

Do – Not – Resuscitate (DNR) Talimatının Temel Etik İlkeler Açısından Değerlendirilmesi¹

AN APPRAISAL OF DO-NOT-RESUSCITATE (DNR) ORDERS

Engin BAŞTÜRK*

* Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji AD, İSTANBUL

Özet

Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR İngilizcede CPR kısaltılması kullanılmaktadır. CPR: Cardiopulmonary Resuscitation) kardiyak veya respiratuar arrest olan yatan hastalara rutin olarak yapılan müdahaledir. Diğer tıbbi müdahalelerde olduğu gibi bazı amaçları vardır. Örneğin hayat kurtarmak, ağrıları azaltmak veya hastayı eski sağlığına kavuşturmak, ek olarak KPR'ye özgü en önemli amaç klinik ölümün önlenmesidir. KPR'nin uygulanmasıyla birlikte bu amaçlara sıklıkla ulaşamıyoruz. 1960-1980 yılları arasında rapor edilmiş 12266 olguda yapılan incelemede, hastanede yatan bu hastaların %39'u prosedür boyunca ve %17'si de hastaneden taburcu oluncaya kadar hayatta kalmışlardır. KPR uygulamaları, son dönemde hemen hemen tüm hastalarda ve resüsitasyondan sonra çok kısa bir zaman hayat beklentisi olan hastalarda dahi çok yaygın ve sık kullanılmaktadır. KPR'nin hangi koşullarda uygulanabilir hangi koşullarda uygulanmaması gerektiği soruları daha sık sorulmaya başlanmıştır. En önemli sorumlulukları hekimler, hastalar, hasta yakınları, hasta vekilleri ve hukukçular üstlenmiştir. KPR'nin uygulanmaması kararı zor ve ağır sorumlulukları getirir; çünkü hekimler için hukuki sorumluluğu yanında etik ve manevi değerler açısından oldukça yıpratıcı olabilmektedir. Bu zorlukları en aza indirmek için verilecek kararlarda başta hastanın kendisinin, karar verme yetisine sahip değilse vekilinin veya vekili yoksa hekimin diğer meslektaşlarına danışabileceği Hastane Etik Komiteleri yer almalıdır. Tüm bunlar gerçekleştirilirken hastanın özerkliği, değerleri ve kişisel öncelikleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: DNR; KPR, Etik Komite

T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2003, 11:12-21

Summary

Cardiopulmonary resuscitation (CPR) is routinely performed on hospitalized patients who suffer cardiac or respiratory arrest. As other treatment modalities CPR has also some objectives; saving life, decreasing pain, return patient to previous health state. Additionally CPR has unique aim to prevent clinical death. With use of CPR we can not reach these objectives mostly. A review of 13266 cases reported in medical literature between 1960 and 1980 revealed that 39% of hospitalized patients who received CPR initially survived the procedure, and 17% survived until they were discharged from the hospital. Nowadays CPR is used in almost all patients and also in patients who have little chance of surviving for more than a brief period of time. The questions; when do we use CPR, or when we do not use CPR, are started to be asked frequently. Physicians, patients, patients' relatives, patients' surrogates, and attorneys have the most important responsibility for withholding CPR. Withholding CPR is very difficult decision for physician because physicians have responsibilities about law. On the other end they ethical and moral values which also affect physician's decision. In order to minimize these difficulties patients themselves, if they are not capable of making decision, surrogate decision maker, or if there is no surrogate physician should make consultation with Hospital Ethical Committees. All these decisions should be made according to patients' values and best interests.

Key Words: DNR; CPR; Ethical Committee

T Klin J Med Ethics, Law and History 2003, 11:12-21

Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR İngilizcede CPR kısaltması kullanılmaktadır ve açılımı, CPR: Cardiopulmonary Resuscitation şeklindedir) kardiyak veya respiratuar arrest olan yatan hastalara rutin olarak yapılan müdahaledir. KPR hastane dışı koşullarda uygulanıyorsa kısaca kalbi, kan dolaşımı ve solunumu durmuş olan hastalarda; önce has-

tanın solunum yollarının açık olarak kalması sağlanır daha sonra dolaşımın tekrar geri gelmesi için dışarıdan göğüs kafesine belirli bir bölgeden ilk anda bir yumruk vurulduktan sonra aynı bölgeye kompresyon uygulanır (burada yapılan suni solunum ve göğse uygulanan kompresyon, belirli sayılarda ritmik olarak uygulanır). Eğer hastane şartla-

rında KPR uygulanacaksa gelişmiş araçlardan ve ilaçlardan faydalanılır; entübasyonla oksijen verilirken defibrilatör (elektrik şokla çalışan bir reanimasyon aletidir) ile kalbin çalışmasını dolayısıyla da dolaşımın geri çevrilmesi için kullanılır. Aynı zamanda damar yolu açılarak uygun ilaçlar verilir.

Eksternal torakal kalp masajı ilk olarak 1960 yılında Kouwenhoven tarafından kardiyak arrest (kalbi durmuş olan) olan hastalarda sirkülasyonun geri döndürülmesi için uygulanmıştır. Kouwenhoven ve arkadaşları eksternal torakal kompresyonu hem tek başına hem de yapay ventilasyon ile kardiyak arrest olan 20 hastada başarıyla uygulamışlardır¹. Yıllar içinde hızla bu tekniğin gelişmesi ile Kardiyopulmoner resüsitasyon cerrahi sırasında kardiyak veya respiratuar arrest olan bunun dışında sağlıklı olan hastalarda kullanılmıştır. Günümüzde ise KPR'nin kardiyak veya respiratuar fonksiyonların durduğu hemen her kişide yaygın bir biçimde uygulanıldığını gözlemliyoruz. Kardiyak veya solunum fonksiyonların durması, ölümün gelişiminde kaçınılmaz olaylar olması nedeniyle ölmenden önce herkes KPR uygulaması için birer adaydır. KPR'nin diğer tüm tıbbi müdahalelerde olduğu gibi bazı amaçları vardır. Örneğin hayat kurtarmak, ağrıları azaltmak, herhangi bir işi yapmaktaki yetersizliği sınırlamak veya hastayı eski sağlığına kavuşturmak, ek olarak KPR 'ye özgü en önemli amaç klinik ölümün önlenmesidir². KPR'nin kullanılmasıyla birlikte bu amaçlara sıklıkla ulaşmıyoruz. Yapılan bir çalışmada: KPR alan hastaların üçte biri resüsitasyon boyunca, üçte biri de hastaneden taburcu edilinceye kadar hayatta kalmışlardır³. 1960 -1980 yılları arasında rapor

edilmiş 12266 olguda yapılan incelemede, hastanede yatan bu hastaların %39'u prosedür boyunca ve %17'si de hastaneden taburcu oluncaya kadar hayatta kalmışlardır⁴.

KPR uygulamalarının, son dönemdeki hastalarda veya resüsitasyondan sonra çok kısa bir zaman hayat beklentisi olan hastalarda çok yaygın ve sık olarak kullanılıyor. Bu durumda sorulacak en önemli soru hazırlanması gereken DNR (do-not-resuscitate: resüsitasyon yapmama) talimatının hangi temellere oturtulacağıdır.

KPR uygulama izni hastanın arrest olduğu anda tedavi tercihlerini dile getiremeyeceği bununla birlikte KPR'nin uygulanmamasının da ölümle sonuçlanacağı açıktır. DNR talimatının hazırlanmasında üç ana öge ile karşılaşılıyor:

Hastanın tercihlerinin KPR uygulanmasını reddetmede temel olarak alınması: Yeterli ve bilgilendirilmiş (informed) hastaların hem ahlaki (moral) hem de hukuksal olarak tıbbi müdahalelere, KPR de dahil, izin verme veya reddetme hakkına sahiptir⁵. Tıbbi tedaviyi reddetme hakkı hastanın son dönemde (terminal) olması veya olmamasına, aile bireylerinin aynı fikirde olmasına, veya hekimin onaylamasına bağlı değildir. Bununla birlikte hasta kendisinin kardiyak arrest durumunda KPR'nin alınmasını daha önceden detaylı bir biçimde bildirmelidir. Bu şekilde yapılmış bir reddetme DNR talimatının hazırlanmasında temel oluşturabilir⁶.

DNR talimatları hastaların özerk (otonomous) hareketlerini kolaylaştırarak hastaların kendi tedavi tercihlerini, hayat uzatıcı tedavilerin uygulanması durumunda ve bu kararları verme yetisine sahip olmaları (competent) koşuluyla, belirtmelerine

¹ M.R.Levy – M.E. Lambe – C.L. Do-Not-Resuscitate Order in a County Hospital. West J.Med 1984;140:11-113'den aktaran Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Guidelines for appropriate use of Do-Not-Resuscitate orders. JAMA 1991;265:1868-71.

² Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Guidelines for appropriate use of Do-Not-Resuscitate orders. JAMA 1991;265:1868-71.

³ Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Guidelines for appropriate use of Do-Not-Resuscitate orders. JAMA 1991;265:1868-71.

⁴ Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Guidelines for appropriate use of Do-Not-Resuscitate orders. JAMA 1991;265:1868-71.

⁵ Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Guidelines for appropriate use of Do-Not-Resuscitate orders. JAMA 1991;265:1868-71.

⁶ Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Guidelines for appropriate use of Do-Not-Resuscitate orders. JAMA 1991;265:1868-71.

imkan sağlar. Resüsitasyonun kullanılması veya kullanılmaması konusunda hastaların bu karara katılması gerektiği hem hekimler hem de diğer kişiler (aile, yakın arkadaş vs.) tarafından kabul gören bir düşüncedir. Yapılan bir çalışmada 151 hekimin %93'ü hastaların KPR ile ilgili verilecek kararlara katılmaları gerektiğine inanırken bu hekimlerin yalnızca %10'unun hastaları ile muhtemel kardiyak arest durumunda onların tercihlerini tartışmış olduğu ortaya çıkmıştır⁷. Benzer çalışmalar incelendiğinde hemen hemen aynı sonuçlarla karşılaşırız. Bir başka çalışma göstermiştir ki ; DNR talimatı ile hastanede yatan hastaların sadece % 20'si resüsitasyon tercihlerini hekimleriyle DNR talimatının uygulanmasından önce tartışmıştır⁸ (8-5. ve 6. makalelerden aktarılmıştır).

Pratikte, hekimler ve hastalar benzer bir biçimde, biraya gelip hastanın ölüm ihtimallerini tartışmayı güç bulurlar. Aslında böyle bir ihtiyaç ortaya çıktığında artık hasta karar verme sürecine katılma yetisine sahip değildir.

Hasta yakınları veya vekil olan diğer kişilerin resüsitasyonu reddetme kararının verilmesinde temel olarak alınması: Eğer hasta resüsitasyonun alıkonulma kararını verme yetisine sahip değilse bu karar vekil olarak belirlenen kişi veya kişiler tarafından verilir. Bu kişilerin seçimi hastanın önceden yapmış olduğu tercihlerine göre belirlenir. Eğer hastanın bu tercihi bilinmiyorsa, böyle bir durumda hastanın inançları ve hayattan beklentileri göz önüne alınır⁹. Bu durumda hastanın o anki hekimi hastanın detaylı tercihlerini (advance directives) göz önüne alır veya uygun bir vekil

tarafından resüsitasyon kararı verilebilir. Detaylı tercihler konuşmalar, yazılı direktifler, şahitleri içerir. En sık karşılaşılan şekli hastaların akrabalarıyla, arkadaşlarıyla, veya hekimleriyle henüz yetilerini kaybetmeden yaptıkları konuşmalarıdır.

Bununla birlikte mahkemeler yazılı direktifleri daha güvenilir bulmaktadır. Aynı şekilde tedavisiyle ilgili kararları verme yetisine sahip olmayan hastalarda, hastanın hekimi tarafından bilgilendirilmiş ve tavsiyelerde bulunmuş bir vekilin belirlenmesi gerekmektedir. Vekil hasta ile ilgili tıbbi kararları vermelidir. Bazı olgularda, hasta henüz yetilerini kaybetmemişken bir hukukçu huzurunda vekili olan kişi veya kişileri seçer. Eğer bu şekilde bir vekil hasta tarafından seçilmemişse kanunlar (burada sözü geçen kanunlar Amerika Birleşik Devletleri kanunlarından aktarılan kanunlardır) akrabalarını vekil olarak tayin eder¹⁰. Seçilen vekilin taşıması gereken bazı vasıflar vardır. Bunların en önemlisi vekil olacak kişinin hastanın değerlerini (values) bilmeli ve bu değerlere saygılı olmalıdır. Ayrıca hastanın en çok ilgi duyduğu konulara önem vermelidir. Genellikle uygun vekil bir akraba veya yakın arkadaşdır. Eğer hasta bir çocuk ise vekil anne ve baba olur. Pediyatrik hastalarda özerklik ve kendi adına karar verme prensiplerine uyulması, çocuk hastalarında karar verme aşamasında katılımı ile olur. Ancak bu hastaların nörolojik durumları ve olgunlaşma (maturity) seviyeleri göz önünde bulundurulmalıdır. Erişkin adolesanların kişisel kararlarına katılımlarıyla ilgili geçmiş uygulamalara rastlanmaktadır¹¹.

Karar verme yeteneklerini kaybetmiş ve herhangi bir akrabası veya yakın arkadaşı olmayan hastaların yerine kimin karar vereceği önemli bir etik ikilemdir. Klinikte sıklıkla mahkemeye başvurmadan bu hastalarda karar verilmektedir. Bu tip olgularda tavsiye edilen, hastanın hekiminin hastanenin etik komitesine bu vakaları danışmasıdır. Aslında bu danışmaya bir etik konsültasyon diyebi-

⁷. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Guidelines for appropriate use of Do-Not-Resuscitate orders. JAMA. 1991;265:1868-71.

⁸ . Bedell SE, Delbanco TL. Choices about CPR in the hospital- when do physician talk with patients? N. Engl. J. Med. 1984; 310: 1089-93.

Bedell SE, Pelle D, Maler PL, Cleary PD. Do-Not-Resuscitate orders for critically ill patients in hospital: how they used and what is their impact? JAMA. 1986;256:233-7.

⁹ . Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Guidelines for appropriate use of Do-Not-Resuscitate orders. JAMA. 1991;265:1868-71.

¹⁰ Weir RF, Gostin L. Decisions to abate life-sustaining treatment for non-autonomous patients; ethical standards and liability for physicians. JAMA 1990; 264: 1846-53.

¹¹ Ethical Considerations in Resuscitation. JAMA 1992; 265: 2282-8.

liriz. Bu konsültasyonla etik komiteler, bir hekimin vereceği karardaki gizli varsayımları (hekimin hastasıyla paylaşmadığı düşünceleri örneğin hastanın yaşam kalitesi hakkındaki kişisel düşünceleri gibi) ve değer yargılarını açıkça ortaya koyarken bu kişisel değerlerin hastaların tedavilerine yansımaları engeller. Karar verilirken olgu tüm yönleriyle ve alternatifleriyle bu komitelerde değerlendirilir.

Hekimin hasta hakkında vardığı yargıya dayanarak resüsitasyonun hastalara uygulanmamasının temel alınması: Hekim hastasına KPR uygulamanın faydasız olduğuna karar vermesi DNR talimatının hazırlanmasında temel teşkil eder. Daha önce bahsedildiği gibi hekimler ve diğer sağlık görevlileri DNR kararı verilirken hastaların bu kararı almada aktif olarak katılımlarını istemektedirler. Ancak bu pratikte tam anlamıyla uygulanmamaktadır.

Hastaların karar aşamasında bulunmaması, resüsitasyon sırasında tıbbi prosedürlerin uygulanması, KPR'nin muhtemel prognozu, kararların uygulanması sırasında hastaların kendi değerlerinin ve tercihlerinin göz önünde bulundurulmaması yanlış izlenimlere neden olabilir. Yapılan çalışmalar hekimler ve aileler tarafından verilen kararların hastaların verebileceği kararlarla sıklıkla uyum göstermediğini ortaya koymaktadır. 25 hastayı kapsayan ve KPR sonrası hayatta olan hastaların resüsitasyon tercihleri ile hekimlerce hastalarının vereceği en muhtemel kararları karşılaştıran örnek bir çalışma göstermiş ki; hastaların 8'i KPR'yi reddedeceklerini ve gelecekte de kendilerine KPR uygulanmasını istememektedirler. Bununla birlikte doktorlardan sadece 16'sı hastalarının isteklerini doğru olarak algılamışlardır¹².

Hekimlerde olduğu gibi hastaların da büyük bir kısmı DNR kararlarını hekimleri ile tartışmak istemektedirler. Hekimler genellikle tartışmayı başlatmakta tereddüt etmektedir bunun en önemli nedeni ise hastalarının bu tür bir tartışmadan zarar göreceği ve hastaları ciddi anksiyeteye veya umut-

suzluğa sevk edeceğinden korku duymalarıdır. DNR kararlarının durumu daha ciddi hastalarda tartışmak prognozun kötü olduğu anlamına gelebilir. Ayrıca DNR kararlarını selektif olgularda tartışmak eşitsizlik anlamına gelebilir. Hekimler sıklıkla bu tartışmaları AIDS, kanser, koroner arter hastalığı, siroz ve bunlar gibi prognozu çok kötü hastalıklarda yapma eğilimindedirler¹³. Bu nedenlerden dolayı hekimlerin hastaneye medikal veya cerrahi tedavi için yatan tüm erişkin hastalarla ya da onların vekilleri ile KPR uygulamalarını tartışmalıdırlar. Hastalar veya vekilleri bu kararları verebilmeleri için hekimler tarafından KPR hakkında bilgilendirilmelidirler. Bu bilgiler içerisinde hastanın durumu ve prognozu, KPR'nin özellikleri, muhtemel sonuçlar ve ölüm riski yer almalıdır.

Etkisizlik (Futility)

Hekimler *etkisiz* olan bir tedaviyi, hastaların veya vekillerinin istemesine rağmen, uygulamak zorunda değildir¹⁴. Bu kural çok açık gibi görünse de *etkisizlik* terimini bazı özel olgularda tanımlamak çok zordur. İnsanlar etkisiz terimini farklı şekillerde kullanmaktadırlar ve hekimler tarafından tek taraflı olarak resüsitasyonun alıkonulması veya durdurulmasını, ancak tedavi kesin manasıyla faydasız olduğu zaman etkisiz olarak kabul edilebilir¹⁵. Amerikan Kalp Birliğinin (American Heart Association: AHA) *etkisizlik* ile ilgili rehberinde; (Medical futility) *tıbbi etkisizlik*, hekimlerin resüsitasyonu tek taraflı olarak alıkoymaları veya durdurmalarını aşağıdaki koşullarda kabul etmektedir:

1. Uygun temel ve gelişmiş hayat desteği denemesine rağmen dolaşım ve solunumun fonksiyonlarının başarılı olarak geri dönüşümü sağlanamayan

¹³ Wachter RM, Luce JM, Hearst N, Lo B. Decisions about resuscitation: inequities among patients with different diseases but similar prognoses. *Ann Intern Med* 1989; 111: 525-32.

¹⁴Lo B, Jonsen AR. Clinical decisions to limit treatment. *Ann. Intern. Med.* 1980; 93:764-8.
Youngner S.J. Who defines futility ? *JAMA.* 1988; 260: 2094-5.

¹⁵Youngner S.J. Who defines futility ? *JAMA.* 1988; 260: 2094-5.

¹² Bedell SE, Delbanco TL. Choices about CPR in the hospital- when do physician talk with patients? *N Engl J Med* 1984; 310: 1089-93.

2. Hastanın vital (yaşamsal) bulgularının maksimum tedaviye rağmen kötüleşmesi,

3. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki KPR sonrası belirtilen koşullarda hiçbir hasta hayatta kalamamışlardır. Örneğin, metastatik kanser hastalarında KPR uygulamalarını konu alan büyük serileri olan çalışmalarda, hastaneden çıkıncaya kadar hayatta kalabilen hasta görülmemiştir¹⁶.

Bu kesin ve net koşullar altında resüsitasyonun uygulanmaması veya durdurulması uygun bir tıbbi karardır¹⁷.

KPR uygulamalarında *etkisizlik* kavramının Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association: AMA) ve Amerikan Kalp Birliği tarafından yapılan yorumları ve bu konuya etik açıdan bakışlarını göz önünde bulundurmanız uygun olacaktır.

AMA'nın 1991 yılındaki konsey raporunda: Bir hekim etkisiz ancak hastaya uygulanabilir olan bir tedaviyi veya tanısal işlemi istek olsa bile etik olarak yapmak zorunda değildir¹⁸. Burada temel alınması gereken unsur, yapılması beklenen müdahalenin *etkisiz* ve faydasız olmasıdır. Bununla birlikte etkisizlik değerlendirilmesi geniş ve çok farklı yorumlara açıktır. Son çalışmalar gösteriyor ki tüm DNR talimatlarının %88'i hekimlerin KPR uygulamanın hastalar açısından *etkisiz* olacağı değerlendirilmesine dayanılarak hazırlanmıştır¹⁹. Yine AMA'ya göre hekimler tarafından *etkisizlik* teriminin kullanılması spesifik bir sonuca ulaşmanın ihtimallerini ortaya koyarken farklı hekimler için çok farklı anlamlara gelebilir.

Etkisizlik kavramı sözlü olarak kesin, ayrı ve kolayca tanımlanabilen bir miktar ölçüsü değildir.

¹⁶ . Faber-Langendorf K. Resuscitation of patients with metastatic cancer: is a transient benefit still futile? Arch. Intern. Med. 1991; 151: 235-39

¹⁷ Tomlinson T, Brody H. Futility and the ethics of resuscitation. JAMA 1990; 264: 1276-80.

¹⁸ Lantos JD, Singer PA, Walker RM. The illusion of futility in clinical practice. Am J Med 1989; 87: 81-4.

¹⁹ Lo B, Saika F, Strull W, Thomas E, Showstack J. Do-not-resuscitate decisions: a prospective study of three teaching hospitals. Arch Intern Med 1985; 145: 1115-7.

Etkisizlik kavramı farklı hekimler tarafından kullanılırken belli bir sonucun farklı ihtimalleri gösterebileceği ortaya konmuştur. AMA'ya göre bazı hekimler herhangi bir tedaviye etkisiz diyebilmek için başarı oranının %0 olmasının; bunun yanında diğer hekimlere göre de başarı oranının en fazla %13 olmasının gerektiğidir. Diğer yandan *etkisizlik* AMA'ya göre bir hekimden diğerine tıbbi tedavi amaçlarının ve sonucun değerlendirilme kriterlerinin algılanması farklılık göstermektedir. Örneğin kardiyopulmoner arrest olan bir hastada yalnızca fizyolojik açıdan KPR'nin amacı kardiyak ve solunum fonksiyonlarının geri çevrilmesidir²⁰. KPR böyle bir senaryo ile ele alınırsa, hasta ilk müdahale ile yaşatılırsa başarılı kabul edilir.

Tersine, eğer resüsitasyon anlamlı olarak yaşamsal fonksiyonları geri çeviremez ise etkisiz kabul edilir.

Önceleri başarılı KPR uygulamalarının kriterleri arasında hastanın resüsitasyon sonrası ne kadar süre yaşadığı yer alıyordu (tipik olarak 1 ay ile 1 yıl kardiyak arrest sonrası). *Etkisizlik* kavramının bu kriterlere göre yorumlanması hastanın özerkliği prensibine aykırı olmakla birlikte, hastanın tedavi seçenekleri arasından kendi değerleri ve beklentilerine göre kararı kendisinin vermesi gerekir. *Etkisizlik* değerlendirmeleri yalnızca hastanın neyin faydalı neyin faydasız olduğuna, kendi kişisel değerleri ve önceliklerine göre karar vermesinden sonra yapılabilir. Bu yüzden hastalar tıbbi tedaviden beklenen faydalar ve amaçların hekimleriyle görüşmeleri için cesaretlendirilmelidirler. AMA'ya göre *etkisizlik* kavramı sadece hastanın özerkliğine ve değerlerine saygılı olması değil hekimlerin profesyonel değerlendirmesi ve rehberliğine de izin vermelidir. Bunun gibi farklı yorumlar etkisizlik kavramının DNR talimatı için önemli anlamlara gelebilir. Nadiren bir hastada hekim resüsitasyonun etkisiz olduğunu düşünüyorsa önceden hasta tarafından istenmesine rağmen KPR hekim tarafından uygulanmayabilir. Böyle durumlarda eğer yeterli zaman varsa hekimin DNR talimatının içeriği hak-

²⁰ Standarts and guidelines for CPR and ECC. JAMA 1986; 255:2905-84.

kinda hastayı veya vekilini bilgilendirmesi gerekmektedir. Aynı zamanda, uygulamadan önce DNR talimatı hastanın dosyasına kaydedilmelidir²¹.

Jecker ve Schneiderman bu konu ile ilgili yazılarında AHA'ya karşıt olarak *etkisizlik* kavramını tanımlamada *hasta-merkezli* bir yaklaşıma yer veriyorlar. Bu yaklaşımda basit olarak hastanın faydasına bir organ sistemi veya vücudun bir parçasının fizyolojik fonksiyonlarından daha fazla önem veriliyor. Bunu vurgulamak için *hasta-merkezli* yaklaşım kavramını kullanıyorlar. Basitçe bu yaklaşım hastanın faydasına olmayan tedavileri *etkisiz* olarak kabul ediyor. AHA ile kendi yaklaşımları arasındaki farkı iki örnekle açıklamışlardır.

Birinci KPR bitkisel (vegetative state) hayattaki bir genç hastada uygulanıyor. Ancak KPR serebral fonksiyonları geri çevirememektedir. AHA bu olguda resüsitasyonun uygulanmasını *etkisiz* olarak görmemektedir çünkü diğer tıbbi amaçları örneğin dolaşımın düzenlenmesi ve uzun dönem hayatta kalmayı sağlayabiliyor. İkinci olguda ise AHA resüsitasyon uygulamalarının başarı oranının giderek azaldığını reddediyor çünkü bu oran sıfır değildir.

Her iki durumda da AHA resüsitasyonu *etkisiz* olarak değerlendirmiyor çünkü tıbbi amaçlara ulaşmak için hala ihtimaller bulunduğunu savunmaktadır. Sonuç olarak Jecker ve Schneiderman kendi önerdikleri etkisizlik kavramının AHA'dan farklı olarak iki nokta göze çarpıyor. Birincisi, vücut üzerindeki fizyolojik etkileri reddettiklerini ve bunun yerine *hasta-merkezli* yaklaşımın hastanın tedavi sonucunda karşılaşıacağı fayda üzerine yoğunlaştığıdır. İkincisi ise, hasta-merkezli yaklaşım içerisinde, AHA rehberinden tıbbi etkisizliğin kantitatif ve kalitatif özelliklerini tanıması konusunda uzak kalıyor²². Tüm bu görüş ayrılıklarını ortadan kaldırmak için AMA 1991 yılında bir rehber hazırlamıştır.

²¹ Youngner SJ. Futility in context. JAMA. 1990; 264: 1295-6.

²² Jecker, N.S.- w. Seattle- Schneiderman L.J. An ethical analysis of the use of "futility" in the 1992 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiac Care (ECC) Arch Intern Med 1993; 153: 2195-8.

DNR talimatının uygun kullanımı için Amerikan Tıp birliği tarafından hazırlanan rehber:

Bu rehberin hazırlanmasındaki amaç hastalarına KPR yapılmasının uygun olmadığı olgularda hekimlere yardım amacıyla Etik ve Yasal Konular Konseyi (the Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association) tarafından, ilk kez 1973'de hazırlanan rehber 1991 yılında yenilenmiştir²³.

a. Resüsitasyon kardiyak veya solunum arestine girmiş hastalarda uygulanırken, KPR uygulanmasının etkisiz kabul edildiği veya hastanın istekleri ve değerleri ile örtüşmediği durumlarda uygulanmaz.

b. Hekimler uygun hastalarla kardiyopulmoner arest ihtimalini tartışmalıdır. Kardiyak veya solunum yetmezliği riski olan hastalar KPR tercihlerini detaylı olarak bildirmeleri için cesaretlendirilmelidirler. Bu tartışmalar, KPR içerisindeki tüm prosedürlerin tarif edilmesi ve eğer mümkünse bu konuşmalar poliklinik safhasında veya hastaneye yatıştan itibaren en erken dönemde ve en önemlisi hasta mental olarak karar verme yetisine sahip olduğu dönemde yapılmalıdır. Erken tartışmalar hastaların karar verme mekanizmasındaki aktif katılımına yardımcı olmaktadır. Ayrıca, periyodik görüşmeler zaman içinde değişebilen tedavi alternatifleriyle beraber hastanın tercihlerini de değiştirebilir.

c. Eğer hasta KPR kullanımı ile ilgili karar veremeyecek durumda ise daha önceden hasta tarafından belirtilen ya da hastanın tercihi bilinmiyorsa hastanın en çok değer verdiği konuları göz önünde bulundurarak bir vekil tayin edilir.

d. Hekimler etik açıdan hasta veya vekili tarafından belirtilen tercihlere uymak zorundadırlar.

Hekimler hayat kalitesi hakkında kendi değer yargularının hastanın veya vekilinin KPR kullanımı ile ilgili tercihlerini engellememelidir. Ancak hekime göre eğer KPR etkisiz olarak kabul ediliyorsa, DNR talimatının hastanın dosyasına yazılması gerekir. Eğer yeterli zaman varsa hekim hastayı

²³ Areen J. (Maine Medical Center) Cases and Materials on Family Law. Foundation Press.1985: 1038.

bilgilendirmelidir, hasta karar veremeyecek durumda ise hastanın vekiline DNR talimatının içeriği ve uygulanması temel nedenleriyle anlatılmalıdır. Ayrıca hekim uygun diğer alternatifler varsa bunları da tartışmalıdır. Hatta hastanın başka bir hekime transferide mümkün olabilmektedir.

e. Resüsitasyon eğer kardiyak veya solunum fonksiyonlarını geri döndüremiyorsa ya da bilgilendirilmiş hastanın beyan ettiği amaçlara ulaşamayacaksa *etkisiz* olarak değerlendirilir.

f. DNR talimatları uygulamasında olduğu gibi hastanın hekimi tarafından hastanın dosyasına yazılmalıdır.

g. DNR talimatları sadece kardiyopulmoner arrest durumlarında hayata döndürücü uygulamaları sınırlandırmayı öngörmekte olup hasta için uygun olan diğer tıbbi müdahaleleri etkilememelidir.

h. Hastane tıbbi personeli DNR talimatı ile ilgili tecrübelerini periyodik olarak tekrarlamalı, hastanenin DNR politikası uygun bir biçimde yenilenmelidir. Ayrıca hekimleri DNR karar verme işlemindeki rolüne uygun olarak eğitilmelidirler.

DNR uygulamaların hukuksal boyutu:

A.Amerika Birleşik Devletleri'ndeki uygulama : Bu bölümde asıl olarak Amerika Birleşik Devletlerindeki uygulamalardan aktarımlar yer alacaktır. Etik ve hukuk açısından KPR uygulamalarını iki döneme ayırabiliriz. 1973'de KPR uygulamalarını konu alan ilk ulusal konferanstan 1990 yılına kadarki dönemde birçok hekim KPR uygulanmasının sınırlandırılması veya geri çekilmesinin meslek hatası olduğu konusunda hemfikirlerdi.

1990'dan sonra başlayan ikinci dönemde ise Amerika Birleşik Devletleri Ana Yasa Mahkemesi tarafından hastaların kendi adlarına uygulanacak tedaviler için yine kendilerinin karar vermesi gerektiğini ortaya koyan (Patient self-determination act) kanun ile karşımıza çıkmaktadır. 1 Aralık 1991 tarihinden itibaren yürürlüğe giren bu kanun hastaların detaylı tercihlerini hekimleriyle tartışmalarını cesaretlendirme amacındadır²⁴. Bu kanun

başta hastaneler olmak üzere diğer tüm sağlık kurumlarında geçerli olup bu kurumların erişkin hastalara hasta haklarını (bu hakların içinde" tıbbi tedavileri reddetme ve detaylı tercihlerini formüle etme hakkı" olmak üzere) anlatmak amacıyla hazırlanmış prosedürleri ve hastane çalışanları için de yönetmelikler veya tüzükler hazırlama zorunluluğu getirilmiştir. Ayrıca sağlık kurumlarının hastalardan aldıkları detaylı tercihlerini içeren yazılı dokümanları kayıtlara geçirmelidirler.

ABD'de mahkemeler birkaç istisna dışında tedavinin sınırlandırılması veya kesilmesi hukuki açıdan kabul edilebilir²⁵.

Birçok hekim pratikte karar verme yetisini kaybetmiş hastalarda hastanın tedavisiyle ilgili kararlarda aile bireylerine yönelmektedir²⁶. Eğer hasta çocuk ise genelde mahkemeler anne ve babanın karar vermede yetkili olduklarını kabul etse de bazen anne ve babanın kararları mahkeme tarafından dikkate alınmayabilir²⁷. Eğer hasta erişkin ise ailenin karar verme yetkisi olduğunu destekleyen bir hukuki temel yoktur; ancak daha önceden hasta tarafından yazılı olarak belirtilmiş hukuki vekili olabilir²⁸. Kanunlarla tıpta gelenekleşmiş uygulamalar arasında bazı ayrılıklar vardır. Birincisi, hastanın akrabalarının rızasının alınarak tedavi protokollerinin uygulanmasını destekleyen genel bir kanun olmasa da böyle bir rızaya dayanarak tedavinin uygulanması yasa dışı olduğu anlamına gelmez. Aile bireylerinin rızasına dayanarak hekimin tedaviyi uygulaması hastanın kendisinin veya hukuki temsilcisinin kendi rızası olmadan yapılmasından dolayı mahkemeye gidebilir. İkincisi, aile bireylerinden rıza alınması bireysel sorumluluk

²⁵ Kapp MB, Lo B. Legal perceptions and medical decision making. Milbank Q. 1986; 64: 163-202.

²⁶ President's Commission : Making Health Care Decisions, US Government Printing Offices 1992: 56-7.

²⁷ Areen J. (Maine Medical Center) Cases and Materials on Family Law. Foundation Press, 1985: 1038.

²⁸ Eis v Chesnut ,96 NM 45,627 P2d, Consent of relative is legally sufficient only in a medical emergency or when disclosing the information to the patient would medically harmful. 1981:1244.

²⁴ Wolf SM, Boyle P, Callahan D. Sources of concern about the Patient self-determination Act N Engl J Med 1991: 325: 1666-71.

riskini azaltır çünkü genelde mahkemeler aile bireylerinin tedaviye rıza verdikten sonraki şikayetlerini yasaklamıştır²⁹. Ek olarak acil durumlarda, hukuki işlemler devam ettiği süreçte, hekimlerin rıza olmadan tedaviyi uygulamalarına izin vermektedir. Buna aydınlatılmış onam doktrininin acil durumlarda istisnai olarak göz ardı edilmesi denilmektedir³⁰. Karar verme yetisini kaybetmiş erişkin hastalarda tedavileri ile ilgili kararları vermesi için aile bireylerinden bazıları bu görevi üstlenmeleri birçok eyalette geçerlidir ve bu eyaletlerin sayıları giderek artmaktadır³¹. Eğer konu tedaviyi alkoyma veya geri çekme (acil durumlar istisna olarak kabul edilir) eylemlerinin gerçekleştirilmemesi ise ve hasta ölürse, kanun tarafından görevlendirilmemiş aile bireylerinden alınan rıza savcılarının tedaviyi uygulamayan hekimleri mahkemeye vermesini engellemez. Rapor edilmiş tek dava da geri dönüşümü olmayacağı kesin bir hastadan yaşam desteğinin kesilmesi nedeniyle hekimleri için California mahkemelerinden birinde görülen davada, mahkeme hekimlerin bu hareketinin bir suç olmadığı ve davanın sona ermesi kararına varmıştır³².

Tedavinin sınırlandırılması veya geri çekilmesi hakkında ABD kanunları eyaletten eyalete bazı farklılıklar göstermektedir. Connecticut özellikle verilen besin ve sıvı tedavisinin kesilmesini yasaklamıştır. Florida, Iowa ve Utah eyaletlerinde verilen gıdaların kesilmesi yasaklanmıştır³³.

B. Türkiye'deki uygulama:

Türk hukukunda resüsitasyon uygulamasının sınırlandırılması veya geri çekilmesi ile ilgili bir bölüm olmamasına karşın tedaviyi reddetme hak-

kının mevcut olup olmadığı veya ne ölçü de varolduğu ve bu hak varsa kimler tarafından kullanılabilceği sorularının ele alındığı ötanazi konusunda yer almaktadır. Hekimin ümitsiz hastalara karşı olan görevinin sınırları ve niteliği nelerdir? Hekim ölmek isteyen hastasının arzularına uymalı mıdır? Elbette ki, kişinin kendi akıbetini kendisinin belirleme hakkı vardır. Bu hak karşısında yaşamı sürdürücü araçların kullanılması hastanın bu hakkının bertaraf edilmesini haklı kılar mı? Bu sorular batıda Hukuk ve Etik ilkelere göre çözülmeye çalışılmaktadır.

İlk ilke özerklik (otonomi)dir; anlamı kişinin, ilke olarak kendi değer ve önceliklerine göre vücuduna veya sağlığına yapılacak müdahaleleri belirleme hakkına sahip olması demektir. Bu ilkeye göre tıbbi müdahalenin ön şartı hastanın bilinçli rızasıdır; hasta yaşamını sürdürücü tedaviyi reddetmek hakkına sahiptir. Kişi haysiyetini koruyarak ölebilir; hekim de hastanın bu kararına saygı göstermekle yükümlüdür³⁴.

Ötanazi bahsi içerisinde aktif ötanazi; hayatı kısaltacak veya hayata son verecek maddelerin hastanın acı ve ızdıraplarını tümünden gidermek üzere, bilerek kullanılmasıdır. Pasif ötanazi ise; İnsan yaşamının devam edebilmesi için zorunlu bir kısım tedavinin durdurulması, geri çekilmesidir. Kişi aktif olarak öldürülmüyor ve adeta ölüme terk ediliyor. Bu hastanın özerkliği ile meşrulaştırılmaya çalışılmaktadır. Ancak hastanın kimsenin etkisi altında bulunmadığı taktirde isteğine uyulması öne sürülmektedir³⁵.

Genel kanaat; aklen sağlıklı, bilincine sahip hasta herhangi bir tedaviyi reddedebileceği gibi, yaşamı sürdürücü tedaviyi de kabul etmeyebilir. Eğer hasta karar verme yetisine sahip değilse, bu hallerde rıza, hukuken ehliyetsiz hasta adına hukuken ehliyetli yetkili kılınmış kişiden alınmalıdır. Hasta ehliyetsiz hale düşmeden bu hususta bir vekil tayin etmişse rıza o kişiden alınır³⁶.

²⁹ Louisell D. Euthanasia and biathanasia: on dying and killing. Cath Univ Law Rev 1973; 22: 723-7.

³⁰ Areen J. JD (from Law Center on the Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Georgetown University, Washington, DC.) The legal states of consent obtained from families of adult patients to withhold or withdraw treatment. JAMA 1987; 229-35.

³¹ Ark Stat Ann. 82:363.

³² Barber v Superior Court, 1983: 147 Col App 3d 1006, 195 Col Rpt 484.

³³ Conn Gen Stat Ann 19a-571.

³⁴ Dönmezer, S. Kişilere ve Mala Karşı Cürümler. Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş. 14. baskı, İstanbul Ocak 1995 : 29.

³⁵ Dönmezer, S. Kişilere ve Mala Karşı Cürümler. Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş. 14. baskı, İstanbul Ocak 1995 : 29.

³⁶ Dönmezer, S. Kişilere ve Mala Karşı Cürümler. Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş. 14. baskı, İstanbul Ocak 1995 : 31.

Sonuç olarak DNR'nin tam karşılığı Türk hukukunda yer almasa da ötanazi bahsinde geçen ve özellikle pasif ötanazi konusunda hastanın tedaviyi reddetme ve yaşam sürdürücü tedaviyi kabul etmeme hakkı olarak kullanılan tanımlamalar DNR uygulamasının bu kapsama gireceği ve muhtemel cezai uygulamalarında bu doğrultuda olacağı düşüncesinde birleştiriyor.

Türk Hukukunda durum: Türk Ceza Kanununda bu konuda özel bir hüküm yoktur. Aktif ötanazi hallerinde failin Ceza Kanununun kasden adam öldürmeye ilişkin maddelerine göre cezalandırılması gerekir³⁷. Yukarıda da bahsedildiği gibi DNR talimatını uygulayan bir hekim pasif ötanazi yapan bir hekim ile aynı guruba girecektir ve hukuki sorumlulukları da benzer olacaktır.

Sonuç

Kardiyopulmoner resüsitasyonun dünyanın her yerinde çok yaygın olarak uygulanıldığı söylenmektedir. Hastane dışında ve hastanede yatan hastalarda uygulanırken artık sadece hastanın kalbinin, dolaşım ve solunum fonksiyonlarının durması tek endikasyon olmaktan çıktığı çoğunlukla kabul görmektedir. Bu uygulamanın hangi şartlarda uygulanabilir hangi şartlarda uygulanmaması gerektiği soruları daha sık olarak sorulmaya başlanmıştır. Bu konuda en önemli sorumlulukları hekimler, hastalar, hasta yakınları (akraba, arkadaş vs.), hasta vekilleri ve hukukçular üstlenmiştir. Bu karar önemli olduğu kadar da zor ve ağır sorumluluklar da getirir; çünkü hekimler için sadece hukuki sorumluluğun yanında etik ve manevi değerler açısından oldukça yıpratıcı olabilmektedir. Bütün bu zorlukları en aza indirmek için verilecek kararda en başta hastanın kendisinin, karar verme yetisine sahip değilse vekilinin veya vekili yoksa hekimin diğer meslektaşlarına danışabileceği Hastane Etik Komiteleri yer almalıdırlar. Tüm bunlar gerçekleştirilirken hastanın özerkliği, değerleri ve kişisel öncelikleri göz önünde bulundurulmalıdır.

³⁷ Dönmezer S. Kişilere ve Mala Karşı Cürümler. Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş. 14.baskı, İstanbul Ocak 1995 : 33

KPR uygulamak veya uygulamamak, hastanın hayata dönmesi ile yaşamının sona ermesi arasında yapılması gereken bir tercih söz konusu olduğundan birçok etik ve hukuki ikilemlere yol açmaktadır. Bu tartışmaların aşılması için AMA, AHA gibi tıp birliklerinin hazırlamış olduğu rehberler bulunmakta, DNR talimatlarını hazırlarken hekimler bu rehberlerden faydalanılmaktadırlar. Ancak tek başına bu rehberler sorunların çözümü olmadıkları için bunlar yasal düzenlemelerle desteklenmelidir. Türkiye dışında özellikle ABD'de yasal düzenlemelerle sağlık kurumları, hekimler, aileler ve diğer ilgili kişiler DNR uygulamaları hakkında daha kolay, belirsizlikten uzak ve bilinçli hareket edebilmektedirler. Türkiye'de ise hukukumuzda henüz kapsamlı olarak bir yeri olmayan bir konu olmakla birlikte ancak ötanazi konusunda kapsadıkları benzer özellikleri ile değerlendirilmektedir. Türkiye'deki uygulamaya baktığımızda da belirli bir yönetmeliğin olmadığını, hastanelerde çeşitli ana bilim dallarına (anesteziyoloji, cerrahi, nöroloji, kardiyoloji, dahiliye vs.) danışılarak bu soruna çözüm aranmaktadır. DNR talimatlarının hazırlanmasında hastaların bu karara aktif katılımının sağlanması gerekir. Bu önemli konunun hekimler ve hukukçular tarafından çok yönlü ele alınması ve toplumumuzun kendi değerleri göz önüne alınarak gereken yasal düzenlemeler ve etik ilkeler ortaya konmalıdır. Bu düzenlemelerde hastanelerimizdeki uygulamalara yol göstermelidir.

KAYNAKLAR

1. Areen J. (Maine Medical Center) Cases and Materials on Family Law. Foundation Press.1985:1038.
2. Areen J. JD (from Law Centeron the Department of Community and Family Medicine,School of Medicine, GeorgetownUniversity,Washington,DC.) The legal states of consent obtained from families of adult patients to withhold or withdraw treatment. JAMA.1987: 229-35.
3. Ark Stat Ann 82:363.
4. Barber v Superior Court, 1983: 147 Col App 3d 1006,195Col Rptr 484.
5. Bedell SE, Delbanco TL. Choices about CPR in the hospital- when do physician talk with patients? N. Engl. J. Med. 1984: 310: 1089-93.
6. Bedll SE, Pelle D, Maler PL, Cleary PD. Do-Not-Resuscitate orders for critically ill patients in hospital: how they used and what is their impact? JAMA. 1986256:233-7.
7. Conn Gen Stat Ann 19a-571.

8. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Guidelines for appropriate use of Do-Not-Resuscitate orders. JAMA. 1991;265:1868-71.
9. Debard ML. Cardiopulmonary Resuscitation analysis of six years' experience and review of literature. Ann Emerg Med 1981;147: 37-8.
10. Dönmezer, S. Kişilere ve Mala Karşı Cürümler. Beta BasımYayımlar Dağıtım A.Ş. 14.baskı, İstanbul Ocak 1995 : 28-35.
11. Eis v Chesnut, 96 NM 45,627 P2d, Consent of relative is legally sufficient only in a medical emergency or when disclosing the information to the patient would medically harmful. 1981:1244.
12. Ethical Considerations in Resuscitation. JAMA. 1992: 265: 2282-8.
13. Faber-Langendorf K. Resuscitation of patients with metastatic cancer: is a transient benefit still futile? Arch. Intern. Med. 1991: 151: 235-9.
14. Jecker NS.- w. Seattle- Schneiderman LJ. An ethical analysis of the use of "futility" in the 1992 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiac Care (ECC) Arch Intern Med 1993: 153: 2195-8.
15. Kapp MB, Lo B. Legal perceptions and medical decision making. Milbank Q. 1986: 64: 163-202.
16. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed-chest cardiac massage. JAMA. 1960: 173. 94-7.
17. Lantos JD, Singer PA, Walker RM. The illusion of futility in clinical practice. Am J Med 1989: 87: 81-4.
18. Lo B, Jonsen AR. Clinical decisions to limit treatment. Ann Intern Med 1980: 93:764-8.
19. Lo B, Saika F, Strull W, Thomas E, Showstack J. Do-not-resuscitate decisions: a prospective study of three teaching hospitals. Arch Intern Med 1985: 145: 1115-7.
20. Louisell D. Euthanasia and biathanasia: on dying and killing. Cath Univ Law Rev 1973: 22: 723-7.
21. Murphy DJ. Do-not-resuscitate orders: Time for reappraisal in long-term-care institutions. JAMA 1988: 260: 2098-101.
22. President's Commission. Making Health Care Decisions, US Government Printing Offices. 1992: 56-7.
23. Schneiderman DC. The decision to forgo CPR in the elderly patient. JAMA 1988: 260: 2096-7.
24. Standarts and guidelines for CPR and ECC. JAMA 1986: 255:2905-84.
25. Tomlinson T, Brody H. Futility and the ethics of resuscitation. JAMA 1990: 264: 1276-80.
26. Wachter RM, Luce JM, Hearst N, Lo B. Decisions about resuscitation: inequities among patients with different diseases but similar prognoses. Ann Intern Med 1989: 111: 525-32.
27. Weir RF, Gostin L. Decisions to abate life-sustaining treatment for non-autonomous patients; ethical standards and liability for physicians. JAMA 1990: 264: 1846-53.
28. Wolf SM, Boyle P, Callahan D. Sources of concern about the Patient self-determination. Act N Engl J Med 1991: 325: 1666-71.
29. Youngner SJ. Futility in context. JAMA 1990: 264: 1295-6.
30. Youngner SJ. Who defines futility? JAMA 1988: 260: 2094-5.

Geliş Tarihi: 04.02.2002

Yazışma Adresi: Dr.Engin BAŞTÜRK
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Deontoloji AD,
Tıbbiye Cad. No:49 81326
Koşuyolu / İSTANBUL
eab67@hotmail.com

¶Bu çalışma M.Ü. Tıp Fakültesi Deontoloji Anabilim Dalında seçmeli staj döneminde hazırlanan sunumun genişletilmiş örneğidir.