yapan hastane sahibinin bir ifa yardımcısı olduğu öne sürülmektedir. Özel hastanede çalışan doktorun sorumluluğu sözleşmeden değil haksız eylemden (Borçlar yasası m.41) kaynaklanmaktadır (9).

Etik eğitimin başında bir hekim, olgularda analiz ve uygulamalar için şunları öğrenmelidir:

1. Hastanın temel şikayeti
2. Hastalığın hikayesi
3. Hastanın özgeçmişi
4. Hastanın soygeçmiş
5. Fizik muayene ve bulguları
6. Laboratuvar bulguları

Bunlara gerekli hallerde "konsültasyon" ve "aydınlatılmış onam" eklenmelidir.

Bir diğer etik yükümlülük "sadakat" ve "dürüstlük" ilkeleridir. Hasta ve yakını bilgilendirilerek, komplikasyonlar konusunda da aydınlatılarak, onamı yazılı olarak alınmalı aynı zamanda dürüstlük ilkelerine de uygun davranılmalıdır (10).

Ameliyat öncesinde, anesteziyolog tarafından hastanın ameliyata uygun olup olmadığı saptanır. İndikasyona bağlı olarak ameliyat ile ilişkili sorun yaratacak patolojiler araştırılır. Tüm sistemler tekrar gözden geçirilir. Anesteziyolog, klinik deneyimlerine dayanarak cerrah ile birlikte hastanın genel durumunu değerlendirir ve sorumluluk alır (7).

### TARTIŞMA

Strabismus nedeniyle ameliyat edilen 3 yaşındaki bir kız çocuğu ameliyat sonrası üçüncü günde vefat ediyor. 3,5 ay sonra anne-baba tazminat istemiyle hukuki süreç başlatıyor. Normal tahkikat prosedürleri sonucunda anesteziyolog ve oftalmologa eşit olarak 3/8 oranında "mesleki tedbirsizlik ver dikkatsizlik" açısından, ameliyatın yapıldığı hastaneye de idare hukuku açısından hizmet kusuru olarak 2/8 oranında kusur takdir ediliyor.

Cerrahi bir sorumluluktan kurtulabilmek için ya da sorumluluğu hafifletebilmek için:

1. Müdahaleler anestezi altında uzmanlarla birlikte uzman cerrahlar tarafından yapılmalıdır (2,11,12). (1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun, m.23)

2. 1219 sayılı yasanın 70. maddesi gereğince hasta veya yakınından yazılı onam alınmalıdır. Ancak buna rağmen ihmal ve dikkatsizlik sonucu doğan olumsuz hallerde -bu olguda olduğu gibi- yine hekim sorumluluğu doğacaktır (11,12).

Olgunun otopsi raporunda, kişinin maruz kaldığı hipoksemi ve hipoventilasyona bağlı olarak gelişmiş beyin ödemi sonucu öldüğü belirtilmektedir. Burada, mantıksal olarak da anestezi uygulamasında hata olduğu so-

nucuna ulaşıyor. Nitekim, Tabip Odasının bilirkişi incelemesi sonucunda oftalmolog'a ceza verilmezken, anesteziyologa 3 ay meslekten men cezası verilmiştir (3).

Olay basına yansıdığından İl Sağlık Müdürlüğü de soruşturma başlatmış, soruşturmacı ....Eğitim Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Şefi Dr.... ".....En yakın ihtimal per-op hastanın hipokside kaldığı (nedenini ancak anesteziist bilebilir)....." ifadesinde bulunmuştur (3).

Ancak, tıbbi etik ve yasalar ameliyatı yapan cerrah da bu sorumluluğa ortak etmektedir (1,2,6,9,11-15). Cerrah, cerrahi müdahaleden sonra sorumluluğun anesteziiden çıkınca kadar devam ettiğini ve ameliyat sonu teknik bakımdan da sorumlu olduğunu bilmelidir. Bu olguya benzeyen bir yurt dışı olgusu örneği verelim: Fransa'da 1969'da "apandisit" nedeniyle ameliyat edilmiş bir çocuk ölümünde mahkeme, hem operatöre hem de anesteziiste "ameliyata iyi hazırlanmamak ve ameliyat sonrasında bakımda gerekli özeni göstermemek" nedeniyle hem hapis hem para cezası hükmetmiştir (2).

Bu olguda, Adli Tıp Kurumu kanaatine göre, anamnezde çocuğun epilepsisi bulunduğu anlaşılmış olması nedeniyle "Pediatri" konsültasyonu istenmemesi kusur kabul edilmiş, ayrıca ameliyat öncesi yapılması gereken her türlü muayene ve tetkikin tamamlanmamış olduğu görüşüne (kan grubu tayini, idrar tahlili) varılmıştır. Her ne kadar bu girişim oldukça kansız bir operasyon olsa da, kan grubu tayini rutin bir tetkik olarak kabul edildiği için bunun yapılmaması eksiklik kabul edilmiştir (3).

Mahkeme kararında tazminat gerekçesi şöyle belirtilmiştir: "Ölüm halinde, ölenin ailesine manevi zarar adı altında ödence verilmesi yasa gereğidir. Hastaya zarar verilmiştir. Anne ve baba bu zarardan manevi olarak etkilenmiştir" (3).

Bu olayı bütün yönleriyle değerlendirmek üzere, öne çıkan önemli özellikleri sunmaya çalışıyoruz:

Adli Tıp Kurumu 5.İhtisas kurulunun 17.2.1997 tarih ve 257 sayılı kararında kişinin maruz kaldığı hipoksemi ve hipoventilyasyona bağlı olarak gelişmiş beyin ödemi sonucu öldüğü rapor edilmiştir (3). Bu rapor, 7 bilirkişi uzman tarafından imzalanmıştır. Bu uzmanlar arasında 1 (bir) anestezi uzmanı olmasına karşılık oftalmolog yoktur (3). Heyette oftalmolog bulundurulması gereği duyulmaması ilginçtir.

Tabip Odası tarafından yapılan ve Türk Tabipler Birliği Yüksek Onur Kurulu tarafından da onaylanan soruşturma sonucunda oftalmologa ceza verilmemiş, hastane başhekimine yazılı uyarı cezası, anesteziiste "3 ay

meslekten men" cezası verilmiştir. Buna karşılık yargılama sonunda mahkeme, her iki hekime aynı oranda kusur takdir etmiş, hastaneye tazminat ödetmemiştir (3).

Ceza davasının düşmesine karşın tazminat davası devam etmiş ve ölümün gerçekleştiği günden mahkemenin bitimine kadar geçen yaklaşık 8,5 yıllık kanuni faiz de eklenince her bir hekimin ödeyeceği tazminat 40 milyar TL.yı geçmiştir.

Ülkemizde "malpraktis" ile ilgili hukuki prosedür henüz yerine oturmuş değildir (15). Bu bağlamda hekimlerin hekim hatalarına karşı "mesleki sigorta uygulaması"nın da henüz yaygınlaşmadığını, bütün ayrıntı ve sorunları karşılayacak genişlikte uygulanmadığını unutmamak gerekir. İdare kusuru işleyen hastaneye bu olayda bir ceza verilmemiştir.

Gerek özel, gerek devlete ait hastanelerin asgari ekipman standardı ve ciddi denetimi ne yazık ki, bugüne kadar sağlanmış değildir. Bunun yanı sıra, hangi cerrahi girişimde hangi tetkiklerin rutin olarak yapılması gerektiği, tetkiklerin yaptırılması ve değerlendirilmesinden hangi hekimin birinci derecede sorumlu olduğu da standardize edilmiş değildir.

Hekimlerin kusurlu bulunduğu "ameliyat hazırlığı" bölümünde, maliyetin artmaması ve zaman kaybı gibi kaygılarla, hekimlerin lüzumsuz kabul ettikleri bazı tetkik ve konsültasyonları yaptırmadığı bir gerçektir. Ama, ölüm gibi üzücü ve geri dönülmez bir sonuç hekimin mahkemeye verilmesine yol açmaktadır. Kaldı ki cerrah, sorumluluğunun dört bölümünün de gereğini yapmış, bütün tetkik ve konsültasyonları eksiksiz yerine getirmiş olsa bile "ÖLÜM" vukuunda tazminat söz konusu olabilmektedir.

Hekimler, bütün bu hususları göz önünde tutup görüşledikleri risk, karşılaşılabilecekleri olumsuz koşul, durum ve muameleyi göz önünde tutmalı, tazminat ödemek zorunda kalabileceklerini bilmeli, değerlendirmeli ve hatırd tutmalıdırlar. Hastayı da kendilerini de korumaları gerektiği (16) ve bütün bunların tıbbi etik çerçevesi içinde gerçekleşmesi lüzumu ve dileğini dikkate alarak:

A) Cerrahi girişim planlarını (indikasyon, hazırlık, ameliyat ve ameliyat sonrası bakım) yapmaları,

B) Aydınlatılmış onam almaları,

C) Birlikte çalışacakları anesteziyologla sorumluluğu paylaştıklarını, sorumluluklarının ameliyatın bitmesiyle sona ermediğini, ameliyat sonrası bakımdan da sorumlu olduklarını bilmeleri,

D) Emeklerinin karşılığını takdir ve talep etmeleri gerekir kanaatindeyiz.

Hekimin bu ve benzer olaylardan alması gereken derslerle yola çıkıp emeklerinin hakkı olan muayene ve müdahale ücretlerini "acımasız piyasa koşulları çerçevesinde" mi değerlendireceğini hekim camiasının dikkatine sunuyoruz.

Şu soru akla gelmiyor değil: Bu hekim(ler), bu çocuğun ölümüne bir trafik kazası sonucu sebep olsalardı nasıl bir ceza gerçekleşecekti? Bir trafik kazasında sürücünün ehliyetli veya ehliyetsiz olması, suç oluşan bazı durumlarda ruhsat alınıp alınmaması dava sonucunu etkiler. Tedavi yahut ameliyat sonrası başarısızlık veya ölüm gibi durumlarda hekim, yasalar karşısında "meslekte acemilik", "talimatlara riayetsizlik sonucu ölüme sebep olmak" gibi genel kaidelere tabi olmaktadır. Mahkeme, kararında tazminat gerekçesi için "Ölüm halinde, ölenin ailesine manevi zarar adı altında ödence verilmesi yasa gereğidir. Hastaya zarar verilmiştir. Anne ve baba bu zarardan manevi olarak etkilenmiştir" ifadesinde bulunuyor. (3). Ama, eğer bir hekim bilimsel olarak yapması gereken her şeyi yapıp da ölümü engelleyememişse o zaman ne olacak? Ekipteki bir kişinin hatası bütün ekibe mi mal edilmelidir? Hastanenin eksik donanımlı olması durumunda hastanenin de kusura dahil edilmesi gerekmez mi? Dileğimiz, hekimlerin mesleklerine ve haklarına sahip çıkıp sorumlulukların net olarak paylaştırıldığı, uygulamaların standartlaştırıldığı "Hekimlik Uygulamaları" için özel yasaların çıkartılmasını sağlamalarıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Öncel Ö: Hekim sorumluluğu, ed. Terzioğlu A. Tıbbi Deontoloji ve Biyomedikal Etik ana hatları, İstanbul, İ.Ü.Yayınları no.4065, 1998:93-103.
2. Şehsuvaroğlu BN: Cerrahi sorumluluk, Ed. Terzioğlu A. Tıbbi Deontoloji, 2.baskı, İstanbul, Bayda yayınları no:5, 1986:73-78.
3. T.C. .... 2. Asliye Ceza Mahkemesi arşivleri. (Mahkeme adı Editörce kapatılmıştır.)
4. Wright KW: Strabismus and ambliopia. In: eds.Wright KW, Spiegel PH, Pediatric Ophthalmology and Strabismus. 2nd ed., New York, Springer-Verlag, 2003:125-298.
5. Ersoy N: Aydınlatılmış onam, eds.Demirhan-Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş. Çağdaş Tıp Etiği, İstanbul, 2003:204-234.
6. Elçioğlu Ö: Klinik uygulamalarda her durumda ortaya çıkan etik yükümlülükler, eds. Demirhan-Erdemir A,Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H, Klinik Etik, İstanbul, Nobel yayınları, 2001:104-148.
7. Kutlay O, Yılmazlar A: Anestezi ve yoğun bakımda etik. eds. Demirhan A,Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan. Klinik Etik, İstanbul, Nobel yayınları, 2001:532-546
8. Doğan H: Klinik etik uygulamalarda metodoloji, eds. Demirhan-Erdemir A,Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H, Klinik Etik, İstanbul, Nobel yayınları, 2001:26-34.
9. Öncel, Ö: Hekim Görevleri, sorumluluğu ve tıbbi sorumluluk., eds.Demirhan-Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş, Çağdaş Tıp Etiği. İstanbul,Nobel yayınları, 2003:149-162.
10. Oğuz Y: Felsefi yaklaşımların ışığında klinik etiğe giriş. eds. Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan. Klinik Etik, İstanbul, Nobel yayınları, 2001:9-25.
11. 11 Nisan 1928 tarihli, 1219 sayılı, Tababet ve Şuabatı sanatları tarz-ı icrasına dair kanun.
12. 19 Şubat 1960 yayın tarihli 4/12578 sayılı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi.
13. Sayek İ. Cerrahide etik. eds. Demirhan A,Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan. Klinik Etik, İstanbul, Nobel yayınları, 2001:556-561
14. Demirhan-Erdemir A: Klinik uygulamalarda hekim-hasta ilişkileri. eds. Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan. Klinik Etik, İstanbul, Nobel yayınları, 2001:65-84.
15. Büken E, Örnek-Büken N: Yasal ve etik yönleriyle Türkiye'de tıbbi malpraktis. eds. Demirhan-Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş. Çağdaş Tıp Etiği, İstanbul, 2003:163-178.
16. Sayek F: Oftalmolojide meslek ahlakı kuralları. Klinik Etik, eds. Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H, İstanbul, Nobel yayınları, 2001:548-555