



T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**HEKİMLERİN DÖRDÜNCÜL KORUMAYI UYGULARKEN
MESLEKTAŞLARINA TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. Hakan YETİŞ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK

MALATYA- 2019



T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**HEKİMLERİN DÖRDÜNCÜL KORUMAYI UYGULARKEN
MESLEKTAŞLARINA TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. Hakan YETİŞ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK

MALATYA- 2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VI
TABLOLAR DİZİNİ.....	VII
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Dördüncül Koruma.....	2
2.1.1 Dördüncül Korumanın Tanımı ve Tarihçesi.....	2
2.1.2 Aşırı Tıbbi Müdahalelerin Kök Nedenleri ve Önemi.....	9
2.1.3 Hekim Hasta Olunca.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
4. BULGULAR.....	17
5. TARTIŞMA.....	35
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	39
KAYNAKLAR.....	41
EK.1. ANKET FORMU.....	46
EK.2. ETİK KURUL KARAR FORMU.....	49

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın gerçekleştirilmesinde değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK' a

Tez çalışmamın her aşamasına bizzat destek vererek çok büyük katkılar sağlayan Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanı saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Mehmet KARATAŞ' a

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma, uzmanlık eğitimim süresince beraber çalıştığım tüm hocalarıma,

Yoğun mesailerinden vakit ayırıp anket çalışmama katılıp destek olan Turgut Özal Tıp Merkezi araştırma görevlisi hekimlerine,

Anket çalışmamı yürütürken bana desteklerini esirgemeyen Dr. Abdulbaki OKKA ve Dr. Hasan Hüseyin BÜYÜKALADAĞ'a,

İstatistiksel hesaplamaların yapılması ve tabloların oluşturulması aşamasında büyük katkıları olan Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı'ndan Arş. Gör. Ahmet Kadir ARSLAN' a,

Tez hazırlama sürecinde teknik bilgisiyle destek olan Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı'ndan Arş. Gör. Semir GÜL 'e,

Hayatımın her döneminde desteğini benden esirgemeyen, varlıklarından büyük güç duyduğum annem, babam ve kardeşime,

Çalışma sürecinde ki tüm zorlukları sevgisiyle ve desteğiyle aştığım çok değerli eşime ve canımdan çok sevdiğim kızıma,

Sonsuz teşekkür ederim...

ÖZET

Hekimlerin Dördüncül Korumayı Uygularken Meslektaşlarına Tutum ve Davranışları

Amaç: Hasta hekim olduğunda, sağlık bakımı veren hekim açısından bazı özel ve zor durumlar ortaya çıkmaktadır. Bu durumların neler olduğunu ortaya çıkarmak amacıyla çalışmamız gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada anketler 01.10.2018-31.12.2018 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan gerek teşhis, gerekse tedavi aşamasında birebir hasta ile teması olan dahili ve cerrahi bölümlerin araştırma görevlisi hekimlerine uygulanmıştır. Tıp Fakültesi fakülte sekreterliğinden 320 araştırma görevlisinin dahili ve cerrahi bölümlerde görev yaptığı bilgisi alınmıştır. Araştırmada tamsayım hedeflenmiş olup ancak mevcut kitlenin %81'ine (258/320) ulaşılmıştır. Araştırmada kullanılan veriler ortanca (min-maks) ve sayı (yüzde) olarak özetlenmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Uygun olan yerlerde Mann-Whitney U, Pearson ki-kare, Yates düzeltilmeli Pearson ki-kare ve Fisher kesin testleri kullanılmıştır. $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Analizlerde IBM SPSS Statistics 22 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Anket çalışmasına dahili bölümlerden 168 (%65,1) , cerrahi bölümlerden 90 (%34,9) olmak üzere toplam 258 hekim dahil olmuştur. Anket çalışmasında hekim olan hastasına diğer hastalarına göre öncelik sırası tanıyan hekimlerin oranı bölüme göre değerlendirildiğinde dahili bölümlerde %92, cerrahi bölümlerde %100 olarak bulunmuş olup sonuç istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p=0,005$). Çalışmada hekim olan hastasına gerek olmadığını bildiği halde laboratuvar/radyolojik tetkik istemeyenlerin oranı bölüme göre değerlendirildiğinde dahili bölümlerde %58, cerrahi bölümlerde %71 olarak bulunmuş olup sonuç istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p=0,043$).

Sonuçlar: Bu araştırmada, hekimlerin dördüncül koruma ile ilgili hassasiyete sahip tutum ve davranışlar sergiledikleri görülmüştür. Ayrıca, konu ile ilgili olarak klinik uzmanlık alanlarının tanı kılavuzları oluşturulurken kanıta dayalı tıbbın göz önünde bulundurulması hastaların aşırı tıbbi müdahaleye bağlı zarar görmesinin engellenmesinde önemli bir adım olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aşırı tanı, aşırı tedavi, dördüncül koruma

ABSTRACT

Attitudes and Behaviors of Physicians to Colleagues in Implementing Quaternary Prevention

Aim: When the patient is a physician, some special and difficult situations arise for the health care physician. Our study has been carried out to find out what these situations are.

Material and Method: In this study, the questionnaires were applied to the physician of the research assistants of the internal and surgical departments who had contact with the patient during the diagnosis and treatment phase between the dates of 01.10.2018 and 31.12.2018 at İnönü University Faculty of Medicine. It was learned that 320 research assistants from faculty secretariat of Faculty of Medicine were working in internal and surgical departments. In the study, the integer was targeted but 81% (258/320) of the current population was reached. The data used in the research are summarized as median (min-max) and number (percentage). The conformity of numerical variables to normal distribution was investigated by Shapiro-Wilk test. Mann-Whitney U, Pearson chi-square, Years-corrected Pearson chi-square and Fisher's exact tests were used where appropriate. $p < 0,05$ was accepted as statistical significance level. IBM SPSS Statistics 22 package program was used in the analysis.

Results: A total of 258 physicians were included in the survey, 168 (65,1%) of the internal departments and 90 of the surgical departments (34,9%). The rate of the physicians who gave the physician who had a priority order according to the other patients was 92% in the internal departments and 100% in the surgical departments and the result was considered statistically significant ($p = 0,005$). In the study, the rate of those who didn't want laboratory / radiological examination was found to be 58% in the internal departments and 71% in the surgical departments when the physician knew that there was no need for the patient but the results were considered statistically significant ($p = 0,043$).

Conclusion: In this study, it was observed that physicians exhibited attitudes and behaviors that are sensitive about quaternary prevention. In addition, the fact that evidence-based medicine is taken into consideration when establishing diagnostic guidelines of clinical specialties will be an important step in preventing patients from harm due to excessive medical intervention.

Key Words: Overdiagnosis, overtreatment, quaternary prevention.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AD	: Anabilim Dalı
MİN	: Minimum
MAKS	: Maksimum
PSA	: Prostat Spesifik Antijen
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
USG	: Ultrasonografi
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
WICC	: Wonca International Classification Committee

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 2.1. Hekimlerin tıbbi aktivite alanlarının kronolojik görünümü.....	5
Şekil 2.2. Hasta-hekim ilişkisine dayanan dört tıbbi aktivite alanının ilişkisel görünümü	6
Şekil 2.3. Klinik uygulama için dört koruma alanı.....	7



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1.	Ankete katılanların bölüm, cinsiyet ve medeni durumlarının dağılımı.....17
Tablo 4.2.	Hekimlik uygulamalarını meslektaşları olan hastalarına standart bir şekilde uygulama durumu.....17
Tablo 4.3.	Hekim olan hastayı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmenin kolaylık durumu.....18
Tablo 4.4.	Hekim olan hastayı tedavi etmek ve endişe durumu.....18
Tablo 4.5.	Hekim olan hastayı tedavi etmekten kaçınma.....18
Tablo 4.6.	Hekim olan hastaya öncelik sırası tanıma.....19
Tablo 4.7.	Hekim olan hastayı farklı hissettirme çabası.....19
Tablo 4.8.	Hekim olan hastaya daha fazla önem gösterilmesi.....19
Tablo 4.9.	Hekim olan hastaya gereksiz laboratuvar/radyolojik tetkik istemi.....20
Tablo 4.10.	Hekim olan hastaya yeni tedavi yöntemi veya ilaç kullanımı çabası.....20
Tablo 4.11.	Anket çalışmasına katılan hekimlerin yaş, meslekteki çalışma süresi ve günlük baktıkları ortalama hasta sayısı.....20
Tablo 4.12.	Hekimlik uygulamalarını meslektaşları olan hastalarına standart bir şekilde uygulama durumunun bölümlere göre dağılımı.....21
Tablo 4.13.	Hekim olan hastayı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmenin kolaylık durumunun bölümlere göre dağılımı.....21

Tablo 4.14.	Hekim olan hastaya tedavi vermenin oluşturduğu endişe durumunun bölümlere göre dağılımı.....	22
Tablo 4.15.	Hekim olan hastayı tedavi etmekten kaçınma durumunun bölümlere göre dağılımı	22
Tablo 4.16.	Hekim olan hastasına diğer hastalarına göre öncelik sırası tanıma durumunun bölümlere göre dağılımı.....	23
Tablo 4.17.	Hekim olan hastasına diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabası içerisinde olma durumunun bölümlere göre dağılımı	23
Tablo 4.18.	Hekim olan hastasına teşhis süreci ve tıbbi bakımda daha fazla önem gösterme durumunun bölümlere göre dağılımı	24
Tablo 4.19.	Hekim olan hastasına gerek olmadığını bildiği halde laboratuvar/radyolojik tetkik isteme durumunun bölümlere göre dağılımı.....	24
Tablo 4.20.	Hekim olan hastasına yeni çıkan ilaç ya da tedavi metoduyla sağlık hizmeti verme çabası içinde olma durumunun bölümlere göre dağılımı.....	25
Tablo 4.21.	Hekimlik uygulamalarını meslektaş olan hastalarına standart bir şekilde uygulama durumunun cinsiyete göre dağılımı.....	25
Tablo 4.22.	Hekim olan hastayı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmenin kolaylık durumunun cinsiyete göre dağılımı	26
Tablo 4.23.	Hekim olan hastaya tedavi vermenin oluşturduğu endişe durumunun cinsiyete göre dağılımı.....	26

Tablo 4.24.	Hekim olan hastayı tedavi etmekten kaçınma durumunun cinsiyete göre dağılımı	27
Tablo 4.25.	Hekim olan hastasına diğer hastalarına göre öncelik sırası tanıma durumunun cinsiyete göre dağılımı...	27
Tablo 4.26.	Hekim olan hastasına sağlık hizmeti verirken diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabası içerisinde olma durumunun cinsiyete göre dağılımı.....	28
Tablo 4.27.	Hekim olan hastasına teşhis süreci ve tıbbi bakımda daha fazla önem gösterme durumunun cinsiyete göre dağılımı.....	28
Tablo 4.28.	Hekim olan hastasına gerek olmadığını bildiği halde laboratuvar/radyolojik tetkik isteme durumunun cinsiyete göre dağılımı.....	29
Tablo 4.29.	Hekim olan hastasına yeni çıkan ilaç ya da tedavi metoduyla sağlık hizmeti verme çabası içinde olma durumunun cinsiyete göre dağılımı.....	29
Tablo 4.30.	Hekimlik uygulamalarını meslektaşı olan hastalarına standart bir şekilde uygulama durumunun medeni durumlara göre dağılımı.....	30
Tablo 4.31.	Hekim olan hastayı diğer hastalara göre teşhis/ tedavi etmenin kolaylık durumunun medeni durumlara göre dağılımı.....	30
Tablo 4.32.	Hekim olan hastaya tedavi vermenin oluşturduğu endişe durumunun medeni durumlara göre dağılımı.....	31

Tablo 4.33.	Hekim olan hastayı tedavi etmekten kaçınma durumunun medeni durumlara göre dağılımı.....	31
Tablo 4.34.	Hekim olan hastasına diğer hastalarına göre öncelik sırası tanıma durumunun medeni durumlara göre dağılımı.....	32
Tablo 4.35.	Hekim olan hastasına diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabası içerisinde olma durumunun medeni durumlara göre dağılımı.....	32
Tablo 4.36.	Hekim olan hastasına teşhis süreci ve tıbbi bakımda daha fazla önem gösterme durumunun medeni durumlara göre dağılımı.....	33
Tablo 4.37.	Hekim olan hastasına gerek olmadığını bildiği halde laboratuvar/radyolojik tetkik isteme durumunun medeni durumlara göre dağılımı.....	33
Tablo 4.38.	Hekim olan hastasına yeni çıkan ilaç ya da tedavi metoduyla sağlık hizmeti verme çabası olma durumunun medeni durumlara göre dağılımı.....	34

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Klinik koruma/önleme kavramı 20. yüzyılın ortalarından itibaren hekimler arasında konuşulmaya başlanmıştır. Klinik koruma kavramı yıllar içerisinde değişim göstererek hekimlerin koruyucu-önleyici faaliyetlerine yeni bakış açıları getirmiştir. Genellikle sağlıklı hayat tarzlarından köken alan kronik hastalıkların önlenmesinde koruyucu klinik uygulamaların doğru bir şekilde uygulanması önem arz etmektedir. Klinik koruma tedaviden daha iyidir ve sağlık sistemi üzerindeki gereksiz talebi azaltmak için en iyi yoldur. Klinik koruma sadece risk faktörünün azaltılması ile hastalıkların ortaya çıkmasını engellemekle kalmayıp, aynı zamanda hastalıkların geliştikten sonra komplikasyonların ortaya çıkmasını da engellemektedir. Koruyucu tedbirler, hastalığın doğal seyri boyunca herhangi bir aşamada, durumun daha da ilerlemesini önlemek amacıyla uygulanabilir. Koruma veya koruyucu eylemlerin seviyeleri, birkaç ana kategoriye bölünebilir. Bunlar birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül koruma seviyeleridir. Birincil, ikincil ve üçüncül koruma kavramı ilk olarak 1940'lı yılların sonlarında Leavell ve Clark tarafından ortaya konulmuştur (1, 2, 3).

Dördüncül koruma kavramı ise ilk olarak 1986 yılında Belçikalı aile hekimi Marc Jamoulle tarafından ortaya konulmuştur (1).

Gerek yasal düzenlemeler gerekse bazı etik kurallar nedeniyle hekim olan kişilerin hastalanması durumunda tıbbi bakımlarında hekimlerin yaşayabileceği problemler söz konusu olabilmektedir. Yaptığımız anket çalışmasında da hekimlere konuyla ilgili olarak meslektaşının hastası olması durumunda yaşamış olduğu sorunlardaki davranış biçimi sorgulanmaya çalışılmıştır.

Tıp fakültesi yıllarında hekimlerin, meslektaşlarına bir aile ferdine sergileyebileceği davranışlar içerisinde olması tavsiye edilir. Bu hassasiyete sahip olan hekimlerin meslektaş hastası olduğunda, aşırı bir tıbbi bakım sunma kaygısı içerisinde girip hastasına zarar verebilme noktasına kadar gelme durumu tarafımızdan merak konusu olmuştur.

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesindeki amaç; hekimlerin hasta olması durumunda meslektaşlarına müracaat ettiklerinde dördüncül korumaya ait davranışların hekimlerde olup olmadığını ortaya çıkarmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Dördüncül Koruma

2.1.1 Dördüncül Korumanın Tanımı ve Tarihçesi

Birincil, ikincil ve üçüncül koruma kavramı ilk olarak 1940'lı yılların sonlarında Leavell ve Clark tarafından ortaya konulmuştur (1).

Dördüncül koruma kavramı; ilk olarak 1986 yılında Belçikalı aile hekimi Marc Jamouille tarafından ortaya konulmuş, 1999 yılında Durham'daki WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Dünya Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Kolejlere, Akademileri ve Dernekleri Birliğı) uluslararası sınıflandırma komitesi toplantısında benimsenmiş ve 2003 yılında bir kavram olarak kabul edilerek WONCA genel pratisyenlik ve aile hekimliğı sözlüğünde yayınlanmıştır (1, 2, 4-10).

WONCA uluslararası sınıflandırma komitesi (WICC) tarafından da tanımlanan dördüncül koruma kavramı artık Avrupa, Kanada, Güney Amerika ve Asya'da yaygın olarak tanınmaktadır (6).

İlk üç koruma kavramı 1995 yılında WONCA uluslararası sınıflandırma komitesi tarafından tanımlanmış ve yayımlanmıştır. 1995 yılında Hong Kong'daki WONCA uluslararası sınıflandırma komitesi toplantısında Jamouille ve Roland tarafından "önce zarar verme" kavramının yeni versiyonu olarak dördüncül koruma kavramı sunulmuştur (1, 5).

Hastaya uygulanacak olan tıbbi girişim konusunda yeterli donanıma sahip olmayan hekimler uygulanacak olan tedavinin sonuçlarını da tahmin edemeyeceğinden bu tıbbi girişimden uzak durmalıdır (6, 7, 11).

Marc Jamouille'nin koruma kavramı konsepti hasta ve hekim görüşlerini bir araya getirerek yeni bir strateji sunmaktadır. Bu konseptte hastanın zihni (hastayım ya da sağlıklıyım düşüncesi) ile doktorun değerlendirmesi (hastalık var ya da hastalık yok) bir araya getirilmektedir. Hasta ile hekim arasındaki bu ilişkiye dayanan Marc Jamouille'nin sunduğı bu koruma kavramının yeni yolu eski kronolojik yoldan uzaktır. Hasta olduğunu düşünen bir kişide mutlaka hekimin hastalık bulması gerektiğı söz konusu değildir. Bununla birlikte kendini mükemmel hisseden bir kişide de çok ciddi hastalık olabilir (4).

Dördüncül koruma; aşırı tıbbi müdahale riski taşıyan bir hastayı veya bir toplumu tanımlamak, onları gereksiz invazif tıbbi müdahalelerden korumak, onlara bakım sağlamak ve tıbbi olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini uygulamak olarak tanımlanır (1, 2, 12).

Birincil koruma, hastalığa neden olan hastalığın nedenlerini engellemek için belirli bir hastalık veya hastalık grubuna uygulanabilecek önlemleri tanımlamak için kullanılmıştır. Birincil koruma, hastalıklara yol açabilecek davranışları veya maruziyetleri değiştirerek veya bir hastalık ajanına maruz kalmanın etkilerine karşı direnci artırarak, risk azaltma yoluyla belirli hastalıkların başlangıcını önlemeyi amaçlamaktadır. Birincil koruma, hastalık risk faktörlerini ele alarak veya direnci artırarak hastalık insidansını azaltır (1, 2, 13).

İkincil koruma, bir problemi ya da hastalığı kontrol etmek ve sonuçlarını en aza indirmek için erken teşhis ve hızlı müdahale için kullanılan bir dizi önlemden oluşur. İkincil koruma, klinik öncesi patolojik değişiklikleri tespit eden ve tedavi eden ve böylece hastalık ilerlemesini kontrol eden prosedürleri içerir. Tarama prosedürleri genellikle ilk adımdır ve semptomlar ortaya çıktığında daha ekonomik olan erken müdahalelere yol açar (1, 2, 4, 13, 14).

Periyodik sağlık muayenesinin önemli bir parçası da ikincil korumadır. İkincil koruma mortalitesi, morbiditesi ve prevalansı yüksek, erken tanısı mümkün ve etkin tedavisi olan hastalıkları tespit etmek için yapılır. Bu kriterlere uymayan durumlar için tarama prosedürlerinin uygulanması gereksiz ve hastaya zarar verebilen sonuçlara neden olabileceğinden, ikincil koruma yukarıda sayılan kriterleri sağlayan hastalıklar için yapılmalıdır (15, 16).

Üçüncül korumada ise tedavi ve rehabilitasyon yoluyla mevcut bir hastalığın ya da problemin daha fazla komplikasyonunun azaltılmasına odaklanılır. Üçüncül koruma, hastalığın neden olduğu etkiyi hastanın fonksiyonu, uzun ömürlülüğü ve yaşam kalitesi üzerinde yumuşatmayı amaçlamaktadır. Durumun tersine çevrilemez olduğu durumlarda, üçüncül koruma rehabilitasyona odaklanır ve hastanın engeline uyum sağlamasına yardımcı olur. Üçüncül koruma için hedef, yaşam kalitesini arttırmaktır (1, 2, 4, 13, 14).

Yeni bilgiler, klinik korumanın da zarar verebileceğine işaret etmektedir. İşte bu durum yeni bir klinik koruma kavramı olan dördüncül korumanın ortaya çıkmasına neden olmuştur. "Dördüncül Koruma" kavramı eski bir tıbbi ilke olan "önce zarar verme" ye

işaret ederek koruyucu uygulamaların belirli bir ölçüde olması gerektiğine vurgu yapmaktadır. Dördüncül koruma; aşırı medikal tedavi riskini taşıyan hastayı teşhis etmek, onu yeni tıbbi müdahalelerden korumak ve etik olarak kabul edilebilir olan müdahaleleri önermek için alınacak önlem olarak tanımlanmaktadır. Dördüncül koruma kavramı, hasta ve doktorun görüşlerini birleştiren ve bu ilişkiye dayanan bir önleme konseptini detaylandıran yeni bir strateji ortaya koymaktadır (2, 10, 17).

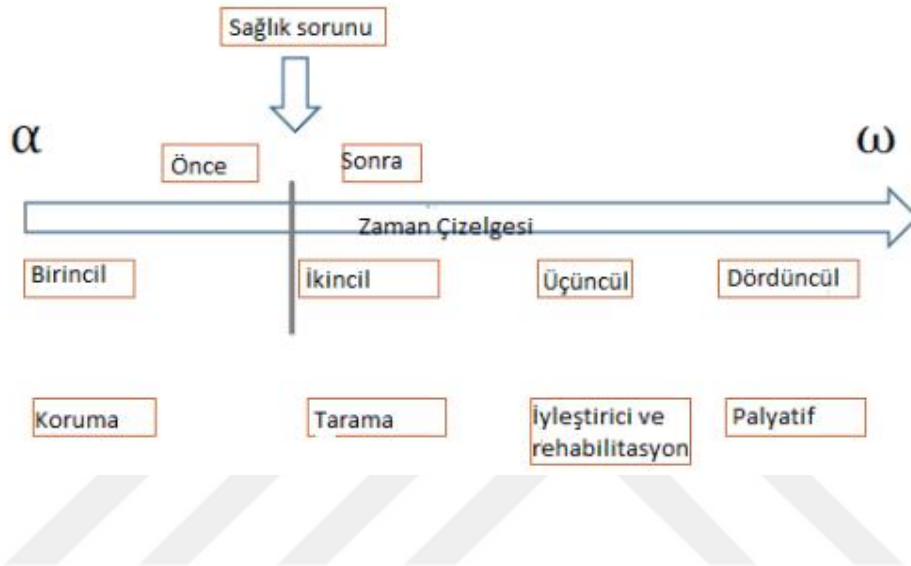
Aşırı tıbbi müdahale, özellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda artan ilgi konusudur. Aile hekimlerinin görevleri arasında topluma ve bireye yönelik koruyucu sağlık uygulamalarının sunulması bulunmaktadır. Ancak, hastalara sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinde gereksiz ya da yeri olmayan tanı testlerinin uygulanması hastalara bir yarar sağlamamakta hatta zarar verme potansiyeli olan tedavi uygulamalarını da beraberinde getirebilmektedir. Aşırı tıbbi müdahale; hastalık olarak değerlendirilemeyecek anormalliklerin teşhisi, gereksiz tıbbi değerlendirme, aşırı test etme, aşırı tedavi, sağlık bakım sağlayıcısı veya hasta tarafından yönlendirilebilecek istenmeyen bakım gibi kavramlar ile ifade edilebilir. Aile hekimleri sıklıkla tanı ve tedavi süreçlerinin başlangıç noktasında bulunurlar bu nedenle aşırı tıbbi müdahaleyi önleme ve dördüncül korumayı uygulama anlamında hayati öneme sahiptirler. Aşırı tıbbi müdahale hastalara yarardan çok zarar verir, gereksiz yere sağlık harcamalarının artmasına neden olur, kısıtlı sağlık kaynaklarının yanlış yönlendirilmesine neden olur. Aşırı tıbbi müdahale ile asemptomatik bireyler hasta olarak etiketlenmekte, bu da hastaların yersiz yere endişe etmelerine ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır. (18-20).

Kişinin gerçekten bir hastalığı olmadığı halde hasta etiketi yapıştırılıp gereksiz aşırı tıbbi tedavi uygulanması hem kişiye zarar vermekte hem de sağlık harcamalarını artırmaktadır. Klinik koruma, hastanın hayatında belirli bir süreci zaman içinde yönetmeyi gerektirir. Bu yönetimi sağlayan ve klinik koruma faaliyetlerini düzenleyen kişi hekimdir. (1).

Hastalık üretenlerin ana argümanlarından en önemlisi, atfedilen riske her zamankinden daha fazla önem verilmesi, hekimin de bu durumda risk ve hastalık arasında karışıklık yaşamasıdır. Risklerin sanki hastalıkmiş gibi ele alınıp tedavi edilmeye çalışılması yanlıştır, ekonomik kayıptır ve hasta bu durumdan ciddi zarar görebilir.

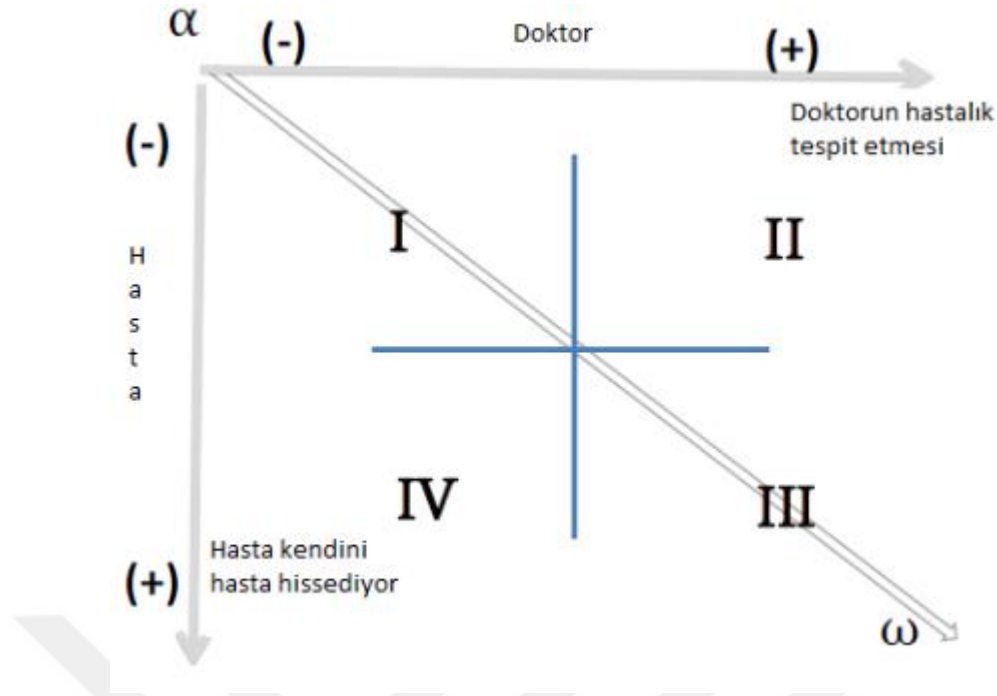
Koruma adına hastalık yönetiminden risk yönetimine geçiş neredeyse tüm insanların ilaç kullanmaya aday olduğu anlamına gelir (1, 7).

Dördüncül koruma kavramı tıbbi aktiviteyi eleştirel bir bakışla aydınlatmaktadır. Dördüncül koruma kavramı zarar vermeme etik ilkesine vurgu yaparak tıbbi aktivitede kritik bir bakış açısı oluşturmaktadır. İyi bir hekim etik ilkelere uyan, insan ilişkileri iyi olan, bilimsel alt yapıya sahip ve tıp alanında profesyonel olan kişidir (1, 5).



Şekil 2.1:Hekimlerin tıbbi aktivite alanlarının kronolojik görünümü. (Level&Clarck 1958)

Şekil 2.1’ de tıbbi aktivite alanlarının kronolojik görüntüsü bulunmaktadır. Burada tamamen hekim tanımlı ve hastalık merkezli kronolojik görünüm mevcuttur. Bury 1988’de kronolojik anlamda palyatif bakımı tanımlamak için dördüncül korumanın kullanılmasını önermiştir. Önlenecek sağlık sorunu tüm zaman çizelgesi boyunca alfadan, omegaya, beşikten mezara kadar herhangi bir yere yerleştirilebilir (1).



Şekil 2.2: Hasta-hekim ilişkisine dayanan dört tıbbi aktivite alanının ilişkisel görünümü. (Jamouille 1986)

Jamouille hekim hasta karşılaşmasının ve koruma düzeylerinin dört alanını tanımlamıştır. Hekim bir hastalığın var ya da yok olduğunu belirler. Hastalar ise kendilerini hasta ya da iyi hissettiklerinin ayrımını yaparlar. Kişinin kendini hasta hissetmesi ile hekimin gerçekten bir hastalık varlığını saptaması arasında ilginç bir ilişki olduğu yukarıda ki şekil 2.2 ‘den anlaşılmaktadır. Şekil 2.2’ de hekim ile hasta arasındaki ilişkiye göre dört kutucuk oluşturulmuştur;

1. Alan: Kişi kendini iyi hissetmektedir hasta değildir. Hekim de kişinin hasta olmadığını tespit etmiştir. Bu alan birincil korumaya girer. Hekim bu alanda hastanın sağlığını korumak için birincil korumayı uygular. Örneğin; bağışıklama, sağlık eğitimi.

2. Alan: Kişi hasta olarak kendini hissetmez ancak hekim hastalıklar için tarama yaparken kişide bir hastalık bulur. Bu alan ikincil korumaya girer. Bu alanda hastalıkların erken dönemde tespiti amaçlanır. Örneğin; kanser taraması.

3. Alan: Hastalık taramaları sonrası hastalık bulunmuşsa ya da hasta bir semptom ile gelmişse hasta üçüncül koruma alanına kayar. Hekim de kişi de hastalığın olduğunu bilmektedir. Bu durumda hekim hastasına üçüncül korumayı uygular, hastayı hastalığın komplikasyonlarından korur ve rehabilitasyonunu sağlar.

4. Alan: Kişi kendini hasta hisseder ancak hekim tedavi edilmesi gereken herhangi bir hastalık tespit edemez. Jamouille‘ye göre dördüncül alan hekimin işini yaparken en çok zorlandığı alandır. Bu alana giren hastalar genellikle hastalık hastası, tıbbi bir nedene dayanmayan semptomlar sergileyen kişiler, kaygı bozukluğu olanlar gibi tanılar alırlar. Dördüncül koruma hastaya konulan bu gelişigüzel tanıları reddeder. Bu tür hastalara üst düzey ayrıntılı tetkikler yapmak yerine hastaya daha fazla zaman ayırmayı, anamnezini daha detaylı irdeleyerek hastanın asıl probleminin ortaya çıkarılabileceğini savunur. Sağlığı geliştirme faaliyetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tarama programları ve aşırı tıbbi faaliyetler hastayı dördüncü alana itebilir. Zorlu bir alandır. Dördüncü alandaki hasta korku içerisinde ve iyatrojenik olarak zarar görebilir. Dördüncül koruma yaklaşımına sahip olmayan bir hekimin, bu hastaya herhangi bir yardımı maalesef olamaz (1-3, 5-9, 18, 19, 21-25).

Hastanın Hissettiği	Bilimsel Veya Doktor Bilgisine Bağlı Olarak Hastalığın Varlığı Yada Yokluğu	
	Hastalık Yok	Hastalık Var
Hasta Kendini İyi Hissediyor	1-Birincil Koruma: Bir bireyde veya toplumda bir sağlık sorununu ortaya çıkmadan önce ortadan kaldırmak için alınan önlemlerdir. Ör: Sağlığın teşviki, Bağışıklama	2-İkincil Koruma: Bir bireyde veya toplumda bir sağlık probleminin erken tespit edilebilmesi için alınan önlem olarak tanımlanır. Böylece tedavi kolaylaştırılır, hastalığın yayılması ve uzun süreli etkileri azaltılmış olur. Ör: Tarama, Erken teşhis
Hasta Kendini Hasta Hissediyor	4-Dördüncül Koruma: Aşırı tıbbi müdahale riski altında olan hastayı saptamak ,onu gereksiz tıbbi müdahaleye karşı korumak ve etik açıdan kabul edilebilir olan müdahaleler uygulanmasını sağlamak için alınan önlemlerdir.	3-Üçüncül Koruma: Bir bireyde veya toplumda akut veya kronik sağlık sorununa bağlı gelişen fonksiyonel bozukluğu en aza indirmek için alınması gereken önlemleri içerir Ör: Rehabilitasyon

Şekil 2.3: Klinik uygulama için dört koruma alanı. (Jamouille 2011)

Şekil 2.3’ de klinik uygulama için dört koruma alanı gösterilmektedir. Dördüncül koruma, hekimlerin hastalarını kontrol etmek için yaptıkları sürekli müdahalelerin yanı sıra kendi kaygılarını ve bilgi eksikliklerini de kapsar. Dördüncül koruma alanı hastaların ve hekimlerin kaybolduğu bir alandır. Bu alanda tuzağa düşmemek için önlemler alınması gerekir. Bu önlemler; hekimler bazı durumlarda zor da olsa hiçbir şey yapmamayı bilmeli, birinci basamakta tespit edilemeyecek nadir bir hastalığı da tespit etmek adına gereksiz araştırma yapmamalı ve diğer üç koruma alanından hastaların dördüncül koruma alanına kaymasını engellemek için önlemler almalıdırlar (1).

Sağlığın geliştirilmesi adına gereksiz ve yeri olmayan tanı yöntemlerinin kullanılması, hastanın hekim tarafından yeterince dinlenmemesi, hekimin aşırı defansif yaklaşımlarda bulunması, hastaların medya ve internet üzerinden edindikleri yanlış ve eksik bilgilerle kaygıya kapılıp kendilerinde bir hastalık olduğunu düşünerek sürekli veya gereksiz tetkik yaptırmak istemeleri hastaları dördüncül alana itebilir. Örneğin rutin bir abdomen USG (ultrasonografi) kontrolünde rastgele saptanmış ve tıbbi olarak önemi olmayan bir kitle görünümü hastanın anksiyetesinde artışa neden olup hastayı dördüncül alana itebilir. Ya da yeni keşfedilmiş bir ilacın veya üst düzey tıbbi bir yöntemin reklamının yapılması hastaları gereksiz yere bunları kullanmaya teşvik edip dördüncül alana itilmelerine neden olabilir (1, 6, 8, 9, 18, 20, 26).

Aile hekimleri diğer üç koruma alanında bulunan hastaların dördüncül alana kaymalarını engellemek için tedbirler alması gerekir. Bu tedbirler şu şekilde özetlenebilir; Aile hekimi etkin bir biçimde hastası ile iletişime geçmeli, hastanın şikayetlerini etkin bir biçimde dinlemeli, hastada yersiz yere anksiyete oluşturmamalı, kanıta dayalı tıp verilerini kullanmalı, yapılan tıbbi işlemleri hastaya net ve eksiksiz bir biçimde anlatmalı ve hastanın kaygısını gidermelidir. Örneğin ikincil alanda kanser taramalarına tabi tutulan bir hasta kanserofobik bir hale gelip dördüncül alana kayabilir (4, 7-9, 18, 27, 28).

Bazı durumlarda hekim, hastalığı teşhis edebilmek adına birçok tetkik isteyerek tetkik sınırlarını sonuna kadar zorlayabilir. Buna en iyi örnek hipokondriyazis (hastalık hastası) gibi somatoform bozukluğa sahip olan hastalarla karşılaşan hekimlerdir. Bu hastalar hastalık ve ölüm korkusunun vermiş olduğu anksiyete ile kliniklere başvurup sanki kendilerinde bir hastalık varmış gibi semptom üreterek hekimin yanılmasına ve buna bağlı olarak da gereksiz yere bir çok aşırı tıbbi tanı ve tedavi prosedürünün uygulanmasına yol açabilirler. Hekim bu gibi durumlara karşı uyanık davranmalı ve hastayı aşırı tıbbi tanı ve tedavi riskinden korumak için hastayla iletişime geçmelidir (1, 29).

2.1.2 Aşırı Tıbbi Müdahalelerin Kök Nedenleri ve Önlemi

Hastalara, spesifik olmayan semptomları için geniş tanısal testler uygulanmasından kaçınılması, aşırı tıbbi müdahaleleri önlemede önemli bir adımdır. Aşırı tıbbi müdahale zinciri başladığında bunu durdurmak neredeyse imkansız hale gelebilir. Hekimleri aşırı tıbbi müdahale alanına iten bazı itici güçler vardır bunlar; hekimin hata yapma korkusu, belirsizlik ile başa çıkma kapasitesi az olan yorucu hastalar, hekimlerin empati ve iletişim becerileri eksikliği, işlevsiz ve güvensiz doktor-hasta ilişkisi, tıbbi süreçler için hekimin sorumluluk almayı reddetmesi, özgüvensiz kişilik yapısı, tıbbi iş tecrübesi eksikliği, düşük kalitede tıbbi eğitim ve öğretim görmüş olmak ve hekimlerin malpraktise karşı yasal olarak kendilerini güvenceye almak istemeleri şeklindedir. Aşırı tıbbi kullanımı önlemek ve dördüncül korumayı sağlamak için bazı öneriler ve stratejiler geliştirilebilir bunlar; ortak karar verme sürecine dayanan uzun süreli güvenilir bir hekim hasta ilişkisinin kurulması, birinci basamak merkezli sağlık hizmeti modelinin teşviki, bekle ve gör yaklaşımının uygulanması, yüksek kaliteli tıbbi eğitim ve öğretim, hasta eğitimi, tıbbi karar verme süreçlerinde kanıta dayalı tıp kılavuzlarının kullanılması ve hasta ile iletişimde empatinin vurgulanması şeklindedir (20).

Aşırı tıbbi müdahalelerden kaçınma genel tıbbi uygulamada özellikle zorunludur. Eylül 2009 yılında 15. si düzenlenen WONCA Avrupa konferansında bir rapor sunulmuştur. Bu raporda insanların sağlık meseleleri ile ilgili artan saplantıları-obsesyonları, artan tıbbi olanaklar, artan bu tıbbi olanakların saplantılarla birlikte uygunsuz kullanılması ve tıbbi prosedürlerin uygunluğu hakkında tavsiyelerde bulunulmuştur. Özellikle ağır ve şiddetli hastalıkların prevalansının düşük olduğu bölgelerde hekim için en zor şey fazla ve gereksiz tıbbi müdahalelerde bulunmamak ve gereksiz tıbbi müdahalelerden hastayı korumaktır. Bu hasta eğer bir hekim ise tedavi ya da tedavi etmeme bir o kadar zorlaşabilmektedir (4).

Dördüncül korumayı uygulamak için en güçlü araç iletişim ve hastaların güvenini kazanmaktır. Dördüncül koruma uygulanırken işe şunlarla başlanabilir; gereksiz laboratuvar tetkiklerini istememek, hastaya en az zarar veren ve hastalığı için en uygun radyolojik görüntüleme yöntemlerini tercih etmek, gerek olmadığı halde antibiyotik reçete etmemek ve etkinliği kanıtlanmamış ve hastaya zarar verme olasılığı olan teşhis ve tedavi yöntemlerinden uzak durmak şeklinde sıralanabilir (4, 7).

Unutulmamalıdır ki aşırı tanı ile eksik tanı arasında doğrudan bir ilişki vardır. Dikkat ve kaynaklar aşırı tanıya yönlendirildiği için esas tanı konulması gereken durumlar, yanlış yönlendirme sonucu atlanabilir (30).

Dördüncül koruma ancak hastalarımızla uyum içerisinde olduğumuz zaman gerçekleştirebileceğimiz bir kavramdır ve asla hastaların aleyhine değildir. Dördüncül korumada amaç tıp teknolojisi ve ilerlemesine karşı bir mücadele değil, uygulanan tıbbi prosedürlerin uygunluğunu sorgulamaktır (4).

Hekim tarafından reçetede yazılmış belirsiz bir metin ya da yeterince hastaya açıklanmamış bir bilgi de hastanın kaygısını tetikleyebilir. Hastanın kaygısının tetiklenmesi demek hastayı direk aşırı tıbbi tanı ve müdahale ile karşı karşıya bırakabilir. Bu gibi durumlarda hastanın aşırı tıbbi müdahaleye bağlı zarar görmesini engellemek için hekimin iletişimi, davranışı ve önerileri çok önemlidir. Hekim, hastanın güvenini kazanmalı ve aşırı tıbbi müdahaleye bağlı hastanın başına gelebilecek zararlara karşı hastayı korumalıdır. Hekimler, her zaman kendi faaliyetlerini gözlemlemeli ve kendini etik ilkeler doğrultusunda sorgulamalıdır (1).

Güçlü bir hekim-hasta ilişkisi, hükümetler tarafından uygulanan sağlık politikalarının hekimleri destekler nitelikte olması ve kanıta dayalı tıbbin kullanılması hekimlerin dördüncül korumayı uygulamalarına yardımcı olacaktır. Kanıta dayalı tıp sayesinde tanısal testlerin muhtemel öngörü değerleri ve etki büyüklükleri ile tedavinin zararları ve önleyici tedbirlerin olasılıkları hakkında hekimler bilgi sahibi olur. Bu da hekimlere birçok işe yaramaz prosedürü bırakma fırsatı verir (2, 31).

Kötü sağlık yönetimi politikalarının oluşturduğu boşluğu küresel ve kötü niyetli ilaç lobileri doldurup, manipüle ederek yeni hastalıkların yaratılmasına bunun sonucu olarak da gereksiz tıbbi tanı ve tedavinin uygulanmasına ve sağlık maliyetlerinin artmasına neden olabilmektedir (18, 32-34).

Birinci basamak hekimleri; hastalığa neden olabilecek ortamları değiştirerek, sağlığın teşvikini ve geliştirilmesini sağlayan yaşam tarzlarını iyileştirerek, aşılama yaparak ve hastalıkların erken teşhisi için tarama testleri uygulayarak bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemede büyük çaba gösterirler. Birinci basamak hekimlerinin sağlıklı insanlara tarama testlerini uygularken aşırı tanıya bağlı aşırı tedavi, yanlış pozitif sonuçların neden olduğu anksiyete ve psikolojik stres gibi zararları dikkate almaları gerekir (14).

1995'te Jamouille ve Roland tarafından tanıtılan dördüncül koruma kavramı, tıbbi süreçlerin tümünün hasta için doğal olarak yararlı olmadığına ve dolayısıyla azaltma çabalarını benimsemeye dikkat çekmektedir. Dolayısıyla birinci basamak hekimleri kendilerini ziyaret eden sağlıklı bireylere bu tıbbi süreçlerin zararlı etkilerini azaltma çabası içinde olmalıdır. Birinci basamak hekimlerinin tarama testlerinin avantaj ve dezavantajları hakkında doğru bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır (14).

Aile Hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temelli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimleri; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamaktan sorumlu hekimlerdir. Bu kapsamlı ve sürekli bakım içerisinde tıbbi olarak uygun ve etkili yöntemlerle hastanın sağlıklı olmasını sağlama ve iyilik durumunun devamı da vardır. Sağlığın sürdürülebilmesi için koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetlerinin beraber uygulanması gerekir. Unutulmamalıdır ki aile hekimliğinin temel ilkeleri arasında “hasta savunuculuğu” yani hastanın zarar görmesini engelleme görevi de bulunur (35).

Dördüncül koruma sadece birinci basamak hekimliğinin değil, aynı zamanda diğer uzmanlık alanlarının da üzerinde durduğu bir kavramdır (36).

Endokrinoloji alanında yayımlanan ve dördüncül korumaya vurgu yapan yayınlarda özellikle tiroid hastalıklarında kullanılan medikal, radyolojik, cerrahi ve nükleer tıbbi yöntemlerin aşırı ve gereksiz uygulanması sonucu hastaların iyatrojenik olarak ciddi zararlar görebildiği bu zarara bağlı iyatrojenik hipotroidi ve hipertroidi vakalarının ortaya çıkabildiğine dikkat çekilmiştir (37). Yine klinikleri düzenli bir biçimde ziyaret eden diyabet hastalarının da aşırı tıbbi tanı ve tedavi prosedürlerine bağlı zarar görme riskleri yüksektir. Bu hastalarda belirli bir tıbbi müdahalenin gerekliliği olası zararlara karşı tartışılmalıdır. Çoğu hasta için uygun olabilecek invaziv kardiyolojik ve nefrolojik girişimler diyabet hastaları için uygun olmayabilir ve aşırı tıbbi uygulamaya bağlı zarar görmelerine neden olabilir. Bunun yanı sıra diyabet hastalarının yoğun glisemik kontrollere gereksiz yere maruz kalmaları psikolojik olarak yıpratıcı olabilir. Tüm bu nedenlerden dolayı diyabet hastalarının da dördüncül koruma ile gereksiz yere aşırı tıbbi müdahalelerden korunması çok önemlidir. (38).

Obstetri alanında yayımlanan ve dördüncül korumaya vurgu yapan yayınlarda özellikle endikasyonu dışında gereksiz yere uygulanan sezeryan girişimlerine dikkat çekilmektedir. Bu cerrahi prosedür şüphesiz ki belirli risk durumlarında anneye ve bebeğe yarar sağlayabilir ancak endikasyonu dışında gereksiz yere uygulandığında ciddi maternal ve neonatal komplikasyonlara neden olup annenin ve bebeğin zarar görmesine neden olabilir (39).

Son yıllarda orta yaş sağlığı ile ilgilenen uzmanlık alanlarında uygulanan aşırı tıbbi uygulamalar eleştiri konusu olmaya başlamıştır. Özellikle belirli bir yaştan sonra fizyolojik bir süreç olarak değerlendirilen menapoza karşı uygulanan hormon replasman tedavilerine bağlı hastalar tromboembolik olaylar gibi ciddi zararlar görebilmektedirler (40).

Üroloji alanında yayımlanan bazı yayınlarda dördüncül korumaya vurgu yapılmaktadır. Bu yayınlarda özellikle prostat kanseri taramalarına bağlı hastaların aşırı tanı aldığı, buna bağlı olarak da hastaların gereksiz agresif tedavilere maruz kalıp bu tedavilere bağlı ciddi zararlar gördüğü ve gereksiz sağlık maliyetlerinin ortaya çıktığı vurgulanmaktadır. PSA (Prostat Spesifik Antijen) taramalarının, klinik olarak düşük riskli bazı tümörlerin de aşırı tanı almasını sağlayıp gereksiz agresif tedavi uygulamalarına neden olmasından yakınılmaktadır. Her ne kadar Türkiye’ de böyle bir tarama olmasa da ABD (Amerika Birleşik Devletleri)’ de son dönemde yapılan çalışmalarda PSA taraması ile saptanmış prostat kanseri vakalarının %22-42 oranında aşırı tanı aldığı belirlenmiştir. Bu alanda yapılan son çalışmalarda PSA ve dijital rektal muayene ile prostat kanseri taramasının yapılmasının hastaların ortalama yaşam sürelerine bir katkısının olmadığı, hatta gereksiz invaziv girişimlere neden olup hastaların iyatrojenik olarak zarar görmelerine sebep olduğu tespit edilmiştir (41, 42).

Kardiyoloji alanında yayımlanan ve dördüncül korumaya vurgu yapılan yayınlarda özellikle koroner kalp hastalıklarının teşhisinde ve tedavisinde kullanılan invaziv tanı ve tedavi yöntemlerinin gereksiz ve endikasyonsuz yere uygulanmasına bağlı hastaların zarar görmesinin engellenmesi gerektiği vurgusu yapılmıştır (43).

Dördüncül koruma çocuk ve ergen yaş grubunda ki hastaların da aşırı tıbbi müdahalelerden korunmasında son derece önemlidir. Bu yaş grubu, tıbbi uygulamalara karşı daha hassas ve zarar görme olasılıkları yüksek olan bireylerden oluşur. Bu nedenle

bu hastaların aşırı tanı ve tedavi girişimlerine bağlı görebilecekleri zararlar akıldan çıkarılmamalıdır (44).

Dördüncül koruma kavramına dikkat çeken klinik uzmanlık alanlarından biri de psikiyatridir. Psikiyatristler hayatın olağan sıkıntıları karşısında insanların yaşamış olduğu psikolojik süreçlere karşı ilk olarak yan etki profili geniş olabilen medikal tedavileri önermek yerine, uygun vakalarda öncelikle davranışsal terapileri tercih etmeleri hastaların iyatrojenik olarak zarar görmelerinin önüne geçebilecektir (45).

Dördüncül koruma kavramı klinik uzmanlık alanlarından anestezi de kabul gören bir kavramdır. Bu alanda yapılan yayınlarda anesteziistlerin dördüncül korumayı uygulayarak fazla ve riskli ilaç kullanımında kaçınmaları, ciddi yan etkileri olabilen sedatiflerin ve ağrı kesicilerin uygun dozlarda kullanılmasını sağlamaları, gereksiz polifarmasi ve irrasyonel ilaç kombinasyonlarından kaçınılmasını sağlayarak hastaların olası zarar görmelerinin önüne geçilmesi vurgusu yapılmaktadır (46).

Dördüncül koruma sayesinde lüzumsuz sağlık harcamaları ortadan kalkmakta, hastaların gereksiz yere stres altına girmeleri önlenmiş olmaktadır. Fakat şu da unutulmamalıdır ki hekimler aşırı tıbbi uygulamadan imtina edeyim derken yetersiz sağlık bakımı vermemeye de özen göstermeli, aşırı tıbbi medikalizasyon ile dördüncül koruma arasındaki bu hassas dengeyi korumalıdırlar (25, 33, 47).

Dördüncül koruma hekimlerin, sağlık profesyonellerinin ve sağlık sistemleri yöneticilerinin etkinliklerini teknik ve etik sınırlar açısından sorgulamalarını sağlar. Birincil, ikincil ve üçüncül korumanın aksine dördüncül korumanın hedefi sağlık profesyonelleridir. Dördüncül koruma özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde aşırı tıbbi medikalizasyon ve koruyucu faaliyetlerin zararlarını içeren, operasyonel bilgilerin ve kılavuzların geliştirilmesini ve sistematikleştirilmesini teşvik eder (30).

2.1.3 Hekim Hasta Olunca

Hasta hekim olduğunda, sağlık bakımı veren hekim açısından bazı özel ve zor durumlar ortaya çıkmaktadır. Hekim olan hasta ile hekim arasındaki ilişkide en çok ortaya çıkan ve hekimlerin şikayetçi oldukları zorluklar şu şekilde özetlenebilir; hasta olan meslektaş ile normal bir hasta hekim ilişkisi kuramamak, hekim-hasta arasındaki ilişkinin sınırlarını korumada zorluk çekmek, hekim olan hastasının kendi bilgisinin yeterliliği hakkında varsayımlarda bulunduğunu düşünmek, hekim olan hastaların özel girişimler, özel konsültasyon istekleri ve ekstra laboratuvar tetkikleri şeklinde isteklerde bulunmaları ve bu durumlarda onları geri çevirememenin verdiği zorluklar olarak sıralanabilir (48).

Hekimler, hekim hastalarını fizik muayene yaparken anksiyete yaşayabilirler ve hekim olan hastalarına tedavi vermek durumunda kaldıklarında hasta hekimi önemsediklerini kendisine göstermek için daha fazla test isteme eğilimine girebilirler. Hasta hekim olduğunda yaşanılacak zorluklardan biri de meslektaş olan hastasının anamnezini alırken yaşadığı zorluklardır. Anamnezde sorgulanması gereken zihinsel-ruhsal sağlık sorunları, aile içi şiddet ile ilgili sorular, madde kullanımı hakkındaki sorular ve cinsel risk faktörleri ile ilgili sorular rahatsız edici olabilir. Bazı durumlarda hekim olan hastaların tutulan tıbbi kayıtların gizliliği hakkında endişelerinin olması hekim ile hasta olan hekim arasındaki endişeleri daha karmaşık bir hale getirebilir. Hekimler, hasta olan meslektaşlarını muayene ederken veya tetkik isterken acaba şu muayeneyi de yapsa mıydım, yoksa şu tetkiki de istese miydım şeklinde endişelere kapılıp gereksiz tıbbi girişimlerin yolunu açabilirler. Bazı durumlarda bu gereksiz tıbbi istemler hasta olan hekim tarafından da talep edilebilir (48).

Her insan gibi hekimlerde tıbbi yardıma muhtaç olabilirler. Hekimlerin sağlık hizmeti almaya ihtiyaç duymaları kendilerine bu sağlık hizmetini sağlayacak meslektaşları için sıkıntılı bir durum oluşturabilir. Hekim olan hastalar meslektaşları için “özel” hastalardır ve bazı hekimler bu tedavi sorumluluğunu almak istemeyebilir. Ancak, unutulmamalıdır ki hasta olan hekimin güven duyarak başvurduğu meslektaş için bu durum onur vericidir. Bu ağır sorumluluğun karşısında hekim de bu güvene layık olabilmek adına muayenesini ve tetkiklerini yapmalıdır. Ancak, hekim bu ağır sorumluluğun verdiği yük ile abartılı şüpheli yaklaşım aşırı ve gereksiz tetkik ve tedavi uygulamalarından kaçınmalıdır. Hekimin meslektaşında hiçbir şeyi atlamamak adına

gösterdiği defansif yaklaşım hekim olan hastayı gereksiz tıbbi tanı ve tedavilerle yorarak hatta yan etkiler görülebilecek kadar zarar görmesine neden olabilir (49).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada yapılan anket İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan gerek teşhis gerekse tedavi aşamasında birebir hasta ile teması olan dahili ve cerrahi bölümlerin araştırma görevlisi hekimlerine 01.10.2018-31.12.2018 tarihleri arasında uygulanmıştır. Bu çalışmanın onayı 29.08.2018 tarihinde 2018/105 karar numarası ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır

02.07.2018 tarihinde İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Sekreterliği'nden alınan bilgi doğrultusunda 320 araştırma görevlisi hekimin dahili ve cerrahi bölümlerden olduğu anlaşılmıştır.

Araştırma hedef kitlesini hastaya temas eden araştırma görevlisi hekimler oluşturmuştur. Araştırmada tamsayım hedeflenmiş olup ancak mevcut kitlenin %81'ine (258/320) ulaşılmıştır. Birebir hasta teması olmayan bölümler, anketi doldurmayı kabul etmeyen hekimler çalışma dışı bırakılmıştır. Araştırma verileri anket yöntemi ile elde edilmiştir. Anket soruları dördüncül korumaya ait kaynaklardan derlenmiştir (1, 4-9, 14, 18, 22, 23). Ankette toplam 15 adet soru olup bunların ilk 6 sorusu demografik verilerle ilgilidir. Geri kalan sorular ise hekimlerin tutum ve davranışları ile ilgilidir.

Araştırmada kullanılan veriler ortanca (min-maks) ve sayı (yüzde) olarak özetlenmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Uygun olan yerlerde Mann-Whitney U, Pearson ki-kare, Yates düzeltmeli Pearson ki-kare ve Fisher kesin testleri kullanılmıştır. $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Analizlerde IBM SPSS Statistics 22 paket programı kullanılmıştır.

4.BULGULAR

Araştırmaya dahili bölümden 168 (%65,1), cerrahi bölümden 90 (%34,9) kişi katılmıştır. Bunların 119'u kadın (%46,1), 139'u erkek (%53,9) olup, 149'u evli (%57,8), 108'i bekar (%41,9) , 1'i boşanmıştır (%0,4) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Ankete katılanların bölüm, cinsiyet ve medeni durumlarının dağılımı

Bölüm		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Dahili	168	65,1
Cerrahi	90	34,9
Toplam	258	100,0

Cinsiyet		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	119	46,1
Erkek	139	53,9
Toplam	258	100,0

Medeni Durum		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evli	149	57,8
Bekar	108	41,9
Boşanmış	1	0,4
Toplam	258	100,0

Hekimlik uygulamalarını meslektaşım olan hastalarım da standart bir şekilde uygulamam önermesine evet diyen 196 (%76,0), hayır diyen 62 (%24,0) kişidir (Tablo4.2).

Tablo 4.2: Hekimlik uygulamalarını meslektaşım olan hastalarım da standart bir şekilde uygulayıp-uygulamama durumu.

Hekimlik uygulamalarını meslektaşım olan hastalarım da standart bir şekilde uygulamam.		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	196	76,0
Hayır	62	24,0
Toplam	258	100,0

Hekim olan hastanızı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmek daha kolaydır önermesine evet diyenler 101 (%39,1), hayır diyenler 157 (%60,9) kişidir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Hekim olan hastayı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmenin kolaylık durumu

Hekim olan hastanızı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmek daha kolaydır.		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	101	39,1
Hayır	157	60,9
Toplam	258	100,0

Hekim meslektaşınıza tedavi vermek sizi endişelendiriyor mu? Sorusuna evet diyenler 109 (%42,2), hayır diyenler 149 (%57,8) kişidir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Hekim olan hastayı tedavi etmek ve endişe durumu.

Hekim meslektaşınıza tedavi vermek sizi endişelendiriyor mu?		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	109	42,2
Hayır	149	57,8
Toplam	258	100,0

Meslektaşınız olan hastanızı tedavi etmekten hiç kaçındınız mı? Sorusuna evet diyen 28 (%10,9), hayır diyen 230 (%89,1) kişidir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Hekim olan hastayı tedavi etmekten kaçınma.

Meslektaşınız olan hastanızı tedavi etmekten hiç kaçındınız mı?		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	28	10,9
Hayır	230	89,1
Toplam	258	100,0

Hekim olan hastanıza diğer hastalarınıza göre öncelik sırası tanır mısınız? Sorusuna evet diyen 245 (%95,0), hayır diyen 13 (%5,0) kişidir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Hekim olan hastaya öncelik sırası tanıma.

Hekim olan hastanıza diğer hastalarınıza göre öncelik sırası tanırmısınız?		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	245	95,0
Hayır	13	5,0
Toplam	258	100,0

Hastalarınıza sağlık hizmeti verirken bir meslektaşınıza da bakmanız gerekince diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabanız olur mu? Sorusuna evet diyen 151 (%58,5), hayır diyen 107 (%41,5) kişidir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Hekim olan hastayı farklı hissettirme çabası.

Hastalarınıza sağlık hizmeti verirken bir meslektaşınıza da bakmanız gerekince diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabanız olur mu?		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	151	58,5
Hayır	107	41,5
Toplam	258	100,0

Meslektaşınız hastanız ise teşhis süreci ve tıbbi bakımda daha fazla önem gösterir misiniz? Sorusuna evet diyen 196 (%76,0), hayır diyen 62 (%24,0) kişidir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Hekim olan hastaya daha fazla önem gösterilmesi.

Meslektaşınız hastanız ise teşhis süreci ve tıbbi bakımda daha fazla önem gösterirmisiniz?		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	196	76,0
Hayır	62	24,0
Toplam	258	100,0

Hekim olan hastanıza gerek olmadığını bildiğiniz halde laboratuvar/radyolojik tetkik istediğiniz oldu mu? Sorusuna evet diyen 96 (%37,2), hayır diyen 162 (%62,8) kişidir.(Tablo 4. 9).

Tablo 4.9: Hekim olan hastaya gereksiz laboratuvar/radyolojik tetkik istemi.

Hekim olan hastanıza gerek olmadığını bildiğiniz halde laboratuvar/radyolojik tetkik istediğiniz oldu mu?		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	96	37,2
Hayır	162	62,8
Toplam	258	100,0

Meslektaşınız olan hastanıza diğer hastalarınızda kullanmadığınız yeni çıkan ilaç ya da tedavi metoduyla sağlık hizmeti verme çabanız oldu mu? Sorusuna evet diyen 15 (%5,8), hayır diyen 243 (%94,2) kişidir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Hekim olan hastaya yeni tedavi yöntemi veya ilaç kullanımı çabası.

Meslektaşınız olan hastanıza diğer hastalarınızda kullanmadığınız yeni çıkan ilaç ya da tedavi metoduyla sağlık hizmeti verme çabanız oldu mu?		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	15	5,8
Hayır	243	94,2
Toplam	258	100,0

Anket çalışmasına katılan hekimlerin yaş ortalaması 29, meslekteki çalışma süresi 4 yıl ve günlük baktıkları ortalama hasta sayısı 40 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Anket çalışmasına katılan hekimlerin yaş, meslekteki çalışma süresi ve günlük baktıkları ortalama hasta sayısı.

NİCEL VERİLER				
	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Yaş	29,64	3,641	24	54
Meslekte Çalışma Yılı	4,6899	3,38295	1	25
Günlük Bakılan Ortalama Hasta Sayısı	45,562	27,34628	3	140

Hekimlik uygulamalarımı meslektaşım olan hastalarım da standart bir şekilde uygulayım önermesine evet diyen dahili bölümden 129 (%77), cerrahi bölümden 67 (%74) kişidir. $p=0,79$ (Tablo 4.12).

Tablo 4.12: Hekimlik uygulamalarını meslektaşları olan hastalarına standart bir şekilde uygulayıp-uygulamama durumunun bölümlere göre dağılımı

Bölüm	Hekimlik uygulamalarımı meslektaşım olan hastalarım da standart bir şekilde uygulayım.		
	Evet	Hayır	Toplam
Dahili	129 (77%)	39 (23%)	168 (100%)
Cerrahi	67 (74%)	23 (26%)	90 (100%)
Toplam	196 (76%)	62 (24%)	258 (100%)
*p=0.79			

*Süreklilik düzeltilmeli Pearson ki-kare test istatistiği

Hekim olan hastanızı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmek daha kolaydır önermesine hayır diyen dahili bölüm 106(%63,0), cerrahi bölüm 51 (%57,0) kişidir. $p=0,313$ (Tablo 4.13).

Tablo 4.13: Hekim olan hastayı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmenin kolaylık durumunun bölümlere göre dağılımı.

Bölüm	Hekim olan hastanızı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmek daha kolaydır		
	Evet	Hayır	Toplam
Dahili	62 (37%)	106 (63%)	168 (100%)
Cerrahi	39 (43%)	51 (57%)	90 (100%)
Toplam	101 (39%)	157 (61%)	258 (100%)
*p=0.313			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Hekim meslektaşınıza tedavi vermek sizi endişelendiriyor mu? Sorusuna hayır diyen dahili bölümden 94 (%56,0), cerrahi bölümden 55 (%61,0) kişidir. $p=0,424$ (Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Hekim olan hastaya tedavi vermenin oluşturduğu endişe durumunun bölümlere göre dağılımı

Bölüm	Hekim meslektaşınıza tedavi vermek sizi endişelendiriyor mu?		
	Evet	Hayır	Toplam
Dahili	74 (44%)	94 (56%)	168 (100%)
Cerrahi	35 (39%)	55 (61%)	90 (100%)
Toplam	109 (42%)	149 (58%)	258 (100%)
*p=0.424			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Meslektaşınız olan hastanızı tedavi etmekten hiç kaçındınız mı? Sorusuna hayır diyen dahili bölümden 148 (%88,0), cerrahi bölümden 82 (%91,0) kişidir. $p=0,595$ (Tablo 4.15).

Tablo 4.15: Hekim olan hastayı tedavi etmekten kaçınma durumunun bölümlere göre dağılımı

Bölüm	Meslektaşınız olan hastanızı tedavi etmekten hiç kaçındınız mı?		
	Evet	Hayır	Toplam
Dahili	20 (12%)	148 (88%)	168 (100%)
Cerrahi	8 (9%)	82 (91%)	90 (100%)
Toplam	28 (11%)	230 (89%)	258 (100%)
*p=0.595			

*Süreklilik düzeltilmeli Pearson ki-kare test istatistiği

Hekim olan hastanıza diğer hastalarınıza göre öncelik sırası tanır mısınız? Sorusuna evet diyen dahili bölüm 155 (%92), cerrahi bölüm 90 (%100) kişidir. Burada istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmıştır. $p=0,005$ (Tablo 4.16).

Tablo 4.16: Hekim olan hastasına diğer hastalarına göre öncelik sırası tanıma durumunun bölümlere göre dağılımı.

Bölüm	Hekim olan hastanıza diğer hastalarınıza göre öncelik sırası tanır mısınız?		
	Evet	Hayır	Toplam
Dahili	155 (92%)	13 (8%)	168 (100%)
Cerrahi	90 (100%)	0 (0%)	90 (100%)
Toplam	245 (95%)	13 (5%)	258 (100%)
*p=0.005			

* Fisher kesin ki-kare testi

Hastalarınıza sağlık hizmeti verirken bir meslektaşınıza da bakmanız gerekince diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabanız olur mu? Sorusuna evet diyen dahili bölüm 96 (%57), cerrahi bölüm 55 (%61,0) kişidir. p=0,537 (Tablo 4.17)

Tablo 4.17: Hekim olan hastasına diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabası içerisinde olma durumunun bölümlere göre dağılımı

Bölüm	Hastalarınıza sağlık hizmeti verirken bir meslektaşınıza da bakmanız gerekince diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabanız olur mu?		
	Evet	Hayır	Toplam
Dahili	96 (57%)	72 (43%)	168 (100%)
Cerrahi	55 (61%)	35 (39%)	90 (100%)
Toplam	151 (59%)	107 (41%)	258 (100%)
*p=0.537			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Meslektaşınız hastanız ise teşhis süreci ve tıbbi bakımda daha fazla önem gösterir misiniz? Sorusuna evet diyen dahili bölüm 125 (%74,0), cerrahi bölüm 71 (%79,0) kişidir. p=0,515 (Tablo 4.18).

Tablo 4.18: Hekim olan hastasına teşhis süreci ve tıbbi bakımda daha fazla önem gösterme durumunun bölümlere göre dağılımı.

Bölüm	Meslektaşınız hastanıza ise teşhis süreci ve tıbbi bakımda daha fazla önem gösterir misiniz?		
	Evet	Hayır	Toplam
Dahili	125 (74%)	43 (26%)	168 (100%)
Cerrahi	71 (79%)	19 (21%)	90 (100%)
Toplam	196 (76%)	62 (24%)	258 (100%)
*p=0.515			

*Süreklilik düzeltilmeli Pearson ki-kare test istatistiği

Hekim olan hastanıza gerek olmadığını bildiğiniz halde laboratuvar/radyolojik tetkik istediğiniz oldu mu? Sorusuna hayır diyen dahili bölüm 98 (%58), cerrahi bölüm 64 (%71) kişidir. Burada istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmıştır. $p=0,043$ (Tablo 4.19).

Tablo 4.19: Hekim olan hastasına gerek olmadığını bildiği halde laboratuvar/radyolojik tetkik isteme durumunun bölümlere göre dağılımı.

Bölüm	Hekim olan hastanıza gerek olmadığını bildiğiniz halde laboratuvar/radyolojik tetkik istediğiniz oldu mu?		
	Evet	Hayır	Toplam
Dahili	70 (42%)	98 (58%)	168 (100%)
Cerrahi	26 (29%)	64 (71%)	90 (100%)
Toplam	96 (37%)	162 (63%)	258 (100%)
*p=0.043			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Meslektaşınız olan hastanıza diğer hastalarınızda kullanmadığınız yeni çıkan ilaç ya da tedavi metoduyla sağlık hizmeti verme çabanız oldu mu? Sorusuna hayır diyen dahili bölüm 159 (%95,0), cerrahi bölüm 84 (%93,0) kişidir. $p=0,881$ (Tablo 4.20).

Tablo 4.20: Hekim olan hastasına yeni çıkan ilaç ya da tedavi metoduyla sağlık hizmeti verme çabası içinde olma durumunun bölümlere göre dağılımı

Bölüm	Meslektaşınız olan hastanıza diğer hastalarınızda kullanmadığınız yeni çıkan ilaç ya da tedavi metoduyla sağlık hizmeti verme çabanız oldu mu ?		
	Evet	Hayır	Toplam
Dahili	9 (5%)	159 (95%)	168 (100%)
Cerrahi	6 (7%)	84 (93%)	90 (100%)
Toplam	15 (6%)	243 (94%)	258 (100%)
*p=0.881			

*Süreklilik düzeltilmeli Pearson ki-kare test istatistiği

Hekimlik uygulamalarımı meslektaşım olan hastalarım da standart bir şekilde uygulamam önermesine evet diyen kadın 92 (%77,0), erkek 104 (%75,0) kişidir. p=0,641 (Tablo 4.21).

Tablo 4.21: Hekimlik uygulamalarımı meslektaşım olan hastalarım da standart bir şekilde uygulama durumunun cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	Hekimlik uygulamalarımı meslektaşım olan hastalarım da standart bir şekilde uygulamam.		
	Evet	Hayır	Toplam
Kadın	92 (77%)	27 (23%)	119 (100%)
Erkek	104 (75%)	35 (25%)	139 (100%)
Toplam	196 (76%)	62 (24%)	258 (100%)
p=0.641			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Hekim olan hastanızı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmek daha kolaydır önermesine hayır diyen kadın 79 (%66,0), erkek 78 (%56,0) kişidir. p=0,092 (Tablo 4.22).

Tablo 4.22: Hekim olan hastayı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmenin kolaylık durumunun cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Hekim olan hastanızı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmek daha kolaydır.		
	Evet	Hayır	Toplam
Kadın	40 (34%)	79 (66%)	119 (100%)
Erkek	61 (44%)	78 (56%)	139 (100%)
Toplam	101 (39%)	157 (61%)	258 (100%)
*p=0.092			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Hekim meslektaşınıza tedavi vermek sizi endişelendiriyor mu? Sorusuna evet diyen kadın 74 (%62,0), erkek 35 (%25,0) kişidir. Burada istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmıştır. $p<0,001$ (Tablo 4.23).

Tablo 4.23: Hekim olan hastaya tedavi vermenin oluşturduğu endişe durumunun cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	Hekim meslektaşınıza tedavi vermek sizi endişelendiriyor mu?		
	Evet	Hayır	Toplam
Kadın	74 (62%)	45 (38%)	119 (100%)
Erkek	35 (25%)	104 (75%)	139 (100%)
Toplam	109 (42%)	149 (58%)	258 (100%)
*p<0.001			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Meslektaşınız olan hastanızı tedavi etmekten hiç kaçındınız mı? Sorusuna hayır diyen kadın 104 (%87,0), erkek 126 (%91,0) kişidir. $p=0,524$ (Tablo 4.24).

Tablo 4.24: Hekim olan hastayı tedavi etmekten kaçınma durumunun cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Meslektaşınız olan hastanızı tedavi etmekten hiç kaçındınız mı?		
	Evet	Hayır	Toplam
Kadın	15 (13%)	104 (87%)	119 (100%)
Erkek	13 (9%)	126 (91%)	139 (100%)
Toplam	28 (11%)	230 (89%)	258 (100%)
*p=0.524			

*Süreklilik düzeltilmeli Pearson ki-kare test istatistiği

Hekim olan hastanıza diğer hastalarınıza göre öncelik sırası tanır mısınız? Sorusuna evet diyen kadın 115 (%97,0), erkek 130 (%94,0) kişidir. p=0,393 (Tablo 4.25).

Tablo 4.25: Hekim olan hastasına diğer hastalarına göre öncelik sırası tanıma durumunun cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	Hekim olan hastanıza diğer hastalarınıza göre öncelik sırası tanır mısınız?		
	Evet	Hayır	Toplam
Kadın	115 (97%)	4 (3%)	119 (100%)
Erkek	130 (94%)	9 (6%)	139 (100%)
Toplam	245 (95%)	13 (5%)	258 (100%)
*p=0.393			

*Süreklilik düzeltilmeli Pearson ki-kare test istatistiği

Hastalarınıza sağlık hizmeti verirken bir meslektaşınıza da bakmanız gerekince diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabanız olur mu? Sorusuna evet diyen kadın 61 (%51,0), erkek 90 (%65,0) kişidir. Burada istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmıştır. p=0,028 (Tablo 4.26).

Tablo 4.26: Hekim olan hastasına sağlık hizmeti verirken diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabası içerisinde olma durumunun cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	Hastalarınıza sağlık hizmeti verirken bir meslektaşınıza da bakmanız gerekince diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabanız olur mu?		
	Evet	Hayır	Toplam
Kadın	61 (51%)	58 (49%)	119 (100%)
Erkek	90 (65%)	49 (35%)	139 (100%)
Toplam	151 (59%)	107 (41%)	258 (100%)
*p=0.028			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Meslektaşınız hastanız ise teşhis süreci ve tıbbi bakımda daha fazla önem gösterir misiniz? Sorusuna evet diyen kadın 85 (%71,0), erkek 111 (%80,0) kişidir. $p=0,114$ (Tablo 4.27).

Tablo 4.27: Hekim olan hastasına teşhis süreci ve tıbbi bakımda daha fazla önem gösterme durumunun cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Meslektaşınız hastanız ise teşhis süreci ve tıbbi bakımda daha fazla önem gösterir misiniz?		
	Evet	Hayır	Toplam
Kadın	85 (71%)	34 (29%)	119 (100%)
Erkek	111 (80%)	28 (20%)	139 (100%)
Toplam	196 (76%)	62 (24%)	258 (100%)
*p=0.114			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Hekim olan hastanıza gerek olmadığını bildiğiniz halde laboratuvar/radyolojik tetkik istediğiniz oldu mu? Sorusuna hayır diyen kadın 73 (%61,0), erkek 89 (%64,0) kişidir. $p=0,657$ (Tablo 4.28).

Tablo 4.28: Hekim olan hastasına gerek olmadığını bildiği halde laboratuvar/radyolojik tetkik isteme durumunun cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	Hekim olan hastanıza gerek olmadığını bildiğiniz halde laboratuvar/radyolojik tetkik istediğiniz oldu mu?		
	Evet	Hayır	Toplam
Kadın	46 (39%)	73 (61%)	119 (100%)
Erkek	50 (36%)	89 (64%)	139 (100%)
Toplam	96 (37%)	162 (63%)	258 (100%)
*p=0.657			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Meslektaşınız olan hastanıza diğer hastalarınızda kullanmadığınız yeni çıkan ilaç ya da tedavi metoduyla sağlık hizmeti verme çabanız oldu mu? Sorusuna hayır diyen kadın 115 (%97,0), erkek 128 (%92,0) kişidir. $p=0,197$ (Tablo 4.29).

Tablo 4.29: Hekim olan hastasına yeni çıkan ilaç ya da tedavi metoduyla sağlık hizmeti verme çabası içinde olma durumunun cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	Meslektaşınız olan hastanıza diğer hastalarınızda kullanmadığınız yeni çıkan ilaç ya da tedavi metoduyla sağlık hizmeti verme çabanız oldu mu ?		
	Evet	Hayır	Toplam
Kadın	4 (3%)	115 (97%)	119 (100%)
Erkek	11 (8%)	128 (92%)	139 (100%)
Toplam	15 (6%)	243 (94%)	258 (100%)
*p=0.197			

*Süreklilik düzeltilmeli Pearson ki-kare test istatistiği

Hekimlik uygulamalarımı meslektaşım olan hastalarım da standart bir şekilde uygulamam önermesine evet diyen evli 105 (%70,0) ,bekar 90 (%83,0) ,boşanmış 1 (%100,0) kişidir. Burada istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmıştır. $p=0,048$ (Tablo 4.30).

Tablo 4.30: Hekimlik uygulamalarını meslektaşları olan hastalarına standart bir şekilde uygulama durumunun medeni durumlara göre dağılımı.

Medeni Durum	Hekimlik uygulamalarını meslektaşları olan hastalarına da standart bir şekilde uyguladım.		
	Evet	Hayır	Toplam
Evli	105 (70%)	44 (30%)	149 (100%)
Bekar	90 (83%)	18 (17%)	108 (100%)
Boşanmış	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
Toplam	196 (76%)	62 (24%)	258 (100%)
*p=0.048			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Hekim olan hastanızı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmek daha kolaydır önermesine hayır diyen evli 89 (%60,0), bekar 68 (%63,0) kişidir. p=0,40 (Tablo 4.31).

Tablo 4.31: Hekim olan hastayı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmenin kolaylık durumunun medeni durumlara göre dağılımı.

Medeni Durum	Hekim olan hastanızı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmek daha kolaydır.		
	Evet	Hayır	Toplam
Evli	60 (40%)	89 (60%)	149 (100%)
Bekar	40 (37%)	68 (63%)	108 (100%)
Boşanmış	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
Toplam	101 (39%)	157 (61%)	258 (100%)
*p=0.40			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Hekim meslektaşına tedavi vermek sizi endişelendiriyor mu? Sorusuna hayır diyen evli 86 (%58,0), bekar 62 (%57,0) , boşanmış 1 (%100,0) kişidir. p=0,692 (Tablo 4.32).

Tablo 4.32: Hekim olan hastaya tedavi vermenin oluşturduğu endişe durumunun medeni durumlara göre dağılımı.

Medeni Durum	Hekim meslektaşınıza tedavi vermek sizi endişelendiriyor mu?		
	Evet	Hayır	Toplam
Evli	63 (42%)	86 (58%)	149 (100%)
Bekar	46 (43%)	62 (57%)	108 (100%)
Boşanmış	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
Toplam	109 (42%)	149 (58%)	258 (100%)
*p=0.692			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Meslektaşınız olan hastanızı tedavi etmekten hiç kaçındınız mı? Sorusuna hayır diyen evli 136 (%91,0), bekar 93 (%86,0) , boşanmış 1 (%100,0) kişidir. p=0,397 (Tablo 4.33).

Tablo 4.33: Hekim olan hastayı tedavi etmekten kaçınma durumunun medeni durumlara göre dağılımı.

Medeni Durum	Meslektaşınız olan hastanızı tedavi etmekten hiç kaçındınız mı?		
	Evet	Hayır	Toplam
Evli	13 (9%)	136 (91%)	149 (100%)
Bekar	15 (14%)	93 (86%)	108 (100%)
Boşanmış	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
Toplam	28 (11%)	230 (89%)	258 (100%)
*p=0.397			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Hekim olan hastanıza diğer hastalarınıza göre öncelik sırası tanır mısınız? Sorusuna evet diyen evli 143 (%96,0), bekar 101 (%94,0) ,boşanmış 1 (%100,0) kişidir. p=0,656 (Tablo 4.34).

Tablo 4.34: Hekim olan hastasına diğer hastalarına göre öncelik sırası tanıma durumunun medeni durumlara göre dağılımı.

Medeni Durum	Hekim olan hastanıza diğer hastalarınıza göre öncelik sırası tanır mısınız?		
	Evet	Hayır	Toplam
Evli	143 (96%)	6 (4%)	149 (100%)
Bekar	101 (94%)	7 (6%)	108 (100%)
Boşanmış	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
Toplam	245 (95%)	13 (5%)	258 (100%)
*p=0.656			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Hastalarınıza sağlık hizmeti verirken bir meslektaşınıza da bakmanız gerekince diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabanız olur mu? Sorusuna evet diyen evli 82 (%55,0), bekar 68 (%63) , boşanmış 1 (%100,0) kişidir. p=0,311 (Tablo 4.35).

Tablo 4.35: Hekim olan hastasına diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabası içerisinde olma durumunun medeni durumlara göre dağılımı

Medeni Durum	Hastalarınıza sağlık hizmeti verirken bir meslektaşınıza da bakmanız gerekince diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabanız olur mu?		
	Evet	Hayır	Toplam
Evli	82 (55%)	67 (45%)	149 (100%)
Bekar	68 (63%)	40 (37%)	108 (100%)
Boşanmış	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
Toplam	151 (59%)	107 (41%)	258 (100%)
*p=0.311			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Meslektaşınız hastanız ise teşhis süreci ve tıbbi bakımda daha fazla önem gösterir misiniz? Sorusuna evet diyen evli 115 (%77,0) , bekar 80 (%74,0), boşanmış 1 (%100,0) kişidir. p=0,723 (Tablo 4.36).

Tablo 4.36: Hekim olan hastasına teşhis süreci ve tıbbi bakımda daha fazla önem gösterme durumunun medeni durumlara göre dağılımı.

Medeni Durum	Meslektaşınız hastanıza ise teşhis süreci ve tıbbi bakımda daha fazla önem gösterir misiniz?		
	Evet	Hayır	Toplam
Evli	115 (77%)	34 (23%)	149 (100%)
Bekar	80 (74%)	28 (26%)	108 (100%)
Boşanmış	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
Toplam	196 (76%)	62 (24%)	258 (100%)
*p=0.723			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Hekim olan hastanıza gerek olmadığını bildiğiniz halde laboratuvar/radyolojik tetkik istediğiniz oldu mu? Sorusuna hayır diyen evli 104 (%70,0), bekar 57 (%53,0), boşanmış 1 (%100,0) kişidir. Burada istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmıştır. $p=0,015$ (Tablo 4.37).

Tablo 4.37: Hekim olan hastasına gerek olmadığını bildiği halde laboratuvar/radyolojik tetkik isteme durumunun medeni durumlara göre dağılımı.

Medeni Durum	Hekim olan hastanıza gerek olmadığını bildiğiniz halde laboratuvar/radyolojik tetkik istediğiniz oldu mu?		
	Evet	Hayır	Toplam
Evli	45 (30%)	104 (70%)	149 (100%)
Bekar	51 (47%)	57 (53%)	108 (100%)
Boşanmış	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
Toplam	96 (37%)	162 (63%)	258 (100%)
*p=0.015			

*Pearson ki-kare test istatistiği

Meslektaşınız olan hastanıza diğer hastalarınızda kullanmadığınız yeni çıkan ilaç ya da tedavi metoduyla sağlık hizmeti verme çabanız oldu mu? Sorusuna hayır diyen evli 137 (%92,0), bekar 105 (%97,0) , boşanmış 1 (%100,0) kişidir. $p=0,197$ (Tablo 4.38).

Tablo 4.38: Hekim olan hastasına yeni çıkan ilaç ya da tedavi metoduyla sağlık hizmeti verme çabası olma durumunun medeni durumlara göre dağılımı.

Medeni Durum	Meslektaşınız olan hastanıza diğer hastalarınızda kullanmadığınız yeni çıkan ilaç ya da tedavi metoduyla sağlık hizmeti verme çabanız oldu mu ?		
	Evet	Hayır	Toplam
Evli	12 (8%)	137 (92%)	149 (100%)
Bekar	3 (3%)	105 (97%)	108 (100%)
Boşanmış	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
Toplam	15 (6%)	243 (94%)	258 (100%)
*p=0.197			

*Pearson ki-kare test istatistiği

5.TARTIŞMA

Hasta hekim olduğunda, sağlık hizmeti veren hekim açısından bazı özel ve içinden çıkılması zor durumlar ortaya çıkmaktadır. Hekim olan hasta ile hekim arasındaki ilişkide en çok ortaya çıkan ve hekimlerin şikayetçi oldukları problemler şu şekilde özetlenebilir; hasta olan meslektaş ile normal bir hasta hekim ilişkisi kuramamak, hekim-hasta arasındaki ilişkinin sınırlarını korumada zorluk çekmek, hekim olan hastasının kendi bilgisinin yeterliliği hususunda varsayımlarda bulunduğunu düşünmek, hekim olan hastaların özel girişimler özel konsültasyon istekleri ve ekstra laboratuvar tetkikleri şeklinde taleplerde bulunmaları ve bu durumlarda onları geri çevirememenin verdiği zorluklar olarak sıralanabilir (48).

Yaptığımız anket çalışmasında da hekimlere konuyla ilgili olarak meslektaşının hastası olması durumunda yaşamış olduğu sorunlardaki davranış biçimi sorgulanmaya çalışılmıştır. Gerek yurtiçi gerekse yurtdışı literatür taramalarımızda konuyla ilgili herhangi bir araştırma yayınının olmadığı tarafımızdan tespit edilmiştir. Bu durum çalışmamızın benzer çalışmalarla ve bulgularla kıyaslanamaması şeklinde bir sonucu ortaya çıkarmıştır. Fakat konuyla ilgili olan birçok derleme çalışmasının literatürde olduğu görülmüştür.

Yaptığımız anket çalışmasının zayıf yönlerinden birisi “dördüncül koruma” kavramı konusunda hekimlerin bu kavram hakkındaki bilgi düzeylerini sormamış olmamız diyebiliriz. Fakat, anketteki sorular özellikle hekimlerin tıbbi bakımları sırasında karşılaştıkları dördüncül koruma kavramının pratik olarak sergiledikleri davranışlar bakımından içeriğe sahip olması nedeniyle, araştırmamıza önemli düzeyde tespitler yapmamızı sağlamıştır.

Hekimlik mesleği uygulanırken meslektaşların hastalığı durumunda tıp eğitimi sırasında öğretilen deontolojik kurallara uyulması hususunda tavsiyeler söz konusudur. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nde “Tabip ve dış tabipleri, kendi aralarında iyi meslektaşlık münasebetlerini idame ettirmeli ve mânevi bakımdan birbirine yardım etmelidirler. Meslekle ilgili anlaşmazlıklarını, evvelâ kendi aralarında halletmeğe çalışmalı ve bunda muvaffak olamadıkları takdirde mensup oldukları tabip odalarına haber vermelidirler” (madde 37), “Tabip ve dış tabibi, meslektaşlarını zemmedemiyeceği

gibi onları küçük düşürecek diğer tavır ve hareketlerde de bulunamaz. Tabip ve diş tabibi, her hangi bir şahsın haysiyet kırıcı hücumlarına karşı meslektaşlarını korur” (madde 38), “Tabip ve diş tabibi, paramedikal meslek mensupları ile mesleki münasebetlerinde, onların bağımsızlığını ihlâl etmemeli, kendilerine nezaket göstermeli, onları, hastalarına karşı müşkül bir duruma koyabilecek hareketlerden sakınmalıdır” (madde 40) denmektedir (50).

Gerek yasal düzenlemeler gerekse bazı etik kurallar nedeniyle meslek mensubu olan kişilerin tıbbi bakımlarında hekimlerin yaşayabileceği problemler söz konusu olabilmektedir. Yaptığımız çalışmada da hekimlerin bir denge içerisinde kalmaya gayret etme çabalarının olduğu görülmüştür.

“Hekim olan hastanıza diğer hastalarınıza göre öncelik sırası tanır mısınız?” Sorusu bölümlere göre değerlendirildiğinde evet cevabını veren cerrahi bölüm hekimlerinin oranının, dahili bölüm hekimlerinin oranından yüksek olduğu (cerrahi bölüm %100, dahili bölüm %92,) ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonucun çıktığı ($p=0,005$) tespit edilmiştir. İki grup arasında ki bu anlamlı fark dahili bölüm polikliniklerinin, cerrahi bölüm polikliniklerine oranla daha yoğun olmasından kaynaklanıyor olabilir. Hasta yoğunluğunun fazla olduğu polikliniklerde hekimlerin yoğunluk ve dikkat azalması nedeniyle, hasta olan meslektaşlarına karşı öncelik sırası tanıma hassasiyetleri bir ölçüde azalmış olabilir.

“Hekim olan hastanıza gerek olmadığını bildiğiniz halde laboratuvar/radyolojik tetkik istediğiniz oldu mu?” Sorusu bölümlere göre değerlendirildiğinde hayır cevabını veren cerrahi bölüm hekimlerinin oranının, dahili bölüm hekimlerinin oranından yüksek olduğu (cerrahi bölüm %71, dahili bölüm %58,) ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonucun çıktığı ($p=0,043$) tespit edilmiştir. Cerrahi bölüm hekimleri tıbbi uygulamalar sırasında hekim olan hastasının talebi ya da hasta olan meslektaşına daha fazla hassasiyet gösterme gayreti nedeniyle gerek olmayan laboratuvar/radyolojik tetkiklerin yapılmasına olumsuz yaklaşarak dahili bölüm hekimlerine oranla daha farklı bir yaklaşım göstermişlerdir. İki grup arasında ki bu anlamlı fark dahili bölüm polikliniklerinde tanıların, cerrahi bölüm polikliniklerine oranla daha çok tetkik ağırlıklı yapılarak konulmasından kaynaklanıyor olabilir. Daha çok tetkik ağırlıklı çalışan dahili bölüm hekimleri, hekim olan hastalarına gereksiz tetkik istemede cerrahi bölüm hekimlerine oranla daha az hassas davranıyor olabilir.

“Hekim meslektaşınıza tedavi vermek sizi endişelendiriyor mu?” Sorusu cinsiyete göre değerlendirildiğinde evet cevabını veren kadın hekimlerin oranının, erkek hekimlerden yüksek olduğu (kadınların %62,0, erkeklerin %25,0) ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonucun çıktığı ($p<0.001$) tespit edilmiştir. İki grup arasındaki bu fark kadın hekimlerin meslektaşlarına tedavi verirken erkek hekimlere göre meslektaşları için daha fazla endişeye sahip oldukları şeklinde yorumlanmıştır. Bunun nedeni kadınların erkeklere oranla daha hassas ve duygusal bir yapıya sahip olmaları olabilir. Kadın hekimler ,erkek hekimlere göre daha hassas bir yapıya sahip oldukları için meslektaşları olan hastalarına tedavi uygularken daha fazla endişeleniyor olabilirler.

“Hastalarınıza sağlık hizmeti verirken bir meslektaşınıza da bakmanız gerekince diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabanız olur mu?” Sorusu cinsiyete göre değerlendirildiğinde evet cevabını veren erkek hekimlerin oranının kadın hekimlerden yüksek olduğu (erkek %65,0, kadın %51,0) ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonucun çıktığı ($p=0,028$) tespit edilmiştir. İki grup arasında ki bu fark çalışma şartlarının ağırlığına ve günlük bakılan hasta sayılarının yüksek olmasına erkeklerin kadınlara göre bedensel ve ruhsal olarak daha dayanıklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Erkek hekimler yoğun iş temposunu kadın hekimlere göre fiziken daha rahat tolere ettikleri için meslektaşları olan hastalarına farklı olduklarını daha fazla hissettirme çabası içerisinde olmaya tahammül gösteriyor olabilirler.

“Hekimlik uygulamalarımı meslektaşım olan hastalarım da standart bir şekilde uygulayın” önermesi medeni duruma göre değerlendirildiğinde evet cevabını veren bekar hekimlerin oranının ,evli hekimlerin oranından yüksek olduğu (%83,0 bekar ,%70,0 evli,) ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonucun çıktığı ($p=0,048$) tespit edilmiştir. İki grup arasındaki bu fark bekar olan hekimlerin aile hayatı içerisindeki ayrıcalıklar, empati, farklılıklar gibi durumları daha az yaşamaları nedeniyle daha tek düze bir bakış açısıyla yaklaşımlarından kaynaklanıyor olabilir.

“Hekim olan hastanıza gerek olmadığını bildiğiniz halde laboratuvar/radyolojik tetkik istediğiniz oldu mu?” Sorusu medeni duruma göre değerlendirildiğinde hayır cevabını veren evli hekimlerin oranının bekar hekimlerden yüksek olduğu (%70,0 evli, %53,0 bekar) ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonucun çıktığı ($p=0,015$) tespit edilmiştir. Her ne kadar tüm hekimler bölüm, cinsiyet, medeni durum ya da farklı bir parametreden etkilenmeksizin sağlık sisteminin ekonomik çıkarlarını gözetmekte çok duyarlı

davransalar da bazen oluşan istatistiksel anlamlı fark gereksiz tetkik istendiği anlamı ile ilişkilendirilemez.

Yaptığımız araştırmada hekimlerin dördüncül koruma ile ilgili olarak hassasiyete sahip tutum ve davranışlar sergiledikleri görölmüştür. Her ne kadar hekim olan hastaya sağlık hizmeti vermenin zorlukları olsa da hekimlerin profesyonel bir yaklaşım ile sorunların üstesinden gelmiş olmaları memnuniyet vericidir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Dördüncül koruma sadece birinci basamak hekimliğinin değil, aynı zamanda diğer uzmanlık dallarının da gündeminde olması gereken bir konudur. Bu sayede lüzumsuz sağlık harcamaları ortadan kalkmakta, hastaların gereksiz yere stres altına girmeleri önlenmiş olmaktadır. Hekimler aşırı tıbbi uygulamadan imtina edeyim derken yetersiz sağlık bakımı vermemeye de özen göstermeli, aşırı tıbbi medikalizasyon ile dördüncül koruma arasındaki bu hassas dengeyi korumalıdır. Aksi takdirde hastanın zarar görmesi kaçınılmaz olabilir.

Sağlık profesyonellerinin ve sağlık sistemleri yöneticilerinin etkinliklerini teknik ve etik sınırlar açısından sorgulamalarını dördüncül koruma sağlar. Birincil, ikincil ve üçüncül korumanın aksine dördüncül korumanın hedefi sağlık profesyonelleridir. Dördüncül koruma özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde aşırı tıbbi medikalizasyon ve koruyucu faaliyetlerin zararlarını içeren, operasyonel bilgilerin ve kılavuzların geliştirilmesini ve sistematikleştirilmesini teşvik eder.

Her insan gibi hekimlerin de tıbbi yardıma ihtiyacı olabilir. Bu sağlık hizmetini sağlayacak olan hekim için sıkıntılı bir durum oluşturabilir. Hekim olan hastalar meslektaşları için “özel” hastalardır ve bazı hekimler bu tedavi sorumluluğunu almak istemeyebilir. Hasta olan hekimin itimat ederek başvurduğu meslektaşı için bu durum onur verici bir süreçtir.

Bu sorumluluğun karşısında sağlık hizmeti veren hekim de bu güvene layık olabilmek adına gerekeni yapmalıdır. Bu ağır sorumluluğun verdiği yük ile abartılı şüpheli yaklaşım aşırı ve gereksiz tetkik ve tedavi uygulamalarından kaçınmalıdır. Hekimin meslektaşında hiçbir şeyi atlamamak adına gösterdiği aşırı hassas yaklaşım hekim olan hastayı gereksiz tıbbi tanı ve tedavilerle yorup hatta yan etkiler görülebilecek kadar zarar görmesine neden olabilir.

Bu noktada “dördüncül koruma” kavramının hekimler tarafından uygulanmasının önemi ortaya çıkmaktadır. Yaptığımız araştırma da bize, hekimlerin dördüncül koruma ile ilgili olarak hassasiyete sahip tutum ve davranışlar sergilediklerini göstermiştir.

Konuyla ilgili olarak klinik uzmanlık alanlarının tanı kılavuzları oluşturulurken kanıta dayalı tıbbın göz önünde bulundurularak düzenlenmesi hastaların zarar görmesini engelleyecek önemli bir adım olacaktır.

Aşırı tıbbi yaklaşımı önlemek ve dördüncül korumayı sağlamak için bazı öneriler ve stratejiler bu hazırlanacak olan kılavuzlarda geliştirilebilir. Ortak karar verme sürecine dayanan uzun süreli güvenilir bir hekim hasta ilişkisinin kurulması, birinci basamak merkezli sağlık hizmeti modelinin teşviki, yüksek kaliteli tıbbi eğitim ve öğretim, hasta eğitimi, tıbbi karar verme süreçlerinde kanıta dayalı tıp uygulamalarının kullanılması ve hasta ile iletişimde empatinin vurgulanması önem arz etmektedir.



KAYNAKLAR

1. Jamouille M. Quaternary prevention: First, do not harm. MJ. P4 final draft.
Brazilia, Friday, June 24, 2011.
2. Pandve HT. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 2014;2(2):254-257.
3. Villaseñor-Chávez DA, Guzmán-Esquivel J. A new tool for knowledge acquisition and assessment in urology: Quaternary prevention. *Rev Mex Urol* 2015;75(3):123-125.
4. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner.
https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/177926/1/2010-18-368_ELPS_engl.pdf
7.12.2018
5. Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. Hong-Kong Wonca Classification Committee June 6/9, 1995,
<http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000103/0000261.pdf> 7.12.2018
6. Jamouille M. Quaternary prevention: First, do not harm. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35):1-3.
7. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015;4(2):61–64.
8. Jamouille M Quaternary prevention from Wonca world Hong Kong 1995 to Wonca world Prague 2013.
<https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/188697/1/Jamouille%2C%20Roland%20-%202013%20-%20Quaternary%20prevention%20From%20Wonca%20world%20Hong%20Kong%201995%20to%20Wonca%20world%20Prague%202013.pdf> 25.12.2018

9. Jamouille M, Tsoi G, Heath I, Mangin D, Pezeshki M, Pizzanelli Báez M. Quaternary prevention, addressing the limits of medical practice. Wonca world conference Prague; 2013, :
<http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000322/0000469.pdf> 25.12.2018.
10. Bentzen N. Wonca International Dictionary For General/Family Practice. Wonca International Classification Committee
<http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/0000052.pdf> 27.12.2018
11. Brown S, Hazlewood A. The Report of the Clinical Prevention Policy Review Committee. A Lifetime of Prevention, final report, 2009,
https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2009/CPPR_Lifetime_of_Prevention_Report.pdf 06.01.2019
12. Annadurai K, Danasekaran R, Mani G, Ramasamy J. Quaternary prevention: Preventing over-medicalization. *Journal of Dr. NTR University of Health Sciences* 2014;3(3) 216-217.
13. Pandve HT. Quaternary prevention: Need of the hour. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2014;3:309-10.
14. Bae J-M, Jamouille M. Primary Care Physicians' Action Plans for Responding to Results of Screening Tests Based on the Concept of Quaternary Prevention. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2016;49:343-348.
15. Veloso TS, Cambão MS, Migraine treatment: a chain of adverse effects. *SpringerPlus*. 2015;4:409-410.
16. Martins C , Cwirko MG, Heleno B ,Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept Quaternary prevention aims to protect patients from medical harm . *European Journal Of General Practice*, 2018 Vol. 24, No. 1, 106–111
17. Carter SM, Degeling C, Doust J, Barratt A. A definition and ethical evaluation of overdiagnosis. *Journal of Medical Ethics*. 2016;42:705–714
18. Jamouille M. The four duties of family doctors: quaternary prevention – first, do no harm. *The Hong Kong Practitioner*. 2014;36:72-77
19. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heatf I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008;62:580–583

20. Alber K , Kuehlein T , Schedlbauer A, Schaffer S . Medical overuse and quaternary prevention in primary care – A qualitative study with general practitioners . *BMC Family Practice* (2017) 18:99 DOI 10.1186/s12875-017-0667-4
21. Bae JM. Implementation of quaternary prevention in the Korean healthcare system: lessons from the 2015 Middle East respiratory syndrome coronavirus outbreak in the Republic of Korea. *Journal of Preventive Medicine Public Health* 2015;48:271-273.
22. Jamouille M. First do not harm. *Journal of Mid-life Health* 2015;6(2):51-52.
23. Jamouille M. Information et informatisation en médecine générale [Computer and computerisation in general practice]. Dans: Les informa-g-iciens. Namur, Belgium: Press Univ Namur; 1986. p. 193–209.
<http://hdl.handle.net/2268/170822> 25.12.2018
24. Margarida M, Moreira A. Too Many Types of Prevention? *Euras J Fam Med* 2015;4(3):142-4.
25. Pandve HT. General Practitioners must know about Quaternary Prevention. *Journal of General Practice* 2016;4:3.
26. Wagner H. Quaternary prevention and the challenges to develop a good practice: Comment on “Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization”. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015;4(8):557–558.
27. Woolf SH, Harris R. The harms of screening: new attention to an old concern. *JAMA* 2012;307(6):565-6.
28. Visentin G . The Difficult Choice of “Not Doing” Comment on “Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Overmedicalization” . *International journal of Health Policy and Management* 2015, 4(8), 559–560
29. Tesser CD, Norman AH. Differentiating clinical care from disease prevention: a prerequisite for practicing quaternary prevention. *Cad. Saúde Pública*, 2016;32(10):e00012316.
30. Tesser CD. Why is quaternary prevention important in prevention? *Rev Saude Publica*. 2017;51:116
31. Widmer D, Herzig L, Jamouille M. Prévention quaternaire : agir est-il toujours justifié en médecine de famille ? *Rev Med Suisse* 2014;10:1052-1056.
32. Hoffman B. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. *Med Health Care and Philos*. 2016;19:253–264

33. Conrad P, Mackie T, Mehrotra A. Estimating the costs of medicalization. *Social Science and Medicine*. 2010;70:1943-7.
34. Borracci RA, Mauro VM, Medical Professionalism, Models of Regulation and Professional. Autonomy. *Revista Argentina de Cardiologia* 2015;83:242-244.
35. The European Definition Of General Practice / Family Medicine. Wonca Europe 2011 Edition.
36. Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Türk Aile Hek Derg*. 2017;21(2);74-81.
37. Kalra S, Baruah MP, Sahay R. Quaternary prevention in thyroidology. *Thyroid Research and Practice* 2014;11:43-4.
38. Kalra S, Sreedevi A, Unnikrishnan AG. Quaternary prevention and diabetes. *J Pak Med Assoc*. 2014;64(11):1324-6.
39. Souza JP, Pileggi-Castro C. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. Perspectives. *Cad. Saúde Pública*, 2014;30 Sup:S1-S3.
40. Kalra B, Malik S Quaternary prevention and menopause. *Journal of Mid-life Health*. 2014;5(2) :53-44.
41. Loeb S, Bjurlin M, Nicholson J, et al. Overdiagnosis and overtreatment of prostate cancer. *Eur Urol*. 2014;65: 1046-55.
42. Pinsky PF, Prorok PC, Yu K, Kramer BS et al. Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial with median 15 years follow up. *Cancer* 2017; 123(4): 592-599. DOI: 10.1002/cncr.30474.
43. Gupta R, Ahuja S. Coronary heart disease secondary prevention. *J. Preventive Cardiology*, 2014;3(4):549-555.
44. British Association for Child and Adolescent Public Health. Introducing the “Family Friendly Framework”,
<http://www.bacch.org.uk/policy/BACCH%20Family%20Friendly%20Framework%20final.pdf> 03.01.2019
45. Bhatia MS. Over Diagnosis, Overshadowing and Overtreatment in Psychiatry. *Delhi Psychiatry Journal* 2012;15(1):3-4.
46. Bajwa SJS, Kalra S, Takrouri MSM. Quaternary prevention in anesthesiology: Enhancing the socio-clinical standards. *Anesthesia: Essays and Researches*; 2014;8(2):125-126.
47. Widmer D. Care and Do Not Harm: Possible Misunderstandings With Quaternary Prevention (P4). Comment on “Quaternary Prevention, an Answer of Family

- Doctors to Over Medicalization” *International Journal of Health Policy and Management* 2015, 4(8), 561–563.
48. Klenske AD, Rosenbaum M. When Doctor Becomes Patient: Challenges and Strategies in Caring for Physician-Patients. *Family Medicine*. 2012, 44: 471-7
49. *Türk Kardioloji Derneği*. Hekimler Arasındaki İlişkilerde Etik, 2009;37 Suppl 3, 15-18.
50. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. T.C. Resmi Gazete, sayı: 10436, 19.2.1960.



EKLER:

EK-1: Anket

“Hekimlerin Dördüncül Korumayı Uygularken Meslektaşlarına Tutum Ve Davranışlarını” ortaya çıkarmak amacıyla bu anket düzenlenmiştir. Bu veriler bir araştırma çalışmasında kullanılacaktır. Desteğiniz için teşekkür ederiz.

Demografik Veriler

1. Yaşınız:

2. Bölümünüz?

1) Dahili

2) Cerrahi

3. Cinsiyetiniz:

1) Kadın

2) Erkek

4. Medeni haliniz?

1) Evli

2) Bekar

3) Boşanmış

5. Meslekteki çalışma yılınız:

6. Günlük baktığınız ortalama hasta sayısı?

Tutum ve Davranışlarla İlgili Sorular

7. Hekimlik uygulamalarımı meslektaşım olan hastalarım da standart bir şekilde uyguladımı

1) Evet

2) Hayır

8. Hekim olan hastanızı diğer hastalara göre teşhis/tedavi etmek daha kolaydır?

1) Evet

2) Hayır

9. Hekim meslektaşınıza tedavi vermek sizi endişelendiriyor mu?

1) Evet

2) Hayır

10. Meslektaşınız olan hastanızı tedavi etmekten hiç kaçındınız mı?

1) Evet

2) Hayır

11. Hekim olan hastanıza diğer hastalarınıza göre öncelik sırası tanır mısınız?

1) Evet

2) Hayır

12. Hastalarınıza sağlık hizmeti verirken bir meslektaşınıza da bakmanız gerekince diğer hastalardan farklı olduğunu hissettirme çabanız olur mu?

1) Evet

2) Hayır

13. Meslektaşınız hastanız ise teşhis süreci ve tıbbi bakımda daha fazla önem gösterir misiniz?

1) Evet

2) Hayır

14. Hekim olan hastanıza gerek olmadığını bildiğiniz halde laboratuvar/radyolojik tetkik istediğiniz oldu mu?

1) Evet

2) Hayır

15. Meslektaşınız olan hastanıza diğer hastalarınızda kullanmadığınız yeni çıkan ilaç ya da tedavi metoduyla sağlık hizmeti verme çabanız oldu mu?

1) Evet

2) Hayır

Araştırmamıza vermiş olduğunuz katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

EK-2: Etik Kurul Karar Formu**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hekimlerin Dördüncül Korumayı Uygularken Meslektaşlarına Tutum ve Davranışları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2018/105

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219
	FAKS	+90 422 341 00 36
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Saim YOLOĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hekimlerin Dördüncül Korumayı Uygularken Meslektaşlarına Tutum ve Davranışları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2018/105

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	Belge Adı			Açıklama		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	DİĞER:	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/105	Tarih: 29.08.2018				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Saim YOLOĞLU					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Saim YOLOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN	İç Hastalıkları	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Sedat YILDIZ	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Barış OTLU	Mikrobiyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet GÜL	Histoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Cemalettin AYDIN	Genel Cerrahi	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

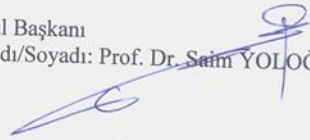
Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Saim YOLOĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Hekimlerin Dördüncül Korumayı Uygularken Meslektaşlarına Tutum ve Davranışları							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2018/105							
Prof. Dr. Hakan HARPUTLUOĞLU	Onkoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Yılmaz TABEL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☒	H ☐	E ☐	H ☒	KATILMADI
Dr. Öğr. Üyesi Sedat AKBAŞ	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	KATILMADI
Necila DENİZ	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Abdullah DEMİREL	Hukuk	Serbest Avukat	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	KATILMADI
Hasan KONAN	Sivil Üye	MSD Ltd. Şti.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Saim YOLOĞLU
İmza:



Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.