



Review / Derleme

Quaternary Prevention And Overmedicalization Dördüncül Koruma Ve Aşırı Medikalizasyon

Uğur BÜYÜKOKUDAN¹, Kadriye AVCI¹

Abstract

Quaternary prevention involves identifying patients who are at risk of over-medicalization and protecting patients from unnecessary medical intervention. In fact, patients are currently at risk of unnecessary over-diagnosis and over-treatment as technology progresses and the use of health-care services grows. Over-medicalization is described as medical treatments that have not been validated in terms of patient benefits, are potentially detrimental, and so incur unnecessary expenses. These have a negative social, psychological, and economic impact on patients, while also increasing dissatisfaction and the financial burden on the health-care system. Given the potential for long-term harm from medical interventions, the concept of quaternary prevention and over-medicalization is significant in this particular setting. Patients' engagement in decision-making and shared decision-making, building a trustworthy patient-physician relationship, expanding primary health care services, and regulating the referral system are all crucial to minimizing over-medicalization and providing quaternary prevention.

Keywords: Medicalization; Preventive Health Services; Preventive medicine

Özet

Dördüncül koruma, aşırı tıbbi medikalizasyon riski altındaki kişilerin belirlenmesi ve hastaların gereksiz tıbbi müdahalelere karşı korunmalarını içerir. Günümüzde gelişen teknoloji ve artan sağlık hizmeti kullanımıyla beraber, hastalara gereksiz aşırı teşhis ve aşırı tedavi uygulanabilmektedir. Aşırı medikalizasyon kavramı ise, hastalara sağladığı faydalar açısından doğrulanmamış, potansiyel olarak zararlı ve bu nedenle gereksiz maliyetlere yol açan tıbbi uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Bunlar hastalarda sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden olumsuz etkilenme; sağlık sisteminde ise memnuniyetsizlik ve ekonomik yükü arttırmaktadır. İnsanların tüm yaşamları boyunca tıbbi müdahalelerden zarar görebileceği düşünüldüğünde, dördüncül koruma ve aşırı medikalizasyon kavramı bu bağlamda büyük önem taşımaktadır. Aşırı medikalizasyonu azaltmak ve dördüncül korumayı sağlamak için; hastaların karar verme sürecine katılımı ve ortak karar alma, güvenilir hasta-hekim ilişkisi kurulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin teşvik edilmesi ve sevk sisteminin düzenlenmesi önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Medikalizasyon; Koruyucu Sağlık Hizmetleri; Koruyucu Hekimlik

Geliş tarihi / Received: 19.07.2023 Kabul tarihi / Accepted: 26.10.2023

¹ Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi/Tıp Fakültesi/Halk Sağlığı anabilim dalı

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Uğur BÜYÜKOKUDAN. 2078. Sokak Zafer Sağlık Külliyesi Afsü Tıp Fakültesi B Blok Merkez/Afyonkarahisar E-posta: u_buyukokudan@hotmail.com Tel: +9 0543 233 53 70

Büyükokudan U, Avcı K. *Quaternary Prevention And Overmedicalization*. *TJFMPC*, 2023; 17 (4) :572-581
DOI: 10.21763/tjfmpe.1329929

Hastalıklardan koruma, halk sağlığının temelini oluşturmaktadır. Hastalık ortaya çıkmadan önceki koruma hizmetleri kadar, hastalıklar ortaya çıktıktan sonraki koruma önlemleri de önemlidir. Özellikle günümüzde bazen hastalara gereksiz aşırı teşhis ve tedavi hizmetleri verilmekte, bu da hem hastaların sağlığını olumsuz etkilemekte hem de ekonomik bir yüke neden olmaktadır. Bu tür durumlarda alınacak koruma önlemleri, son yıllarda dördüncül koruma adı altında incelenmeye başlanmıştır. Bu derlemede, koruma düzeyleri, dördüncül koruma kavramı ve dördüncül korumanın bileşenlerinden olan aşırı medikalizasyon, nedenleri ve nleme stratejileri ile birlikte, literatür bilgileri ışığında incelemek amaçlanmıştır.

Koruma ve Korunma Düzeyleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıklar oluşmadan önlem alınması, kronik ve bulaşıcı hastalıkların olumsuz etkilerinin azaltılması, hastalık sonrası hasta ve yakınlarının rehabilitasyonunun sağlanması gibi uygulamaları içeren, tedaviden önce korumaya odaklanan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.¹ Koruma düzeyleri birincil, ikincil, ncl ve yeni bir alan olan dördüncül koruma kategorilerini kapsamaktadır.^{2,3}

Dünya Sağlık rgt, birincil korumayı “bir hastalığın ortaya çıkmasını önlemeyi amaçlayan eylemler” olarak tanımlar. Bu eylemler; sosyal ve ekonomik belirleyicilerin sağlık üzerindeki etkisini değiştirerek sağlığı iyileştirmeye yönelik faaliyetleri, davranışsal ve tıbbi sağlık riskleri hakkında bilgi sağlama ve danışmanlık hizmetini, kişisel ve toplumsal düzeyde beslenme ve gıda takviyesi; ağız ve diş hijyeni eğitimi; çocukların, yetişkinlerin ve yaşlıların aşılanması gibi klinik koruyucu hizmetleri, bulaşıcı hastalığa maruz kalan kişiler için aşılama veya maruz kalma sonrası profilaksiyi içermektedir.⁴ İkincil korumada, birey veya toplumda hastalığın erken teşhis edilmesi ve tedaviyi kolaylaştırarak hastalığın uzun vadede olumsuz sonuçlar doğurmasını önlemek amaçlanmaktadır. İkincil koruma genellikle taramalar ve komplikasyonları nleme şeklinde gerçekleşmektedir.² ncl koruma akut veya kronik sağlık sorunlarından kaynaklanan işlevsel bozulmayı en aza indirerek bireyde veya toplumda sağlık probleminin kronik etkilerini azaltmak için yapılan eylemdir.⁵

Dördüncül Koruma Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Dördüncül koruma kavramı ilk olarak 1986'da Fransızca bir yayında hekim Marc Jamouille tarafından kullanılmış, Jamouille ve Roland tarafından 1999 yılında geliştirilmiş ve 2003 yılında Jamouille tarafından, Wonca Genel/Aile Hekimliği Sözlüğü'nde “**Aşırı medikalizasyon riski taşıyan bir hasta veya toplumu belirleme, onları invaziv tıbbi müdahalelerden koruma ve onlara etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürleri sağlama eylemi**” olarak tanımlanmıştır.⁶⁻⁸

Jamouille, dört koruma kategorisinin yorumlanmasına ilişkin açıklayıcı bir model sunmuştur.⁹ Bu model, öznel bir deneyim olan kendini hasta hissetme durumu ile teorik ve klinik olarak tanısı koyulan patofizyoloji temelli hastalık arasındaki kavramsal ayrıma dayanmaktadır ve bu iki kavramın kombinasyonu ile dört koruma kategorisi temsil edilmektedir (şekil 1).^{6,10,11} Birincil, ikincil ve ncl korumanın tanımları ve Marc Jamouille tarafından önerilen 4. koruma tanımı şekil 1'de gösterilmiştir. Alan 1'de hasta kendini iyi hissetmektedir, hekim bir hastalık bulamamıştır. Burada hekim hastanın sağlıklı kalması için birincil korumayı düzenler. Alan 2'de hasta sağlıklı hissetmektedir, hekim burada ikincil koruma için hastalık taramaları gerçekleştirmektedir. Alan 3'te hasta kendinin sağlıksız olduğunu hisseder, hekim ncl korumayı düzenler ve hastaya gerekli bakımları sağlar. Alan 4, hastanın kendini hasta hissettiği ancak hekimin herhangi bir hastalık olmadığı sonucuna vardığı bir durumu ifade etmektedir.^{8,11}

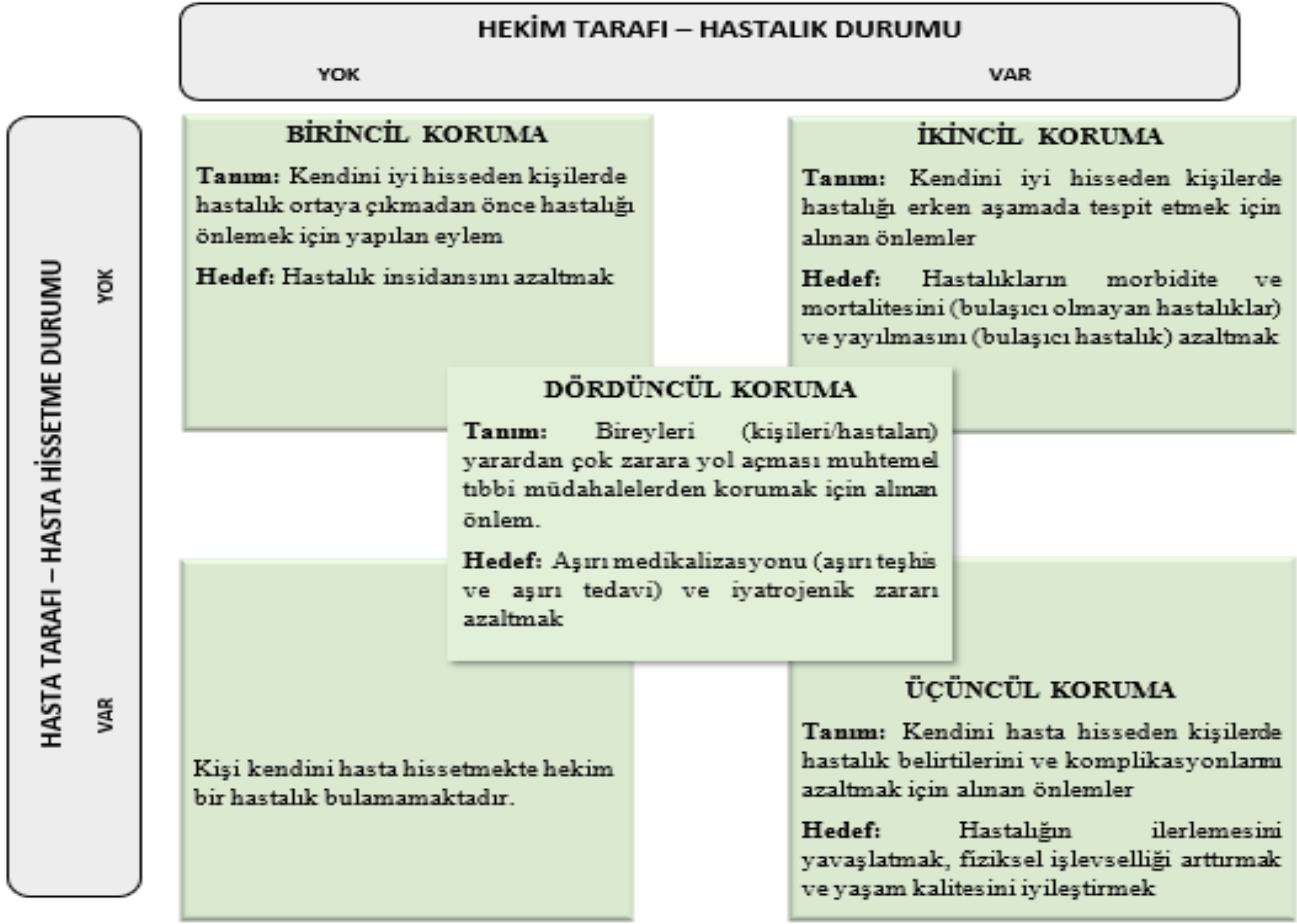


Şekil 1. Hasta hekim karşılaşmasının ve korumanın 4 alanı

Jamouille M. *Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. International Journal of Health Policy and Management. 2015;4(2):61'den alıntı yapılmıştır.*

Dördüncül koruma, kendini hasta hisseden ve sağlık durumu hakkında endişe duyan ancak patofizyolojik olarak açıklanamayan semptomları olan ve hekimin herhangi bir hastalık bulamadığı hastalara yöneliktir.¹² Bu hastaların çoğu tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar ya da psikosomatik hastalık gibi tanıları olacaktır ya da birçoğu sınırda veya yanlış pozitif sonuçlara sahip olacaktır. Bu anlamda, dördüncül koruma hekimlerin hastalara istemeden de olsa verebilecekleri zararın bilincinde olması adına, hasta için zararlı olabilecek kendi faaliyetlerine eleştirel bir bakış atmayı ve faaliyetlerinin etik sınırlarını sorgulamaya zorlamaktadır. Yani bir tür kalıcı kalite kontrolünü içermektedir. Dördüncül koruma, kaliteli etik bir bakımı sağlarken, hastaların gereksiz medikalizasyonunu önlemeyi hedeflemektedir.¹²⁻¹⁴

Brodersen ve ark. (2014), Jamouille tarafından geliştirilen dördüncül koruma tanımının bazı sınırlılıklarının olduğunu belirtmişlerdir. Dördüncül koruma tanımındaki “aşırı medikalizasyon riski altındaki hastalar” ifadesinin bu hastaları belirleyecek hekimler için gereksiz bir ifade olduğunu, çünkü bütün korumalarda aşırı medikalizasyon riski olduğunu savunmuşlardır.¹⁵ Ayrıca tanımın ikinci kısmındaki “etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürleri” sadece hasta hisseden ancak nesnel bir hastalık bulgusu olmayan kişileri kapsamamasının, bu uygulamaların daha dar bir alana itildiğini iddia etmişlerdir.^{5,15} Jamouille, yakın tarihli yayınlarında dördüncül korumanın hasta-hekim ilişkisine dayalı tüm faaliyetleri kapsadığını belirtmesine rağmen, ilk tanımındaki sınırlamalar ve dördüncül korumanın diğer korumalardan ayrılması kavramsal tartışmalara neden olmuştur.^{5,10} Martins ve ark. (2019), yeni bir kavramsal model önermiş ve bu yeni modelde dördüncül korumayı, dördüncü alandan ayrılıp şeklin ve eksenlerin tam ortasına yerleştirilmiştir. Dördüncü alan da boş kalmamakla beraber, kendini hasta hissedip hekimin bir hastalık bulamadığı kişileri temsil etmektedir. Dördüncül korumanın şeklin ortasına yerleştirilmesi her alandaki hastaların aşırı medikalizasyon riski taşıyabileceği, bu yüzden her alanda dördüncül korumanın olması gerektiğini göstermektedir (Şekil 2).^{5,15,16}



Şekil 2. Dört farklı koruma türüyle ilişkili olarak hastalık ve hasta hissetme durumu.

(Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. *Apmis*.2014;122(8):683-9'dan alıntı yapılmıştır)

Orijinal model üzerine bir diğer eleştiride ise, dördüncül korumanın sadece aşırı medikalizasyona odaklanmasının bunun tanımlamada eksikliğe yol açmasıdır. İhtiyaç duyulmayan ve hastalara faydadan çok zarar getirme potansiyeline sahip bazı medikalizasyonlar olduğu gibi, ihtiyaç duyulabilecek ve hastalar için etkili olabilecek bazı tıbbi prosedürler olabileceği, önemli olan medikalizasyonu azaltmaya odaklanmak değil yüksek kaliteli bilimsel kanıtlara dayalı olarak faydadan çok zarar verme olasılığı yüksek tıbbi müdahaleleri önlemek olduğu belirtilmiştir.¹⁶

Mevcut öneriler doğrultusunda WONCA tanımının “Bireyleri (kişileri/hastaları) yarardan çok zarar getirmesi muhtemel tıbbi müdahalelerden korumak için alınan önlemler” olarak revize edilmesi gerektiğini hekimlerin dördüncül korumayı her durumda göz önünde bulundurmalarını ve tüm topluma uygulamasını önermektedir.^{5,15} Bu yeni tanımda hastalara zarar vermemeye odaklanma daha belirgindir ve daha sade bir dil kullanılmıştır. Günümüzde yetersiz sağlık okuryazarlığı hala sık görülen bir sorun olduğu için, bu yeni tanım hem hastalar, hem de sağlık çalışanları için daha basit ve anlaşılması daha kolaydır.⁵

Dördüncül korumanın tanımı ve içeriğine dair tartışmalar devam etse de en önemli bileşeni aşırı medikalizasyondur. Bu nedenle bu makalede aşırı medikalizasyonun tanımı, nedenleri, sonuçları ve bu konuda alınabilecek önlemler ele alınarak, dördüncül korumanın nasıl uygulanabileceğine dair ipuçlarına yer verilmiştir.

Aşırı Medikalizasyon

Tıp kimlerin hasta veya sağlıklı olduğunu, hangi durumların hastalığa neden olduğunu belirleme gücüne sahiptir. Bu güç, kimi zaman sosyal hayata dair cinsellik, doğum, yaşlanma, ruhsal değişiklikler gibi doğal süreçlerin tıbbin konusu haline getirilmesine ve hastalık, bozukluk gibi algılanmasına neden olmuştur^{17,18}. Tıbbin sınırlarının genişletilerek patolojik sayılmayan insan yaşamının bazı yönlerinin tıbbi sorunlar olarak algılanması süreci “medikalizasyon” olarak tanımlanmaktadır.¹⁹ Aşırı medikalizasyon kavramı ise hastalara sağladığı faydalar açısından doğrulanmamış, potansiyel olarak zararlı ve bu nedenle gereksiz maliyetlere yol açan tıbbi uygulamalar olarak tanımlanmaktadır ve bu kavram aşırı teşhis ve aşırı tedavi kavramlarını da kapsamaktadır.²⁰ Aşırı medikalizasyonu oluşturan aşırı tanı ve aşırı tedavi arasındaki ilişki Şekil 3’te gösterilmiştir.

Aşırı medikalizasyon



Şekil 3. Aşırı medikalizasyon, aşırı tanı ve aşırı teşhis arasındaki ilişki

(Morgan, D. J., Brownlee, S., Leppin, A. L., Kressin, N., Dhruva, S. S., Levin, L., ... & Elshaug, A. G. (2015). Setting a research agenda for medical overuse. *BMJ*, 351'den alıntı yapılmıştır.)

Aşırı teşhis, genellikle semptomları olmayan bir kişiye, kişinin yaşamı boyunca hiçbir zaman semptomlara veya ölüme neden olmayacak bir hastalık teşhisi konulması olarak tanımlanır.²¹ Aşırı tedavi ise müdahale edilmediği takdirde, semptomlara veya ölüme neden olma olasılığı düşük olan bir hastalığın tedavisi olarak tanımlanır ve genellikle aşırı teşhisin sonucudur.²² Bu kavramlar farklı çıkış noktalarına sahip olmasına rağmen, faydadan çok zararlı olabilecek tıbbi müdahalelerin önlenmesini temel alan dördüncül koruma alanında yaklaşmaktadır.²³

Literatüre bakıldığında, aşırı medikalizasyon ilgili sınırlı sayıda çalışma gözlenmektedir. Aşırı medikalizasyona ilişkin literatüre bakıldığında, bu konu ile ilgili bir sistematik derlemede, birçok testin gereğinden fazla kullanıldığı, aşırı tedavinin yaygınlaştığı ve gereksiz bakımın hastaya zarar verebileceği belirtilmiştir.²⁴ Aşırı teşhisle ilgili yapılan, 3828 hastayı içeren 14 randomize kontrollü çalışmanın, sistematik inceleme ve meta analizi sonucunda ise, birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların üçte birinin bilinen bir etiyolojisi olmadığı, sırt ağrısı, dispepsi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi semptomlar için yapılan testlerin hastanın içini rahatlatmadığı, kaygı ve semptomları azaltıcı etkisi olmadığı bulunmuştur.²⁵ Yine Ulusal Kanser Enstitüsü'nün 2012'de kanserin aşırı teşhis ve tedavisi üzerine sunduğu önerilerde, meme ve prostat kanseri taramasının klinik olarak önemsiz birçok tanıya neden olduğu, tiroit ve melanom kanseri taramalarıyla yavaş ilerleyen, iyi prognozlu hastalıkların erkenden tespit edilmesi ve bunun sonucunda aşırı tedavi planlandığı belirtilmiştir.²⁶

Cerrahi alanında, tümörlerin tespiti de aşırı teşhis ve aşırı tedavi fenomeni ile ilişkilendirilebilmektedir. Otopsi sonuçlarına dayanan araştırmalar, bazı kişilerin tümörün herhangi bir klinik belirtisini gözlemlemeden başka nedenlerle öldüğünü göstermiştir. Bu durum, subklinik tümör rezervuarı olduğunu doğrulamakta ve bu hastaların farmakolojik veya cerrahi tedavisi bireye gereksiz yere zarar verebilmektedir.²⁷

Aşırı medikalizasyona neden olan faktörler

Aşırı medikalizasyon, modern tıbbın büyük sorunlarından biridir ve birçok nedenden kaynaklanabilmektedir.²⁸ Bu nedenleri, hekim, hasta ve sistem kaynaklı olarak 3 grupta inceleyebiliriz.

1. Hekim kaynaklı aşırı medikalizasyon: Aşırı medikalizasyonun en önemli bölümü hekim kaynaklı nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Hekimin kişisel, sosyal ve mesleki özellikleri bu durumu etkilemektedir.²⁹ Kadın hekimlerin daha fazla istemde bulunduğu ve klinik rehberlere daha bağlı olduğu, daha ileri yaştaki hekimlerin daha fazla tanı testi istediği, genç hekimlerin klinik rehberlere daha iyi uyduğu ve genellikle uzmanlık derecesi arttıkça istenen test sayısının arttığı tespit edilmiştir.³⁰ Bunların yanında hekimin empati ve iletişim kurma yeteneğinin az olması, danışma becerilerindeki eksiklik, tıbbi deneyim eksikliği, klinik rehberlerin az kullanımı ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına yönelik bilgi eksikliği, ekonomik teşvik nedeniyle gereksiz testler ve tedaviler istemeleri, aşırı medikalizasyona yol açmaktadır.^{29,30}

2. Hasta kaynaklı aşırı medikalizasyon: Hastaların tutumu da aşırı medikalizasyona neden olabilmektedir. Toplumun değişen hastalık ve sağlık algısı, medyanın etkisi ile daha çok bilgi edinen hastaların daha çok test istemesi ve ilerleyen teknoloji ve gelişmiş cihazlara kolay erişim buna yol açan faktörlerdir.^{18,31} Sağlıkla ilgili genel inançlar ve tutumlar da aşırı teşhise yol açmaktadır. “Bilmek bilmemekten daha iyidir”, “yeni eskisinden daha iyidir”, “erken davranmak, geç kalmaktan iyidir” gibi inançlar veya “daha fazla test daha iyidir” ifadeleri, aşırı teşhisin artmasına neden olabilir.²³

Hastayla ilişkili faktörler arasında testin hasta tarafından kabul edilebilirliği, invazivliği, testi yaptırmak isteyip istememesi, hastanın sağlıkla ilgili endişeleri için hekimden daha fazla tetkikler istemesi yer almaktadır.³² Kalitatif bir çalışma, bel ağrısı olan bazı hastaların kendilerine ayrıntılı tetkikler yapılmadığını ve röntgen veya bilgisayarlı tomografi taraması gibi ek testlerin, çektikleri ağrının fiziksel nedeninin kesin olarak tespit edilmesini sağlayabileceğini belirtmiştir.³³ Araştırmalar, hastaların daha fazla tedavi gördüklerinde veya daha fazla ilaç aldıklarında, kendi çıkarları için bir şeyler yapıldığını algıladıkları için daha memnun olduklarını göstermektedir. Bu durumda, hekimleri hasta memnuniyetini sürdürmek için aşırı tedaviye zorlamaktadır.^{34,35}

Bunların yanında bazı savunmasız gruplar da aşırı medikalizasyon risk altındadır. Bu savunmasız grupları; semptomu olmayan veya çok az semptomu olan ancak kaygılarından dolayı sık sık hekime giden kişiler; semptom odaklı yaklaşım yerine maksimum araştırma ve tedavi alan palyatif bakım hastaları; psikoterapi yerine somatik sağlık hizmetlerine odaklanan psikosomatik tanıları olan hastalar; potansiyel olarak ciddi yan etkilere yol açan polifarmakoterapi riski taşıyan yaşlı ve multimorbid hastalar oluşmaktadır.^{36,37}

3. Sağlık sistemi kaynaklı aşırı medikalizasyon: Birinci basamak sağlık sistemindeki sorunlar aşırı medikalizasyona yol açabilmektedir. Hastaların birinci basamak sağlık hizmetleri sevki olmadan ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvurabilmeleri ve hasta talepleri buna örnek olarak verilebilir.²⁹

Sağlık sistemiyle ilgili başka bir neden ise hekim sirkülasyonudur. Hekim sirkülasyonunun fazla olduğu bölgelerde bakımın bir kişi tarafından devamlılığı sağlanmadığı için, daha fazla laboratuvar ve görüntüleme isteminde bulunulduğu belirtilmektedir.³⁰

Taramalar da uygun ve yerinde yapılmazsa aşırı medikalizasyona yol açabilmektedir. Halk sağlığı için taramalar yapıp, hastalıkları erken evrede yakalamak ve hastalıklar için risk faktörleri belirleyip hastalıkları önlemek önemlidir.³⁸ Ancak giderek daha hassas hale gelen tarama ve tanı testlerinin yanı sıra öngörülemez bir durumun erken evrelerinin hastalık tanımına dahil edilmesinden kaynaklanan, aşırı tanısız değerlendirme giderek büyüyen bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.³¹ Hayatı tehdit etmeyen prostat kanserinin prostat spesifik antijen ile saptanması, küçük papiller tiroit kanserinin ultrasonografi ile veya hipersekrete etmeyen iyi huylu adrenokortikal adenomların bilgisayarlı tomografi BT ile saptanması gibi örneklerin yanı sıra hipertansiyon, diyabet veya osteoporoz gibi taramayla saptanan diğer durumlarda da gereksiz teşhisler koyulması dördüncül korumanın çiğnenmesine neden olmaktadır.³⁹ Toplumun taramayla ilişkili risklerin ve faydaların kapsamını ve özellikle de aşırı teşhisin sonuçlarını tam olarak anlamak için yeterince bilgilendirilmesi önemlidir. Örneğin; 510 İngiliz kadının değerlendirildiği kesitsel bir çalışmada, katılımcıların %15'i aşırı teşhisi kabul etmeye hazır olduklarını bildirmiştir, bu da taramanın amaçlarını ve aşırı teşhis kavramını anlamamış olabileceklerini düşündürmektedir.⁴⁰

Bunların dışında, hasta memnuniyetini artırmak ve aşırı medikalizasyonu daha kaliteli bir bakım olarak nitelendirmek de, sağlık sistemin yol açtığı aşırı medikalizasyon nedenlerindedir.^{34,35} Aşırı teşhis sonucunda ortaya çıkan aşırı tedavinin merkezinde, daha fazla bakımın hasta için daha iyi bir sonuca yol açacağı algısı ve beklentisi vardır.⁴¹ Bu ‘daha fazla bakım’ daha kaliteliymiş gibi algılanan yeni teknoloji, cihaz, ekipman ve tekniklerin kullanımı ve daha fazla ilaç reçete edilmesidir. Hastaların memnuniyetini arttırmak için hasta talepleri doğrultusunda aşırı tedavi, aşırı medikalizasyonun önemli sebeplerinden biridir.⁴²

Aşırı medikalizasyonun sonuçları

Aşırı medikalizasyonun olumsuz sonuçları, psikolojik, fiziksel, sosyal, finansal sorunlar ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik gibi geniş bir yelpazede incelenmektedir.

1. Psikolojik sonuçlar: Tedavilerin veya testlerin tetikleyebileceği stres, belirsizliğin neden olduğu kaygı ve gereksiz bir prosedür nedeniyle “hasta” olarak etiketlenme psikolojik zararlar ilişkilidir.⁴³ Örneğin meme kanseri şüphesiyle tarama yapılan in situ duktal karsinomlu hastalar, genellikle nüksetme korkusuyla ilgili sürekli kaygı ve ölüm korkusu yaşamaktadır.⁴⁴ Ayrıca aşırı medikalizasyon sonucu hastanede tedavinin hastalarda gereksiz fiziksel izolasyona yol açabileceği için yalnızlık ve depresyon gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir.⁴⁵

2. Fiziksel sonuçlar: Tıbbi prosedürlerden kaynaklanan komplikasyon riskini ve sakatlığa veya ölüme yol açan advers ilaç reaksiyonlarını içerir.⁴⁶ Örneğin, Cushner ve ark.⁴⁷, total diz ve kalça artroplastisi küresel verilerinin kayıt edildiği belgelere ulaşarak aşırı tedavi nedeniyle hastaların %7-8’inde enfeksiyon, revizyon, kardiyovasküler olaylar ve ölümü gibi ciddi yan etkiler geliştiğini belirtmiştir.

3. Sosyal sonuçlar: Yanlış teşhis edilmiş bir tıbbi durum psikolojik zarara, potansiyel olarak kişisel ilişkilerin bozulmasına ve sosyal damgalanmaya yol açabilmektedir.⁴⁸

4. Finansal sonuçlar: Aşırı medikalizasyonun bir diğer olumsuz etkisi ise finansal sonuçlarıdır. Hastalık durumu, belirsiz kişilere gereksiz tanımlar koymak ve tedavi etmek, daha ciddi şekilde etkilenen kişiler için gerekli tedaviye daha iyi harcanabilecek kaynakların israfına neden olarak doğrudan; işe devamsızlık, üretkenlik kaybı ve nihai iş kaybı nedeniyle dolaylı olarak mali problemlere yol açar.^{46,49} Aşırı teşhisin ana ve en kötü sonucu aşırı tedavidir.³⁹ Aşırı tedavi daha çok yüksek gelirli ülkelerde artan bir sorun olsa da düşük ve orta gelirli ülkeleri de etkilemektedir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde aşırı tedavi, sağlık kaynaklarının eşit olmayan bir şekilde dağılmasına ve sağlık hizmetlerinden faydalanım dengesinin bozulmasına neden olabilir.⁵⁰ Çin’de yapılan bir çalışma sonucu, aşırı medikalizasyon grubundaki hastaların diğerlerine göre toplam sağlık harcama maliyetini %117,8, test maliyetini %58,8 ve ilaç maliyetini %100,3 oranında önemli ölçüde artırdığı bulunmuştur. Aşırı medikalizasyon ayrıca gereksiz tıbbi bakımla daha fazla zaman harcanmasına neden olarak tedavi yükü nedeniyle çalışanların iş yükünün artmasına neden olur.⁵¹

5. Sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik: Tüm bu faktörler, daha geniş bir perspektifte, sağlık sisteminden memnuniyetsizliğe ve güvensizliğe neden olmaktadır.⁴⁸

Aşırı medikalizasyonun bu faktörlerinin dışında, aşırı teşhis nedeniyle sağlıklı bir kişinin hasta kabul edilmesine neden olduğu için, tarama testlerinin duyarlılığının, özgüllüğünün değişmesine ve sonuçta hastalık insidansının olduğundan fazla tahmin edilmesine neden olabilmektedir.^{52,53}

Aşırı medikalizasyonu azaltma stratejileri

Aşırı medikalizasyonu sınırlandırmak amacıyla hastalara, klinisyenlere veya sistem değişikliklerine odaklanan çeşitli yaklaşımlar kullanılmaktadır.

1. Hastalara yönelik olarak: Hastanın karar verme sürecine katılımını sağlama ve ortak karar alma, hastaların tıbbi testlerin potansiyel yararları ve dezavantajları konusunda eğitimi gibi hasta-hekim etkileşimli uygulamalar, bu konu da etkili olmaktadır.⁵⁴ Günümüzde internet ve sosyal medyanın yaygınlaşmasıyla birlikte, hastalar daha çok sağlık bilgisine ulaşmakta, bu da bazen hasta kaynaklı aşırı medikalizasyona sebep olmaktadır. Bu durumda da yine hasta-hekim iletişimi önemli rol oynamaktadır.^{18,31}

2. Hekimlere yönelik: Güvenilir bir hekim-hasta ilişkisi kurulması, birinci basamak merkezli sağlık hizmeti modelinin teşvik edilmesi ve hasta eğitimi önerilmektedir.²⁹ Özellikle hekim-hasta ilişkisi bu stratejinin merkezinde yer alır. Hekimler, herhangi bir karar almadan önce sadece hastalığa değil, hastayla olan ilişkisine odaklanmalı, onların inançlarını, değerlerini ve hastanın başvuru amacını anlamaya daha fazla zaman ayırmalıdır.⁵⁵ Bu yüzden hastalarla iyi bir iletişim içinde olmalı hastaların endişesi, beklentisi, sosyal ve kültürel seviyelerini göz önünde tutmalıdırlar. Hekim teknik bilgisi ve hastanın etik değerlerine göre “yapma” ya da “yapmama” kararını hasta ile paylaşarak aşırı medikalizasyon riski altındaki hastaları belirleyip korumalıdır.^{10,11}

Aşırı medikalizasyonu önlemede, öncelikle birinci basamak hekimleri sorumludur, ancak klinisyenlere de bu konuda önemli sorumluluklar düşmektedir. Klinisyen odaklı aşırı medikalizasyonun en önemli nedenlerinden biri olan malpraktis korkusunu azaltmaya yönelik önlemler alınmalı ve bu konuda kurumsal yönergeler ve kanıta dayalı kılavuzlar oluşturulmalıdır.⁵⁶ Kanıta dayalı kılavuzlar nasıl ve ne zaman tedavi uygulanacağına yöneliktir ancak genellikle ne zaman teşhis ve tedaviden kaçınılması gerektiğine dair öneriler kılavuzlarda yer almamaktadır. Kılavuzların “aşırı medikalizasyon riski” hakkında bir bölüm içermesi gerektiği düşünülmektedir.^{31,57} Bununla birlikte Rudin ve arkadaşları (2022), klinisyenlerin tıbbi test isteme kararları hakkında zaten en iyi seçimi yapmaya çalıştıklarına inandıklarını, bu nedenle eğitim materyallerinin bu tutum ve davranışı değiştirmek için yetersiz kalabileceğini belirtmişlerdir.

3. Sağlık sistemine yönelik: Aşırı medikalizasyonu önlemeye yönelik bir diğer strateji ise sağlık sistemine yöneliktir. Sağlık sistemlerinin finansmanı, sistemin işleyişi üzerinde etkilidir ve doğrudan mali teşvikler klinik

uygunluğa bakılmaksızın aşırı tanı ve tedaviyi artırabilir. Yakın zamanda yapılan bir çalışma, yaygın görülen hastalıkların tanı aralıklarını genişletilmesini öneren kılavuzları geliştiren pek çok panel üyesinin, sağlık sektörüyle finansal bağları olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, teşhis prosedürleri veya tedavi gerektiren durumların tanımları için öneriler, bu endüstrilerle hiçbir bağlantısı olmayan uzmanlar tarafından detaylandırılmalıdır.⁵⁸ Ayrıca ilaç ve tıbbi cihaz endüstrileri, tanı kriterlerini *etkileyerek belirli ilaçlar için daha fazla hasta popülasyonu yaratmak ve ilaç pazarlarını genişletmeye çalışabilir. Bu konuya yönelik önlemler alınmalıdır*³¹. Doğrudan tüketiciye yönelik ilaç reklamları da hastaların reçete taleplerini artırabileceğinden, bu konuda da sağlık sisteminde düzenlemeler yapılmalıdır.³¹

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2012'de, Kanada'da 2014'te başlayan "Akılcı Seçim" ("Choosing Wisely") kampanyası şu anda dünyanın birçok ülkesinde uygulanmaya çalışılmaktadır. Bu uygulama, hekimleri ve hastaları gereksiz testler, tedaviler ve prosedürler hakkında bilinçlendirmeyi, bakım yönteminin seçiminde, kanıtlar tarafından desteklenen, hastaya zarar vermeyen ve gerçekten gerekli test ve girişimlerin seçilmesini hedeflemektedir.⁵⁹ Amerikan Hekimler Koleji (ACP) ve Amerikan İç Hastalıkları Yeterlik Kurulu (ABIM) Vakfı tarafından başlatılan akılcı seçim kampanyası, hekimler ve hastaların uygun tedavi planını birlikte belirlerken rehber olarak kullanabilecekleri önerilerde bulunmaktadır.⁶⁰ Acil serviste istenen gereksiz laboratuvar testlerini azaltmak için, akılcı seçim önerilerinin kullanıldığı müdahale grubunda kontrol grubuna göre 100 kişi başına tekrarlanan test sayısında anlamlı düşüş bulunmuştur.⁶¹ Akılcı Seçim tavsiyelerine dayanan müdahaleler, aşırı medikalizasyonu azaltmak için uygulama modellerini değiştirmede etkili olabilir.⁶⁰

Sonuç

Halk sağlığı, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesine vurgu yapmaktadır ve zamanla koruyucu sağlık hizmetleri zarar vermeme, yararlılık ilkesine doğru yapılanarak dördüncül koruma kavramı gelişmiştir. Dördüncül koruma, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde aşırı medikalizasyonu önlemeye ve zararlarını kontrol altına almaya yönelik stratejiler geliştirilmesini teşvik etmektedir. Dördüncül korumanın, tıp fakültesi eğitiminde müfredata entegre edilmesinin bu konuda farkındalığa sahip hekimler yetişmesine ve uygulamaya aktarılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Başta birinci basamak hekimleri olmak üzere, tüm hekimler aşırı medikalizasyonun önlenmesi ve dördüncül koruma hakkında bilinçlendirilmelidir. Mevcut literatürde, dördüncül korumanın önemi ve aşırı medikalizasyona yönelik yeterli çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu alana katkı sağlamaya yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Kaynakça

1. Basan NM, Bilir N. Koruyucu sağlık hizmetlerinde önleme çelişkisi ve nedenleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(1)
2. Kisliling LA, Das JM. Prevention strategies. *StatPearls [internet]*. StatPearls Publishing; 2021. p1-3.
3. Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2017;21(2)
4. World Health Organization. Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity. URL: <http://www.emro.who.int/aboutwho/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>[Stand: 0209 2017]. Accessed March 28,2023.
5. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *European Journal of General Practice*. 2018/01/01 2018;24(1):106-111. doi:10.1080/13814788.2017.1422177
6. Jamouille M. The four duties of family doctors. Quaternary prevention: first, do no harm. *Hong Kong Practitioner*. 2014;36: 1-6.
7. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Primary Care*. 2010;10:350-354.
8. Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. Paper presented at the Hong-Kong Meeting of the Wonca Classification Committee; June, 1995. Accessed March-April 2023.
9. Depallens MA, Guimarães JM, Almeida Filho N. Quaternary prevention: a concept relevant to public health? A bibliometric and descriptive content analysis. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020; 36(7):e00231819
10. Jamouille M. Quaternary prevention: first, do not harm. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;10(35):1-3.

11. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015;4(2):61.
12. Norman AH, Tesser CD. Quaternary prevention: a balanced approach to demedicalisation. *The British Journal of General Practice*. 2019;69(678):28.
13. Pandve HT. Quaternary prevention: need of the hour. *J Family Med Prim Care*. 2014;3(4):309-10.
14. Widmer D, Herzig L, Jamouille M. Quaternary prevention: is acting always justified in family medicine? *Revue Medicale Suisse*. 2014;10(430):1052-1056.
15. Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. *Apmis*. Aug 2014;122(8):683-9. doi:10.1111/apm.12278
16. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: an evidence-based concept aiming to protect patients from medical harm. *Br J Gen Pract*. Dec 2019;69(689):614-615. doi:10.3399/bjgp19X706913
17. Conrad P. Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*. 1992:209-232.
18. Bardakçı T. Tıbbın yaşamlarımızdaki hakimiyeti: medikalizasyon. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*. 2022;27(3):347-356.
19. Toraman A, Erdem R. Kavramsal Açından Tıbbileştirme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2016;19(4):423-442.
20. Carter SM, Rogers W, Heath I, Degeling C, Doust J, Barratt A. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *Bmj*. 2015;350: h869.
21. Carter SM, Degeling C, Doust J, Barratt A. A definition and ethical evaluation of overdiagnosis. *Journal of medical ethics*. 2016;42(11):705-714.
22. Bhatt JR, Klotz L. Overtreatment in cancer—is it a problem? : Taylor & Francis; 2016. p. 1-5.
23. Hofmann B. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2016/06/01 2016;19(2):253-264. doi:10.1007/s11019-016-9693-6
24. Morgan DJ, Dhruva SS, Coon ER, Wright SM, Korenstein D. 2019 update on medical overuse: a review. *JAMA internal medicine*. 2019;179(11):1568-1574.
25. Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. Mar 25 2013;173(6):407-16. doi:10.1001/jamainternmed.2013.2762
26. Esserman LJ, Thompson IM, Jr, Reid B. Overdiagnosis and Overtreatment in Cancer: An Opportunity for Improvement. *JAMA*. 2013;310(8):797-798. doi:10.1001/jama.2013.108415
27. Garcia-Alamino JM, López-Cano M. Overdiagnosis and overtreatment - More is better? *Cir Esp (Engl Ed)*. Dec 2022;100(12):793-794. doi:10.1016/j.cireng.2022.06.053
28. Hofmann B. Back to basics: overdiagnosis is about unwarranted diagnosis. *American Journal of Epidemiology*. 2019;188(10):1812-1817.
29. 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*. 2017/12/08 2017;18(1):99. doi:10.1186/s12875-017-0667-4
30. Sood R, Sood A, Ghosh AK. Non-evidence-based variables affecting physicians' test-ordering tendencies: a systematic review. *Neth J Med*. 2007;65(5):167-177.
31. Kale MS, Korenstein D. Overdiagnosis in primary care: framing the problem and finding solutions. *Bmj*. 2018;362
32. Whiting P, Toerien M, de Salis I, et al. A review identifies and classifies reasons for ordering diagnostic tests. *Journal of clinical epidemiology*. 2007;60(10):981-989.
33. Borkan J, Reis S, Hermoni D, Biderman A. Talking about the pain: a patient-centered study of low back pain in primary care. *Social science & medicine*. 1995;40(7):977-988.
34. Ooi K. The pitfalls of overtreatment: Why more care is not necessarily beneficial. *Asian Bioethics Review*. 2020;12(4):399-417.
35. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *Bmj*. 2012;344:e3502.
36. Santos Cruz R, Brito-Costa S, Santa Rosa B, Silvestre M. Overtreatment in elderly care: ethical considerations. *Acta Biomed*. May 11 2022;93(2):e2022136. doi:10.23750/abm.v93i2.12855
37. Björkhem-Bergman L. Overtreatment in end-of-life care: how can we do better? *Acta Oncol*. Dec 2022;61(12):1435-1436. doi:10.1080/0284186x.2023.2164919
38. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2008;62(7):580-583.
39. Bulliard J-L, Chiolerio A. Screening and overdiagnosis: public health implications. *Public Health Reviews*. 2015/11/05 2015;36(1):8. doi:10.1186/s40985-015-0012-1
40. Van den Bruel A, Jones C, Yang Y, Oke J, Hewitson P. People's willingness to accept overdetection in cancer screening: population survey. *Bmj*. 2015;350:h980
41. Katz MH, Grady D, Redberg RF. Undertreatment Improves, but Overtreatment Does Not. *JAMA Internal Medicine*. 2013;173(2):93-93. doi:10.1001/jamainternmed.2013.2361
42. Lyu H, Xu T, Brotman D, et al. Overtreatment in the united states. *PloS one*. 2017;12(9):e0181970.
43. Singh H, Dickinson JA, Thériault G, et al. Overdiagnosis: causes and consequences in primary health care. *Canadian Family Physician*. 2018;64(9):654-659.
44. King MT, Winters ZE, Olivotto IA, et al. Patient-reported outcomes in ductal carcinoma in situ: a systematic review. *European Journal of Cancer*. 2017;71:95-108.

45. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*. 2017/07/08/ 2017;390(10090):156-168. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
46. Korenstein D, Chimonas S, Barrow B, Keyhani S, Troy A, Lipitz-Snyderman A. Development of a Conceptual Map of Negative Consequences for Patients of Overuse of Medical Tests and Treatments. *JAMA Intern Med*. Oct 1 2018;178(10):1401-1407. doi:10.1001/jamainternmed.2018.3573
47. Cushner F, Agnelli G, FitzGerald G, Warwick D. Complications and functional outcomes after total hip arthroplasty and total knee arthroplasty: results from the Global Orthopaedic Registry (GLORY). 2010;
48. Bandovas JP, Leal B, Reis-de-Carvalho C, et al. Broadening risk factor or disease definition as a driver for overdiagnosis: A narrative review. *Journal of Internal Medicine*. 2022;291(4):426-437. doi:<https://doi.org/10.1111/joim.13465>
49. Heath I. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests—an essay by Iona Heath. *Bmj*. 2013;347
50. Berwick DM. Avoiding overuse—the next quality frontier. *The Lancet*. 2017;390(10090):102-104.
51. Si Y, Bateman H, Chen S, et al. Quantifying the financial impact of overuse in primary care in China: A standardised patient study. *Social Science & Medicine*. 2023/03/01/ 2023;320:115670. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115670>
52. Black WC. Overdiagnosis: an underrecognized cause of confusion and harm in cancer screening. *Journal of the National Cancer Institute*. 2000;92(16):1280-1282.
53. Hakama M, Pokhrel A, Malila N, Hakulinen T. Sensitivity, effect and overdiagnosis in screening for cancers with detectable pre-invasive phase. *International Journal of Cancer*. 2015;136(4):928-935. doi:<https://doi.org/10.1002/ijc.29053>
54. Chandrashekar P, Fendrick AM, Ganguli I. Stopping the Flood: Reducing Harmful Cascades of Care. *American Journal of Managed Care*. 2021; 27: 178–180.
55. 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.
56. Rudin RS, Thakore N, Mulligan KL, Ganguli I. Addressing the Drivers of Medical Test Overuse and Cascades: User-Centered Design to Improve Patient–Doctor Communication. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2022/04/01/ 2022;48(4):233-240. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2022.01.005>
57. Morgan DJ, Brownlee S, Leppin AL, et al. Setting a research agenda for medical overuse. *Bmj*. 2015;35: h4534.
58. Moynihan RN, Cooke GP, Doust JA, Bero L, Hill S, Glasziou PP. Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States. *PLoS Med*. Aug 2013;10(8):e1001500. doi:10.1371/journal.pmed.1001500
59. Levinson W, Born K, Wolfson D. Choosing wisely campaigns: a work in progress. *Jama*. 2018;319(19):1975-1976.
60. Yardımcı B. İç Hastalıklarında Akılcı Seçimler. *Klinik Tıp Bilimleri*. 2018;6(2):40-54.
61. Venkatesh AK, Hajdasz D, Rothenberg C, et al. Reducing unnecessary blood chemistry testing in the emergency department: implementation of choosing wisely. *American Journal of Medical Quality*. 2018;33(1):81-85.