

Teşhisin Hastadan Farklı Bir Kişiye Bildirilmesi ve Hekim Sorumluluğu: Nitel Araştırma

Informing a Person Except the Patient About Diagnosis and Physician Responsibility: Qualitative Research

^{ID} Sevim YAĞIZ^a, ^{ID} Abdullah YAĞIZ^b

^aİstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik ABD, İstanbul, TÜRKİYE

^bİstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi ABD, İstanbul, TÜRKİYE

ÖZET Bilgilendirme, hastanın özerkliğine saygının gereği olarak tüm tıbbi süreçlere yerleşmiştir. Bu bağlamda tanı bilgilendirmesi, hastanın gelecekteki süreçler hakkında öngörüle bulunmasına, gerekli tedaviyi öğrenmesine olanak sağlar. İyileşme yolunda en uygun stratejiyi seçmesinde aydınlatıcı olur. Bir anlamda tedavi almayı mümkün kılar. Bu çalışmada, gerçek bir olaydan yola çıkarak teşhisin bildirilmesinde karşılaşılabilecek bir yanlışlık ele alınmaktadır. Bebek sahibi, oral skuamöz hücreli karsinom tanısı konulan kadın hastaya teşhis hakkında bilgilendirme yapılmaması vakası anonimleştirilerek sunulmaktadır. Vaka aracılığıyla teşhisi bildirmeme ve hastadan farklı kişiye bildirme tutumunun etik niteliği, Beauchamp ve Childress'in "Biyomedikal Etik Prensipleri" yaklaşımı ile normatif açıdan araştırılacaktır. Araştırmada yaklaşımın; hasta özerkliğine saygı, yararlı olma, zarar vermeme ve adalete uygun davranma ilkeleri analizde baz alınmıştır. Hekim tutumunun, temel etik ilkelerle çelişkinin netlikle görülebilmesi için konu; hekim sorumluluğu, bilgi asimetrisi, anlama yeterliği, savunmasızlık kavramlarıyla kapsamlandırılarak tartışılmıştır. Klinik koşullarda gerçekleşmesi mümkün olabilecek bir yanlışlığın oluşmaması için öneriler sunulmuştur.

ABSTRACT Informing is settled in all medical processes as a requirement of respect for patient autonomy. Patient information is accepted as a requirement for respect of his autonomy. Thus, the information about diagnosis enables the patient to predict the future processes and to understand the necessary treatment. It is enlightening in choosing the most appropriate strategy for recovery. In a sense, it makes it possible to accept the treatment. In this study, based on a real event, a mistake that might be encountered in reporting the diagnosis is discussed. The case of a female patient diagnosed with oral squamous cell carcinoma, who has a baby and not being informed about the diagnosis is presented anonymously. The moral status of the attitude of not informing a patient about the diagnosis and reporting it to different person have been normatively investigated with Beauchamp and Childress's "Principles of Biomedical Ethics approach". The four principles of the method; respect for patient autonomy, being useful, not harming and protecting justice were used in the analysis. In order to clearly see the contradiction between the physician's attitude and principles of bioethics; the subject was discussed by including the physician responsibility, information asymmetry, comprehension competence, and the concept of vulnerability. At the end, suggestions were presented to prevent this possible error in clinical conditions.

Anahtar Kelimeler: Hasta özerkliğine saygı; tanının bildirilmesi; hekim sorumluluğu; bilgi asimetrisi; savunmasızlık

Keywords: Respect for patient autonomy; diagnostic informing; physician responsibility; information asymmetry; vulnerability

Bilgilendirme, hasta özerkliğine saygının gereği olarak tüm tıbbi süreçler için gereklidir. Hastaya tanının bildirilmesi; tedavinin önemi hakkında fikir sahibi olmasına, gerekli tedavi alternatiflerini öğrenbilmesine, tedavi stratejisini belirlemesine kapı

açacaktır. Hastalıkla ilgili gelecekteki süreçler ve hayatına etkisi hakkında öngörü yapabilmesini mümkün kılacaktır. Bu açıdan tanının bildirilmesi, gerçekte tedavi ya da iyileştirmeyi mümkün kılmaya hasta yararının sağlanması ve hastalığın oluştu-

Correspondence: Sevim YAĞIZ
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik ABD, İstanbul, TÜRKİYE/TURKEY
E-mail: yagiz.sevim@gmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History.

Received: 30 Jan 2021

Received in revised form: 18 Apr 2021

Accepted: 19 Apr 2021

Available online: 26 Apr 2021

2146-8982 / Copyright © 2021 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

racağı zararın önlenmesinde önemlidir. Ancak klinik koşullarda baz aldığımız vakadaki gibi kimi yanıltıcı durumlar yaşanabilmektedir. Benzer koşullara yönelik farkındalık oluşturarak, yaşanabilecek olumsuzlukların önlenmesi amacıyla vaka seçilmiştir.

Araştırmanın amacı; ele alınan vaka bağlamında tanının hastaya bildirilmeyip, hastadan farklı bir kişiye bildirilmesi fiilinin moral niteliğini tanımlamaktır. Bunun yanı sıra tıp etiği, hekimin ödev ve sorumluluğu açılarından teşhisin bildirilmesine dair uygun tutumların belirginleşmesi, bildirim esnasında karşılaşılabilecek bazı sorunların tanımlanması, çözümlerin önerilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmada örnek olay baz alınarak yeterli hastaya teşhisin bildirilmeyip, eşine yapılması fiilinin nitel yaklaşımı etik karakteri araştırılmıştır. Ancak amaçlanan hedefler arasında, bu tutumun yaygınlığı ya da sebeplerini araştırma yer almamıştır. Nitel araştırmada, Beauchamp ve Childress'in 4 ilkel "Biyomedikal Etik Prensipleri" yaklaşımı yöntem olarak kullanılmıştır.¹ Örnek olay yaklaşımı ise özellikle sosyal bilimlerde pratik ortamların ayrıntılarına ve insanın bağlam içinde nasıl davrandığına dair başarılı resimler almayı mümkün kılan bir yaklaşımdır.² Çalışmada baz alınan örnek, olayda veri kaynağı mağdur hastayla kısa bir röportajın da yer aldığı gazete haberidir. Kişi mahremiyetine saygı sebebiyle incelenen örnek olayda bazı ayrıntılar belirsizleştirilerek anonimleştirme tercih edilmiştir.

Biyomedikal Etik Prensipleri yaklaşımı; etik analiz için hekimlere, sağlık çalışanlarına, sağlık işletmelerine yararlı bir çerçeve sunmaktadır ve yaygın kabul gören bir yaklaşımdır. Yöntem, kaynağını ortak moral değerlerden ve tıp geleneği içindeki profesyonel normlardan alan 4 ilke; özerkliğe saygı, zarar vermeme, yarar sağlama, adalet prensipleri ile genel ve pratik rehberlik yapma amacıyla geliştirilmiştir.

Etik değerlendirmelerde; Kantianizm, Utilitarizm, Erdem Etiği ve Adalet Kuramcılığına sıklıkla başvurulmaktadır. İnsanlığın birikimi olan bu kuramlar, tıp etiği alanında farklı açılardan aydınlatıcı ve katkı sağlayıcıdır. Beauchamp ve Childress, etik alanda öne çıkan normatif kuram savunucularının değerlen-

dirme ve gerekçelendirmelerindeki farklılıklarına rağmen, primer yükümlülüklerimiz hakkında yapacakları listeler arasında küçük ayrıntılar olacağına dikkat çekerler. Bu sebeple temel moral prensipler söz konusu olduğunda genel geçer, yaygın, ortak normlarda buluşmanın söz konusu olduğuna vurgu yaparlar.

Etik kuramlarda gerekçelendirme ve akıl yürütme modellerine baktığımızda, genel normların tikel vakalara uygulandığı, tündengelim ve uygulama odaklı tümevarım metotlarını görmekteyiz. Dört ilke metodunu şekillendiren 2 düşünür ise tümevarım ya da tündengelim metodunu tercih etmeyip, John Rawls'ın "irdeleyerek varılan denge (reflective equilibrium)" stratejisini temel alan bir yaklaşımı savunmaktadırlar. Bu stratejide değerlendirmeye, başka argümanlarla desteklenmesine gerek olmayan etik öncüllerle başlanır. Rawls, başlangıç olarak baz alacağımız en az çarpıklık ihtiva ettiğine inandığımız normatif öncülleri "kabul edilmiş, muteber yargılar" olarak anmıştır. Beauchamp ve Childress ise temel yargılarını genel geçer moral değerlerden aldıklarını ifade etmektedir. Bu çerçevede temel normları yansıtan, makul bir başlangıç noktası olarak 4 ana ilkeyi öne çıkarmışlardır. Bununla birlikte, biyomedikal alanları ilgilendiren etik prensiplerin bunlarla sınırlı olmadığı ve etik prensiplerin özünü de bu ilkelerin oluşturduğu iddiasında olmadıklarını da ifade etmişlerdir.¹ Bu tanımlama yaklaşımı yeterli gerekçe varlığında esnek bir metot kılmaktadır.

Çalışmamızda 4 ilke yöntemi analiz için vakaya uygulanırken, ilkelerin ana başlıklarla vurgulanması veya tartışmanın ilkeler baz alınarak tasniflenmesi tercih edilmedi. Etkin bir inceleme için vaka ile ilgili çeşitli ayrıntılar alt başlıklar açılarak irdelendi ve biyoetik ilkelerin gerçekleşmesi sorgulandı.

BULGULAR

Kırk yaşındaki kadın hasta, sol yanağında uyuşukluk şikâyetiyle X şehrinde Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesine başvurmuştur. Hasta, en küçüğü 2 aylık olan 3 çocuk sahibi ev hanımıdır. Diş hekimi yaptığı muayenede sol infraorbital sinirde parestezi tespit etmiştir. Oksipitomenal radyografide ise sol maksiller sinüste doğal olmayan boyutlarda radyolüens alan görülmüştür. Yumuşak doku ve çevre kemikte dü-

zensiz, sınırlı, yıkıma yol açan bir lezyon ayırt edilmektedir. İnsizyonel biyopsinin ardından yapılan histopatolojik inceleme oral skuamöz hücreli karsinomu (OSCC) bildirmektedir. Hastalığa ait tanı konulmuş ve sürece ait veriler; hastanın anamnezi, radyografik görüntüleri, histopatoloji sonucu, hastalığın tanısı ve tanı kodu (ICD-O CODE:8070/3) hastanenin kullandığı dijital arşiv sistemine yüklenmiştir. Ancak tüm bu süreçler boyunca hastanın bebeği de yanındadır. Hastanın muayene ya da röntgene girdiği anlarda hastanın eşi odanın dışında bebeğe bakmaktadır. Tanı bildirilirken ise hasta değil, hastanın kocası dış hekimiyle muhatap olur. Hasta odanın dışındadır. Bebeği ile ilgilenmektedir. Dış hekim ise tanıyı sadece hastanın eşine bildirir. Hastalığın ciddiyeti, prognozu hakkında bilgi verir. Onkolog, cerrah ve protez uzmanı gibi bir dizi uzmanın dâhil olduğu, ciddiyetle yürütülmesi gereken kapsamlı bir tedavi sürecine derhâl başlanması gerektiğine vurgu yaparak, OSCC tedavisinde uzmanlaşmış tabipler ve tedavinin yürütülebileceği bölümler hakkında bilgi vererek ilgili bölüme yönlendirir. Ancak sonrasında hastanın kocası, hastaya tanı, prognoz ve tedavinin önemi hakkında bilgi vermemiştir. Yakın bir zamanda hasta ve kocası boşanırlar. Tanıdan yaklaşık 2 yıl sonra ise hastanın şikâyetleri artmıştır. Hasta; ağrı, disfaji, kilo kaybı ve servikal lenfadenopatiler sebebiyle yeniden bir sağlık kurumuna başvurur. Muayene sırasında hastaya zaten daha önce konulmuş olan tanı bildirilir. Fakat aradan geçen sürede hastalık oldukça ilerlemiştir. Pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi sonucunda lenf tutulumları görülmektedir. Hastanın tıbbi durumu, kulak-burun-boğaz, onkoloji ortak toplantısında değerlendirilerek tedavi protokolüne karar verilir ve tedavi sürecine başlanır. Hasta geleceğe karamsar bakmaktadır. Eski eşine ve ilk teşhisi yapıp kendisine değil, eşine bilgilendirme yapan dış tabibi hakkında yasal süreçlere başvurmuştur.

TARTIŞMA

HASTANIN ÖZERKLİĞİNE SAYGI BAĞLAMINDA TANI BİLGİLENDİRMESİ

Etik literatürde öznelerin özerkliğine saygı duymak; kişilerin görüş sahibi olma hakkına, bu görüşler doğ-

rultusunda seçim yapma hakkına, kendi değer ve değerlendirmeleri doğrultusunda eylemde bulunma ve kendini belirleme hakkına, özerk kararlar verme hakkına sahip değerli varlıklar olduğunu kabul etmektir. Bu kabul bazı sorumlulukları da tıbbi pratiğe taşımaktadır. Özerkliğe saygı, kişinin kendi vücudunda olan biteni bilme hakkına saygı duymayı beraberinde getirir. Sağlık platformlarında bilgilendirilmiş onam, kişi özerkliğine saygı göstermenin gereğidir. Günümüzde tıbbi fiil ve araştırmalara zemin olan kodlar ve sağlık kurumları etik kurallarının hemen tümünde, sağlık personelinin her türlü işlemde önce bilgilendirilmiş onam alma gerekliliği ifade edilmektedir.³ Aydınlatılmış onam, önceleri deneklerde oluşabilecek zararı en aza indirme amacıyla medikal alanda yer almış, 1970'li yıllardan itibaren kişilerin özerk seçimler yapabilme hakkıyla gerekçelendirilerek tıbbi uygulamalara girmiştir. Bilgilendirme, tıbbi süreçlerin her aşaması için gerekli ve değerlidir. Tanının açıklanması, hastanın gelişen süreçler hakkında öngörü yapmasına imkân verecek, tedavisiyle ilgili strateji belirlemede ışık tutacaktır. Hastaya doğru bilgi verme, mahremiyetine saygılı olma, ona ait bilgileri ifşa etmeme, işlemlerde onay alma, önemli karar almada yardım talep ettiğinde yardımcı olma gibi ayrıntılar da özerklik prensibine dayandırılabilir.¹

OSCC; ağız bölgesinin epitelyal dokusunun çeşitli derecelerde farklılaşma gösterebilen invaziv neoplazmasıdır. Bu bölgedeki malign tümörlerin %90'dan fazlasını oluşturur. Olguların çoğunluğunda (%70) alt oral bölgede (dilin laterali, ağız tabanı vb. lokasyonda) görülür. Ancak bu olguda lezyon, maksiller sinüste geliştiğinden alışıldık olgular gibi göz önünde seyretmemiştir.⁴ Hasta, hekimin bilgilendirme yapmaması sebebiyle tedaviden mahrum kalmış, hastalığı ilerleyerek zarar görmüştür. Hekim tanı bildiriminde hastalığın karakteri, tedavisi, tedavinin gerekliliği ve tedavi alternatifleri için de bilgilendirme yapmalı, hastanın tedavi alabileceği bölümlere ulaşmasında yol gösterici olmalıdır. Vakada hekim, bu boyutlarıyla birlikte teşhisi hasta eşine bildirmiş ancak hastaya bildirmemiştir. Sağlığını koruyabilmek için bilgiye ihtiyacı olan özneye bilgiyi ulaştırmamış, özerkliğine saygı göstermemiştir.

HASTA MAHREMİYETİNE SAYGI BOYUTUYLA TANI BİLGİLENDİRMESİ

Kişi özerkliğine saygı göstermenin gereklerinden biri de kişi mahremiyetine, kişiye ait tıbbi bilgilerin gizliliği ve korunması hakkına saygı göstermektir. Tıp hukuku literatüründe kişilerin tıbbi bilgileri, kayıtları kişiye özel ve çok hassas bilgiler olarak kabul edilmektedir.⁵⁻⁷ 6698 sayılı *Kişisel Verileri Koruma Kanunu*, 6. Madde 1. Fıkrası'nda kişilere ait sağlık bilgisini hassas kişisel veri olarak nitelendirmektedir.⁸ Sağlık işletmeleri ve çalışanlarının bu bilgileri koruma yükümlülüğü vardır.

Hastaya ait tıbbi bilgiler; hasta ailesi, yakınları ve arkadaşlarından da korunmalıdır. Sağlık çalışanının, hastanın yakınlarıyla ya da sosyal çevresiyle olan çıkar çatışmalarını, bilginin paylaşımı sebebiyle maddi manevi zarar görüp görmeyeceğini bilmesi mümkün değildir. Bu paylaşımın hasta hayatı üzerindeki etkisi öngörülemezdir. Örneğin Carlson tarafından yürütülen bir araştırmada, beyin tümörü teşhisi alan kadınların evliliğindeki boşanma sayısının, aynı teşhisi almış erkek hastaların boşanma sayısından 10 kat fazla olduğunu göstermiştir.⁹

Yaşanan vakada hekim, hasta eşinin hastalık tanısını, önemini hastaya iletmeyeceğini öngöremiştir. Bu açıdan yakınlarla ilişkinin hekim tarafından öngörülemezliğini açıkça göstermektedir. Vakada 2 hata gerçekleşmiştir; hastanın bilgilendirilmemesi ve açık beyanı olmadığı hâlde hastalığına dair bilginin eşine verilmesi. Sağlık bilgisi, sağlık statüsü kişinin mahremiyetidir. Günümüzde ülkelerin hasta hakları düzenlemelerinde temel alınan Lizbon, Bali, Amsterdam Bildirgeleri hasta bilgilerinin mahremiyeti ve gizliliği hakkına vurgu yapmaktadır. Hasta haklarının belirleyici metinlerinden Lizbon Bildirgesi'nin son hâlinin verildiği 2015 tarihli metnin 8. Maddesi'nde hastanın sağlığıyla ilgili tüm tıbbi veriler ve kişisel bilgilerinin ölümünden sonra bile gizli tutulması gerektiği ve yakınlarının sadece kendi sağlıklarıyla ilgili risk oluşması hâlinde bilgi alabileceği vurgulanmıştır.¹⁰

Bazı yorumcular, insanın sosyal ilişkilerinin önemine vurgu yaparak otonominin çoğu vakada ütopik olabileceği değerlendirmesini yapmaktadırlar. Bu sebeple tıbbi kararların oluşturulmasında hasta aile-

sinin, yakınlarının veya sosyal çevresinin de katılımının olduğu ilişkiyel otonomi modelini önermektedirler.¹¹⁻¹⁵ Yaklaşım, kimi kompleks tıbbi durumlarda ve daha çok palyatif bakım hastalarında hasta, hasta yakınları, tıbbi ekibin hangi tıbbi kararın hasta için daha yararlı olacağı tartışmasını içerir. Hasta yararının daha net görünür olduğu kolektif tıbbi karar belirlenmesinde katkı sağlayıcıdır. Hasta açısından yararı artırdığından kabul edilebilir bir metottur. Mümkün sonucu kaygılanan hasta yakınları açısından kalben kabullenilebilir kıldığından anlaşmazlıkları da azaltmaktadır. Ancak ilişkiyel özerklik yaklaşımı, kabul edilemez tıbbi kabul ve uygulamalara kapı açma potansiyeline de sahiptir. Örneğin etik ve tıbbi deontolojik sorumluluklarımızla savunulmayacak olan Belçika ve Hollanda'nın pediatrik aktif ötenaziye izin veren düzenlemelerinin meşruiyetini savunmada kimi düşünürler bu yaklaşımı öne çıkarmıştır.¹⁶ İlişkiyel özerklik yaklaşımının ayrımcı, egaliteryan olmayan kötü bir örneğini de Oshana'nın makalesinde görmekteyiz: Yazarın ilişkiyel otonomiyi açıklamaya çalışırken verdiği örnek tedirgin edicidir. Yazara göre; "Bazı kimseler örneğin bir Taliban Afgan kadın otomatik olarak otonomisini, irade beyanı hakkını başkalarına devretmiştir. Ona tıbbi bilgilendirme yapmak, onam almaya çalışmak anlamsızdır. Bu tür sosyal koşulda ilişkiyel otonomi göz önünde bulundurulmalıdır".¹⁷ Bu ifade, gerçekte ilişkiyel otonomi yaklaşımının yanlış uygulamalara kapı açabileceğini örneklendirmektedir. Oysa ilişkiyel otonomi yaklaşımı, yeterli hastada kesinlikle hastanın dışlanması şeklinde uygulanmamakta ve anlaşılmamaktadır.

Ciddi durumlarda tanı bilgilendirmesinin hasta açısından kaygı verici boyutu vardır. Hasta mahremiyetinin sağlanabildiği sakin bir ortamda empatiyle gerçekleştirilmelidir.^{18,19}

HEKİM HASTA İLİŞKİSİNDE BİLGİ ASİMETRİSİ

Bilgiye sahip olma açısından hasta-hekim ilişkisinde 2 boyutlu asimetri vardır. Hekim açısından hastayı tanımaması sebebiyle asimetri oluşmaktadır. Geçirdiği hastalıkları, kullandığı ilaçları, hastalığın vücudunda oluşturduğu semptomları, şikâyetleri, güçlükleri, hayatı anlamlandırması, hayattan beklentileri, kendisi için yararlı olanın ne olduğu hasta tarafından bilinir.

Hekim açısından başarılı tanı ve tedavi planlamasında gerekli tıbbi bilginin bir kısmına anamnezle ulaşılmaktadır. Diğer bir kısmı da hasta hakkında sağlık bilgi sistemlerinde yer almış tıbbi kayıtlardır. Doğru detaylandırılmış tıbbi kayıt, iyi medikal pratiğin bileşenlerindedir.²⁰

Yaygınlaşmakta olan mobil teknolojiler ve veri tabanlı bilgi iletişimi gibi bilgi işlem teknolojileri sayesinde yaşanan gelişmeler, sağlık hizmetlerinde dijital dönüşüm başlatmıştır. Ülkemizde, Sağlık Bakanlığının “2013-2017 Stratejik Planı” kapsamında dijital dönüşümünü gerçekleştiren hastaneler “Sağlık Bilişimi Ağı” altında toplanarak “Sağlık Bulutu Sistemi” geliştirilmiştir. Sağlık sektöründeki tüm kurum ve kuruluşlar, ortak elektronik platform üzerinden veri iletişimi yapabilmektedir. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı, çeşitli dijital sağlık uygulamaları yanında Aile Hekimi Bilgi Sistemi, Merkezi Hekim Randevu Sistemi, e-Nabız, Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi, Karar Destek Sistemi, Medula (sağlık işletmelerinde fatura, kayıtlar, ödemeleri izlenir kılan bütünleşik sistem), SBSS Sporcu Sağlık Bilgi Sistemi, Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü gibi dijital uygulamaları da ulusal sisteme dâhil etmiştir. Güvenlik prosedürlerinin titizlikle yürütüldüğü sistemde tüm uygulamalar birbiriyle etkileşim hâlinindedir.

Proje çerçevesinde öne çıkan uygulamalar arasında yer alan e-Nabız ile kişiler kendileri ya da izin verilen sağlık profesyonelleri, yurt içi sağlık kurumlarında oluşmuş kişiye ait sağlık verilerine internetten erişim sağlayabilmektedir. *Bu bilgilere ulaşım, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmeliğin 6. Maddesi* ile hasta sağlığını ve bilgilerinin mahremiyetini koruma baz alınarak düzenlenmiştir.²¹ Düzenlemeye göre; kişinin aile hekimi, hizmet aldığı gün sağlık sunucusu kuruluşun ilgili bölüm hekimleri, yatış olduğundaysa taburcu oluncaya kadar sağlık sunucusunda görevli hekimler, hastaya ait bilgilere ulaşabilmektedir.

Ele aldığımız vaka yakın tarihte yaşansaydı, hekimin ihmaline rağmen hasta e-Nabız’da tahlillerini görebilecekti. Aile hekimi de sağlık bilgisindeki bu ayrıntıyı fark edebilecek ve zarar tıbben mümkün olabilen minimum düzeyde tutulabilecekti. Klasik sağlık hizmeti sunumunda kısıtlı sürede hekimin; kişinin

geçmiş hastalıklarına, kullandığı ilaçların bilgisine hastaların taşıdığı tahlil, röntgen, reçete yığınına rağmen doğru bilgiye ulaşması güçtü. Bu dönüşüm, pek çok tıbbi yanlışlığı azaltmakta ve tedavi hizmetinin kalitesini de artırmaktadır.

Hekim, almış olduğu mesleki eğitimi tecrübesi sebebiyle hastanın sahip olduğu hastalığın belirtileri, gelişimi, prognoz ve ihtimalleri, tedavisi, tedavi sonucunda mümkün olabilecek yaşam kalitesi gibi ayrıntılar hakkında bilgi sahibidir. Bu bilgi asimetrisinin diğer boyutudur. Sorunu yaşayan özne ile sorun ve çözümleri hakkında bilgi sahibi olan özne farklıdır. İyileştirmenin başarıya ulaşması, hasta yararının elde edilmesi asimetrisinin belirli düzeylerde giderilmesiyle mümkündür. Hasta açısından oluşan asimetriyi aşmak, doğru tıbbi kararlar verebilmesi için elzemdir. Bu sebeple hekim sorumluluğu olarak bilgilendirmeye literatürdeki etik çalışmalarda önem verilmektedir.²²

HEKİMİN BİLGİLENDİRME SORUMLULUĞU

XX. yüzyılın 2. yarısına kadar paternalist yaklaşımla hastaya zarar vermeme gerekçesiyle ağır hastalık tanısının söylenmemesi eğilimi hâkimdi. Hasta özerkliğine saygının tıbbi uygulamalara yerleşmesi, hekimlerin ağır hastalıklarda da bilgilendirmeye yönelimini gerçekleştirmiştir.²³ Yaşanan değişimi “Journal of the American Medical Association”da yayımlanan 2 araştırma ile gözlemlemek mümkündür. Oken tarafından 1961 yılında yürütülen 1. araştırmada, 219 hekime hastalarına kanser tanısını söyleyip söylemeyecekleri sorulmuştur. Hekimlerin %88’i teşhisi söylemeyeceğini ifade etmiştir.²⁴ Benzeri bir araştırma 18 yıl sonra 278 hekimin katılımıyla yapılmıştır. Novack ve ark.nın yürüttüğü bu araştırmada ise hekimlerin %98’i bilgilendirme yapacaklarını ifade etmişlerdir.²⁵ Bu radikal değişimin gerçekleşmesinde, özerkliğe saygı ilkesinin benimsenmesinin yanı sıra tıbbın başarılarının katlanarak artması, neredeyse en ağır hastalıklarda dahi sunulacak tedavi protokollerinin geliştirilmiş olmasının verdiği katkı da yadsınamaz.

Tıbbi süreçlere, sonuçlara dair bilgilendirmede paylaşılacak bilgi miktarıyla ilgili çeşitli standartların öne çıktığını görmekteyiz. Bunlardan ilki “mesleki teamül” standartıdır. Bu standarta göre hastayla pay-

laşılacak bilgi miktarı, alışlagelmiş mesleki uygulamalara göre belirlenir. Ancak standart, açık bir belirlilik ihtiva etmemekte ve sorunlara sebep olabilmektedir. Standartın mantalitesi, olağan işlenen bilgilendirme kusurlarının sürdürülmesine, alışlagelen yanlışların meşru görülmesine sebep olabilecektir.²⁶ Öne çıkan 2. standart; hastanın merkezde olduğu “makul kişi” standartıdır. Verilecek bilgi, ortalama bir kişinin sonuçları itibarıyla mümkün olduğunca yarar sağlayacağı tıbbi kararı vermesine, tedavi stratejisini belirleyebilmesine ışık tutacak miktardaki bilgidir. Hekim, bilgilendirmede “makul hasta” standartını merkeze almakla birlikte hastanın “kendine özgü kişisel bilgi” ihtiyacını da göz önünde bulundurarak bilgilendirmeyi kapsamlandırmalıdır.¹

Teşhis bilgilendirmesi 2 kategoride anlaşılmalıdır; “teşhis aydınlatması” ve “teşhise yönelik işlemler hakkında aydınlatma”. Bu vakada irdelenen yanlışlık dış hekiminin teşhis aydınlatmasını yapmasıdır. Hekimi, hastaya tanıyı bildirmezken kocaya bilgi verme fiiline yönelen faktörler hakkında bilgi sahibi değiliz.

Teşhis aydınlatması; hastanın tıbbi bulgular konusunda aydınlatılması, hasta olduğunun ve hangi hastalığa sahip olduğunun bildirilmesidir. Hasta yerine yakınların bilgilendirilmesi, hasta bilgilendirmesi değildir. Hastalık ciddi tedbir alınması gereken ağır bir hastalık ise hasta yerine yakınının aydınlatılması eğilimi de yanlışdır. Hekim, hasta yakınlarına tanı bilgilendirmesi yapıp hastaya söylenmesi veya ne kadarının söylenmesi konusunu yakınların takdirine bırakamaz. *Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 18/3*'te hekimin yükümlülüğüne şu ifadeyle dikkat çekilmiştir: “*Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisinin yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi hâlinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir*”.²⁷

Teşhis aydınlatması, genellikle tedavi aydınlatmasının bir bölümü olarak görülmektedir. Tedavi onamında hastanın teşhisi bilmesi ön koşuldur. Bu sebeple tıp hukukunda hastanın kapsamlı tıbbi planlama yapmasını gerektiren tanı hakkında bilgilendirilmemesi kusuru, “ağır tedavi kusuru” olarak değerlendirilmektedir.²⁸

Bilgilendirmeme durumu, bilgilendirmenin hasta sağlığına ciddi zarar vereceğinin açık olduğu durumlarda zarar vermeme, yararlı olma prensibiyle gerekçelendirilebilir. Hekim, bilginin hastaya zarar vereceğine dair güçlü kaniya sahip olduğunda, bilgilendirmenin mümkün olmadığı acil vakalarda, yetersizlik mevcut olduğunda bilgilendirmeyi hastaya değil meşru yakınına yapabilir. Bilginin hasta yaşamını tehlikeye atma potansiyeli veya irrasyonel kararlara yol açma potansiyelinin yüksek olduğu durumlarda doğrudan hastayı bilgilendirmeme gerekçe olarak görülebilirken, sadece üzüntüye sebep olma düzeyindeki olumsuz etki yeterli gerekçe olarak kabul görmemektedir.²³ Kimi mahkeme kararları, hastada üzüntü oluşturma çekincesini teşhis veya prognozla ilgili ağır gerçeği söylememenin gerekçesi olarak geçerli görmemiştir.¹

BİLGİLENDİRMENİN ANLAŞILMA BOYUTU

Bilgilendirmede; zihnen yeterli olmak, bilgilerin paylaşımı, izlenecek yol haritası önerilerinin açıklanması, bilgilerin kavranışı kavramları öne çıkmaktadır. Hastalar kendilerine yapılan bilgilendirmede, konuyla ilgili bilgileri edinmişlerse ve içeriğine, sonuçlarına dair mantıklı bir fikre sahiplerse anlamışlardır.

Ancak yeterli hastaların da kendilerine yapılan bilgilendirmeyi çeşitli sebeplerle doğru ve ayrıntılıyla anlaması, kimi zaman gerçekleşmemektedir. *Joffe* ve ark.nın, 287 kanser hastası ile yürüttükleri hastaların anlama kalitesine dair anket araştırmasında hastaların çoğunluğu, tıbbi süreçlerde iyi bilgilendirildiklerini ifade etmiştir. Ancak 287 kişinin 3/4'ü kendilerine standart dışı ve kanıtlanmamış tedaviler uygulandığını anlamamıştı. 1/3'ü ise deneylerde birincil amacın kendilerinin değil, gelecekteki hastaların yarar görmesi olduğunu anlamamışlardı.²⁹

Bilgilendirmenin hastanın anlamayacağı bir yaklaşım veya yoğun tıbbi jargonla ifası, meşru bir tutum olmayacaktır. Hastaya bilgilendirmede; basit, doğru bir dil kullanılması ve sürenin artırılması anlama kalitesini artıracaktır.

BİLGİLENDİRMENİN ETKİN OLARAK GERÇEKLEŞMESİNDE YETERLİK KAVRAMI

Bilgilendirmede yeterliğin varlığı, olağan hasta-hekim ilişkisi akışında anlaşılmakta olan bir yete-

nektir. Onam vermede hastanın karar verme kapasitesi sahibi olma koşulu, yasal ve etik zorunluluktur. Yeterli olmayan kişi, bilgilendirmenin ışığında yararını sağlayacak karar ve strateji geliştiremeyecektir. Yeterliliği belirlemede en çok kabul gören model, Roth ve ark. ile 1977 yılında başlayan Appelbaum ve Grisson'nun çalışmalarıyla gelişen; "4 yetenek" modelidir. Yaklaşımın yeterliliği tanımlamada varlıklarını aradığı 4 yetenek şunlardır; hastanın tedavi veya diagnozla ilgili sözlü olanla sınırlanmayacak şekilde girişime dair seçim ifade etmesi, söylenenleri anlama kabiliyeti, objektif veriler ışığında ortaya konan hakkındaki tespitleri kabullenmesi, hastalığın sonuçlarını, tedavi alternatiflerini ve bu alternatiflerin sonuçlarını algılaması anlamındaki takdir kabiliyeti, kararını gerekçelendirme yeteneği.³⁰ Model; teşhis, tedavi, prognoz gibi klinik ortamda işleyen süreçler üzerine inşa edilmiş bir modeldir. Hasta-hekim ilişkisinde kolaylıkla görünür biçimde donelerini vermektedir.

Vakada hastaya tanı bildirilmemiş, eşine bilgi verilmişti. Hastanın o an hekime ulaşamaması, eşini göndermiş olması sembolik olarak bilgilendirilmeyi istemediğinin ifadesi olarak anlaşılmalıdır. Bilgilendirmeme, ancak hasta yeterliğinin olmadığı ve adli süreçlerle eşinin tıbbi konularda vasi olarak tanımlanması durumunda meşru görülebilirdi. Vakada hasta, bilgilendirmeyi anlayabilecek yeterli kişidir. Bebeği sebebiyle hekime ulaşamamıştır.

SAVUNMASIZ GRUPTA BİLGİLENDİRME

XX. yüzyılda şekillenen eşitlik ve insanlık onuru anlayışımızla paralel yükselen özünde adaletle ilgili olan savunmasız grup kavramı, sosyal politığın ve etiğin dikkate değer kavramlarından biridir. Bu kavramla ilgili literatürde genel kabul gören bir tanım geliştirilmemiştir. Hassas gruplar, dezavantajlı gruplar, savunmasız gruplar gibi isimlendirmeler de kullanılmaktadır. Grubu tanımlamada da farklı yaklaşımlar öne çıkmaktadır. Bunlardan biri olan "Universal Savunmasızlık" tanımında grup; ekonomik durumları, cinsiyetleri, dinleri, etnik veya dilsel kökenleri veya politik statüleri nedeniyle sosyoekonomik yaşama, süreçlere katılım oranları, şansları veya uyumları toplumdaki diğer insanlara göre daha düşük olan kişilerden oluşur.³¹ Bir başka yaklaşım ise çocukluk, yaşlılık gibi yaşamın farklı noktalarında kişi-

sel, ekonomik, sosyal, kültürel koşullara bağlı oluşan zayıflık durumu tanımlamasını içeren "savunmasızlık tezi" tanımınıdır.³²⁻³⁴

Bu grup bireyleri; fiziksel veya psikolojik kısıtlılıkları, sosyal veya sağlık koşulları sebebiyle toplumsal bütünleşmelerini sağlayabilecek kimi araçlara ulaşma gücüyle yaşamaktadır. Çoğunluğumuzun ulaştığı bu araçları; eğitim, toplum desteği, sağlık hizmetleri, istihdam imkânları, teşvik olanakları, bilgiye ulaşım ile örneklendirebiliriz. Bilgilendirme ve onam da tedavi alabilmenin, tedaviyi planlamanın, tedavi alternatiflerine vakıf olmanın, tedaviye ve sağlığa ulaşmanın temel araçlarından biridir.

Grup, kötü sağlık statüsü ve sağlık bakım hizmetlerine ulaşamama riskiyle yüz yüze gelebilmektedir. Yeni doğum yapmış anneler geçici de olsa birçok açıdan yakınlarının ve toplumun desteğine muhtaçtır. Bebeğinin sorumluluğunu almada yardımlaşacağı kimse olmadığında ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine ulaşması güçleşmektedir. Bu çerçevede bebek sahibi anneler, pek çok ülkenin sosyal politikalarında özel destek görmektedir. Yakınlarının desteğine sahip olmayan veya ekonomik bağımsızlığı olmayan annelerde de dezavantajlılık durumunun oluştuğu, ilgili çevrelerde görülmelidir. Vakada hastanın bebek sahibi olması, sağlık durumuyla ilgili bilgilendirmeye ulaşmasına engel olmuştur. Biyomedikal süreçler esnasında dezavantajlı bireylerin, çıkarlarını koruyamayacak durumda olmaları muhtemeldir. Bilgilendirme, onam gibi sorumluluklarımızın icrası, dezavantajlı insanlara tıbbi hizmet verdiğimizde, ihtimamla yürütülmesi gereken bir süreç dönüşmektedir.

SONUÇ

Tedavi aydınlatmasının bir bölümü olarak görülen teşhis aydınlatması; hastanın tıbbi bulgular konusunda aydınlatılması, hasta olduğunun, hangi hastalığa sahip olduğunun bildirilmesidir. Tedavi onamında hastanın teşhisi bilmesi temel gerekliliktir.

Sağlık çalışanının tanı hakkında bilgi vermesi, hastanın bu bilgiler ışığında tedavi stratejisi tespitine ve tedavi sürecine başlamasına engel olarak zarar görmesine zemin hazırlamaktadır. Vakada yaşadığı gibi hasta yerine yakınların bilgilendirilmesi,

hasta bilgilendirmesi değildir. Kişilerin sağlık bilgileri korunması gereken hassas bilgilerdir ve kişi mahremiyeti alanına aittir.

“Biyomedikal Etik Prensipleri” yaklaşımı açısından incelendiğinde, açık olarak tanımlanmış bazı istisnalar haricinde teşhisin hastaya bildirilmeyip hasta haricinde kişilere bildirilmesi; hasta özerkliğine saygı duyma, hastaya zarar vermeme, yararlı olma ve adalet prensipleriyle çelişmektedir. Hastanın bilgilendirmeye ulaşamaması, kimi zaman hastanın sosyal statüsündeki zayıflıktan da kaynaklanabilmekte, adil olmayan sonuçlara yol açabilmektedir. Hekimin bu fiili, yaklaşımın 4 temel prensibi açısından irdendiğinde meşru bir tutum değildir.

Öte yandan ele alınan vaka, başka araştırmaların gerekliliğini de ortaya çıkarmaktadır. Örneğin benzer durumlarda aynı hekim tutumunun yaygınlık düzeyi nedir? Ya da bu tutumun bölgesel niteliği var mıdır? Etik açıdan geçerli bir gerekçenin mevcut olmadığı durumlarda hekimi bizzat hastayı bilgilendirmeme tutumuna iten sebepler var mıdır? Nelerdir? Bu soruların irdelenmesi, ele aldığımız zarar verici

tutumun önlenmesinde ve de tıbbi hizmet kalitesinin ileri düzeye taşınmasında etkili olacaktır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Sevim Yağız, Abdullah Yağız; **Tasarım:** Sevim Yağız; **Denetleme/Danışmanlık:** Sevim Yağız, Abdullah Yağız; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Abdullah Yağız; **Analiz ve/veya Yorum:** Kaynak Taraması: Sevim Yağız, Abdullah Yağız; **Makalenin Yazımı:** Sevim Yağız; **Eleştirel İnceleme:** Sevim Yağız, Abdullah Yağız; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Sevim Yağız, Abdullah Yağız; **Malzemeler:** Sevim Yağız.

KAYNAKLAR

1. Beauchamp TL, Childress JF. Biyomedikal Etik Prensipleri. Hakan E, İlkılıç İ, Brömer R, çeviri editörleri. 7th ed. İstanbul: Hayat Sağlık ve Sosyal Hizmetler Vakfı; 2017.p.154-629. [Link]
2. Gillham B. Case study research: Underlying principles. Case Study Research Methods. 1st ed. London & New York: Continuum International Publishing Group; 2000. p.1-8. [Link]
3. Williams JR. Physicians and patients. World Medical Association Medical Ethics Manual. 10th reprinted. UK: World Health Communication Associates; 2005. p.42-3. [Link]
4. Farah CS, Jessri M, John K, Lalla Y, Vu A, Kujan O. Clinical features and diagnosis. In: Shah JP, Johnson NW, eds. Oral and Oropharyngeal Cancer. 2nd ed. Boca Raton: Taylor Francis Group FCRC Press; 2019. p.111. [Link]
5. Lewis MA, Tamparo CD, Tatro BM. Medical Records. Medical Law, Ethics, & Bioethics For The Health Professions. 6th ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2012. p.110-22. [Link]
6. Stauch M, Wheat K, Tingle J. Sourcebook on Medical Law. 2nd ed. London: Cavendish Publishing Limited; 2002. p.235-7. ISBN: 978-1859416952.
7. Fremgen BF. The Legal Environment. Medical Law and Ethics. 4th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall Education Inc.; 2011. p.62. [Link]
8. Resmî Gazete (07.04.2016/29677). 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu; 2016. [Link]
9. Carlson RH. Study: women with brain tumors have 10 times rate of divorce as men with brain tumors. Oncology Times. 2001;23(8):63. [Crossref]
10. World Medical Association [Internet]. © 2021 The World Medical Association, Inc. WMA declaration of Lisbon on the rights of the patient reaffirmed by the 200th WMA Council Session, Oslo, Norway, April 2015. (Erişim tarihi: 19.09.2021) Erişim linki: [Link]
11. McLeod C, Sherwin S. Relational autonomy, self-trust, and health care for patients who are oppressed. In: Mackenzie C, Stoljar N, eds, Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2000. p.236-59. [Link]
12. Christman J. Relational Autonomy, Liberal Individualism, and the social constitution of selves. Philosophical Studies. 2004;117(1-2): 143-64. [Crossref]
13. Westlund AC. Rethinking relational autonomy. Hypatia. 2009;24(4):26-49. [Crossref]
14. Oshana M. How much should we value autonomy? Social Philosophy and Policy. 2003; 20(2):99-126. [Crossref]
15. McKenna M. The relationship between autonomous and morally responsible agency. In: Taylor JS, ed. Personal Autonomy: New Essays on Personal Autonomy and Its Role in Contemporary Moral Philosophy. 1st ed. UK: Cambridge University Press; 2005. p.205-58. [Crossref] [PubMed]
16. Draulans VJR, van der Giessen E. Vulnerable care: the debate on euthanasia for decisionally-competent minors in Flanders and the Netherlands. Ethical Perspectives. 2014; 21(4): 479-512. [Link]
17. Oshana M. Social-Relational Autonomy. Personal Autonomy in Society. 1st ed. Hampshire UK: Ashgate Publishing; 2006. p.49-75. [Link]

18. Feiseire H. Hekimin gündelik meslek uygulamasında konuşma ve yazma. Namal A, çeviri editörü. *Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik: Araştırmadan Tedaviye Tıp Dallarının Yel-pazesi*. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabev-leri Ltd. Şti.; 2018. p.127-57. [\[Link\]](#)
19. Zwitter M. Autonomy and its limitations-Right to information. *Medical Ethics in Clinical Prac-tice*. 1st ed. Switzerland: Springer Publishing; 2019. p.37. [\[Crossref\]](#)
20. Breen JK, Corder MS, Thompson JC, Plueckhahn DV. Medical records, reports and certificates. *Good Medical Practice: Profes-sionalism, Ethics and Law*. 1st ed. New York: Cambridge University Press; 2010. p.87. [\[Crossref\]](#)
21. Resmî Gazete (21/06/2019, Sayı: 30808) sayılı Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkındaki Yönetmelik; 2019. [\[Link\]](#)
22. English V, Romano-Critchley G, Sheather J, Sommerville A. The doctor-patient relation-ship. *Medical Ethics Today: The BMA's Hand-book of Ethics and Law*. 2nd ed. London: BMJ Publishing Group; 2004. p.32. [\[Link\]](#)
23. İlkılıç İ, Hilal Ö, Uçar A. Hastaya kötü teşhis ve prognozun iletilmesinde epistemolojik ve etik sorunlar. *Tıbbi, Hukuki, Manevi ve Etik Boyutlarıyla Palyatif Tıp*. 1. baskı. İstanbul: İSAR Yayınları; 2019. p.109-23. [\[Link\]](#)
24. Oken D. What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. *JAMA*. 1961;175:1120-8. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
25. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA*. 1979;224(9):897-900. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
26. Braddock CH 3rd, Fihn SD, Levinson W, Jon-sen AR, Pearlman RA. How doctors and pa-tients discuss routine clinical decisions. Informed decision making in the outpatient setting. *J Gen Intern Med*. 1997;12(6):339-45. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
27. Resmî Gazete (01.08.1998, Sayı: 23420) sa-yılı Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetme-liği; 1998. [\[Link\]](#)
28. Hakeri H. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunlu-ğunun şartları. *Tıp hukuku*. 12. baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2017. p.123.
29. Joffe S, Cook EF, Cleary PD, Clark JW, Weeks JC. Quality of informed consent in can-cer clinical trials: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2001;358(9295):1772-7. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
30. Kim SY. *Forensic Mental Health Concepts. Evaluation of Capacity to Consent to Treatment and Research*. Oxford: Oxford University Press; 2010. p.19-26. [\[Crossref\]](#)
31. Aday LA. Health status of vulnerable popula-tions. *Annu Rev Public Health*. 1994;15:487-509. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
32. Rogers AC. Vulnerability, health and health care. *J Adv Nurs*. 1997;26(1):65-72. [\[Cross-ref\]](#) [\[PubMed\]](#)
33. Shi L, Stevens GD. A General Framework to Study Vulnerable Populations, the Community Determinants and Mechanisms of Vulnerabil-ity. *Vulnerable Populations in the United States*. 3rd ed. San Francisco: John Wiley & Sons Inc; 2021. p.7-37. [\[Link\]](#)
34. Fineman MA. The vulnerable subject: anchor-ing equality in the human condition. *Yale JL & Feminism*. 2008;20(1):8-12. [\[Link\]](#)