



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ADANA TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ADANA ŞEHİR HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ
UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN DÖRDÜNCÜL
KORUMA HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ VE
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Hatice GÜNDÜZ ERDEN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA-2024



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ADANA TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ADANA ŞEHİR HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ
UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN DÖRDÜNCÜL
KORUMA HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ VE
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hatice GÜNDÜZ ERDEN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Uzm. Dr. Merthan TUNAY

ADANA-2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde yolumun kesiştiği, tez konumu netleştiren, akademik olarak destek veren, nazlarımı çeken, tez sürecinde anlayışlı ve destekleyici tavrı ile her zaman yanımda olduğunu hissettiğim değerli tez danışmanım Uzm. Dr. Merthan TUNAY'a,

Uzmanlık eğitim sürecinde bilgi ve tecrübelerinden yararlandığımız, bizi araştırmaya ve sorgulamaya teşvik eden değerli hocam Doç. Dr. Muhteşem Erol YAYLA'ya

Tezin hazırlanma sürecinde hazırladıkları formu kullanmamıza izin veren ve uygulamamıza destek olan Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU'na ve Uzm.Dr. Muhammet TOSUN'a

Tez yazma sürecimde uzakta olsa da desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Asena YILMAZ'a, tez yazma konusunda sorularıyla bunalttığım Aynur KARA'ya, tez yazarken yaşadığım aksiliklerde moral ve motivasyon veren Büşra ÖZER'e

Rotasyon yaptığım tüm kliniklerde eğitimime katkı sağlayan tüm hocalarıma, uzmanlarıma, birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım boyunca beni destekleyen babam İbrahim Halil GÜNDÜZ'e ve annem Durdane GÜNDÜZ'e, manevi olarak hep yanımda olan kardeşlerim Adem GÜNDÜZ'e ve Emine GÜNDÜZ'e,

Tez yazma sürecinde desteğini her zaman hissettiğim ve hep yanımda olan kıymetli eşim Mustafa ERDEN'e ve biricik oğlum Mert'e,

Teşekkürlerimi sunmaktan gurur ve mutluluk duyuyorum.

Dr. Hatice GÜNDÜZ ERDEN

Adana, 2024

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Aile Hekimliği Tanımı.....	3
2.2. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri.....	3
2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	4
2.4. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	5
2.5. Koruma Yöntemleri.....	6
2.5.1. Birincil Koruma.....	6
2.5.2. İkincil Koruma.....	7
2.5.3. Üçüncül Koruma.....	8
2.5.4. Dördüncül Koruma.....	8
2.5.4.1. Dördüncül Korumanın Kavramı ve Tarihçesi.....	8
2.5.4.2. Dördüncül Koruma Uygulama Alanlarına Örnekler.....	12
2.6. Sağlık Hizmet Müdürlüğü 2021 Verileri.....	12
2.7. Defansif Tıp ve Dördüncül Koruma İlişkisi.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2. Araştırma İçin Alınan İzinler.....	22
3.3. Veri Toplanması ve Veri Toplama Araçları.....	22
3.3.1. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği.....	23
3.3.2. Dördüncül Koruma Farkındalık Formu.....	23
3.4. Dahil Edilme Kriterleri.....	27

3.5. Hariç Tutma Kriterleri	27
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü	27
3.7. İstatistiksel Analiz	27
4. BULGULAR	28
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	28
4.2. Katılımcıların Dördüncül koruma Bilgi ve Tutumları	29
4.3. Dördüncül Koruma Farkındalıklarını Değerlendirmeye Yönelik Sorulara Verilen Yanıtlar	30
4.4. Sosyodemografik Verilere Göre Katılımcıların Dördüncül Koruma Farkındalık Formuna Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi	37
4.4.1. Cinsiyete Göre Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi.....	37
4.4.2. Medeni duruma göre Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi.....	39
4.4.3. Araştırma görevlisi durumuna göre Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi.....	40
4.4.4. Asistanlık yılına göre Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi.....	42
4.4.5. Hastalarına yeterince zaman ayırabilme durumu ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi.....	44
4.4.6. Dördüncül Korum kavramını duyma durumu ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi.....	46
4.4.7. Dördüncül Koruma hakkında eğitim alma durumu ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi.....	50
4.4.8. Mesleki Kariyerinden Memnun Olma Durumu DKKF ve DTUTÖ Alınan Puanların Değerlendirilmesi	52
4.5. Katılımcıların DKFF Toplam ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Yaş ile Korelasyon Analizi	53

4.6. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğine Verilen Yanıtların İncelenmesi	53
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	74
6.1. Sonuçlar.....	74
6.2. Öneriler.....	76
7. KISITLILIKLAR	78
KAYNAKÇA	79
EKLER	86
Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	86
Ek 2. Dördüncül Koruma Farkındalık Formu	88
Ek 3. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği	91

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ATC-1	: Anatomical Therapeutic Chemical Classification System-1
BİMER	: Başbakanlık İletişim Merkezi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DKFF	: Dördüncül Koruma Farkındalık Formu
DTUTÖ	: Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği
EKO	: Ekokardiyografi
IQR	: İnterquartile Range
MR	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NDTU	: Negatif Defansif Tıp Uygulamaları
PDTU	: Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları
PSA	: Prostat Spesifik Antijen
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SPSS	: Statistical Package for the Social Science
SS	: Standart Sapma
TTB	: Türk Tabipler Birliği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
WONCA	: Dünya Aile Hekimleri Birliği (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 1. Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler.....	13
Tablo 2. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Kişi Başı Müracaat Sayısı.....	13
Tablo 3. Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması, 2010, 2020.....	14
Tablo 4. 100.000 Kişiye Düşen Toplan Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması, 2020	15
Tablo 5. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları	15
Tablo 6. Yıllara Göre Hastanelerde cihaz Sayıları	16
Tablo 7. 1.000.000 Kişiye Düşen Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR) Cihaz Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması, 2020	17
Tablo 8. Yıllara ve Seçilmiş ATC-1 Gruplarına Göre 1.000 Kişiye Düşen Günlük İlaç Tüketim Miktarı, DDD	17
Tablo 9. 1.000 Kişiye Düşen Günlük Antibiyotik (ATC-J01) Tüketim Miktarının Uluslararası Karşılaştırması, DDD, 2020	18
Tablo 10. 2013-2022 Yılları Sağlık Harcamaları.....	19
Tablo 11. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Soruların Normallik ve Güvenilirlik Analizi.....	24
Tablo 12. Dördüncül Koruma Farkındalık Formu Soruların Normallik ve Güvenilirlik Analizi	25
Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	28
Tablo 14. Katılımcıların Dördüncül koruma Bilgi ve Tutumları.....	29
Tablo 15. Katılımcıların gereksiz tıbbi uygulama nedenleri.....	30
Tablo 16. Dördüncül koruma farkındalık formuna verilen yanıtlar	31
Tablo 17. Dördüncül koruma farkındalık formu ve alt boyutlarından alınan puanlar	37
Tablo 18. Cinsiyete Göre Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar.....	38
Tablo 19. Medeni Duruma Göre Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar	39
Tablo 20. Araştırma Görevlisi durumuna Göre Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar	41
Tablo 21. Asistanlık yılı ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar.....	42
Tablo 22. Hastalarına yeterince zaman ayırabilme durumu ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar.....	44
Tablo 23. Dördüncül Korum kavramını duyma durumu ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar.....	47
Tablo 24. Dördüncül Koruma hakkında eğitim alma durumu ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar.....	50

Tablo 25. Mesleki Kariyerinden Memnun Olma Durumu ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar.....	52
Tablo 26. Katılımcıların DKFF Toplam ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Yaş ile Korelasyon Analizi	53
Tablo 27. Katılımcıların DTUTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamaları	54
Tablo 28. DTUTÖ sorularına verilen yanıtlar	54
Tablo 29. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre DTUTÖ alt boyutları ortalama puanlar	55
Tablo 30. Malpraktis Davası Açılma Durumuna Göre DTUTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 31. Katılımcıların Yaşı ile DTUTÖ Alt Gruplarının Korelasyon Analizi	56
Tablo 32. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu ile DKFF ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar	57
Tablo 33. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre” Defansif Tıp Uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?” sorusuna verilen yanıtlar.....	58
Tablo 34. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ”Defansif Tıp Uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?” sorusuna verilen yanıtlar.....	59
Tablo 35. DTUTÖ Alt Boyutları ile DKFF ve Alt Boyutlarının Korelasyon Analizi.....	60

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1. Hasta-hekim ilişkisine dayanan koruma düzeylerinin ilişkisel görünümü 10



ÖZET

Adana Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Dördüncül Koruma Hakkında Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Dördüncül koruma aşırı medikalizasyon riski altındaki kişileri korumayı, gereksiz müdahalelerden kaynaklanabilecek olumsuz etkileri azaltmayı ve etik açıdan kabul edilebilir alternatifler sunmayı hedefleyen bir dizi strateji ve eylemdir. Çalışmamız aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekimlerin dördüncül koruma hakkında bilgi düzeyini saptamayı ve klinik yönetiminde dördüncül korumaya yönelik davranışları ile defansif tıp yaklaşımlarını değerlendirmeyi amaçlayarak tasarlanmıştır.

Materyal ve Metot: Bu çalışma SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde kesitsel tipte bir çalışma olarak planlanmıştır. 16.02.2024-16.03.2024 tarihleri arasında katılımcılara yüz yüze ve e-form ile demografik bilgi soruları, dördüncül koruma farkındalık formu (DKFF) ve Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği (DTUTÖ) uygulanmış, elde edilen veriler istatistiksel paket program ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 104 hekim katıldı. Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı eğitimi alan hekimlerinin DKFF ortalama puanı (158,57±10,63) tam zamanlı aile hekimliği uzmanlığı eğitimi alan hekimlerinin puanına (153,02±11,50) göre anlamlı yüksek bulundu ($p<0,012$). Katılımcıların %43,2'ü (n=45) mesleki kariyerlerinden memnun olduğunu ifade etmektedir. Kadın hekimlerin DKFF ortalama puanı (21,14±2,66) erkek hekimlerin ortalama puanına (20,74±2,89) göre yüksek bulundu. DTUTÖ alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde pozitif defansif tıp uygulamaları PDTU toplam (33,33±6,14), negatif defansif tıp uygulamaları NDTU toplam (19,17±4,18) saptanmıştır.

Sonuç: Tıbbi olumlu gelişmelere rağmen dezenformasyonunda katkısıyla insanlar için aşırı medikalizasyon riski artmaktadır. Çalışmamızda aile hekimlerinin dördüncül koruma farkındalığının yüksek bulunması olumlu olarak değerlendirilse de defansif tutum ölçeği skorlarının da yüksek olarak bulunması hekimlerin tıbbi uygulamalarının sonuçları için güvende hissetmediğini de ortaya koymaktadır. Aile hekimleri dördüncül korumanın kilit noktasıdır. Sağlık kaynaklarının verimli kullanımı, bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için artan dördüncül koruma çabalarında aile hekimleri daha fazla sorumluluk almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dördüncül koruma, Defansif tıp, Aile Hekimliği

ABSTRACT

Assessment of Family Medicine Residents' Awareness and Attitudes Towards Quaternary Prevention at Adana City Hospital

Aim: Quaternary prevention is a series of strategies and actions aimed at protecting individuals at risk of over-medicalization, reducing adverse effects resulting from unnecessary interventions, and providing ethically acceptable alternatives. Our study was designed to determine the level of knowledge about quaternary prevention among family medicine residents and to assess their behaviors towards quaternary prevention in clinical management and defensive medicine approaches.

Material and Methods: This study was planned as a cross-sectional study at the Family Medicine Clinic of Adana City Training and Research Hospital, Turkey. Between 02.16.2024-03.16.2024, participants were administered face-to-face and e-form demographic questions, a Quaternary Prevention Awareness Form, and a Defensive Medicine Practices Attitude Scale. The collected data were analyzed using statistical software.

Results: A total of 104 physicians participated in the study. The mean Quaternary Prevention Awareness Form score of physicians undergoing contracted family medicine specialist training (158.57 ± 10.631) was significantly higher than that of physicians undergoing full-time family medicine specialist training (153.02 ± 11.502) ($p < 0.012$). %43,2 (n=45) of participants expressed satisfaction with their professional careers. The mean QPAF score of female physicians (21.14 ± 2.66) was higher than that of male physicians (20.74 ± 2.89). When examining the mean scores of DMPAS sub-dimensions, positive defensive medicine practices (PDMP) total score (33.33 ± 6.14) and negative defensive medicine practices (NDMP) total score (19.17 ± 4.18) were identified.

Conclusions: Despite positive medical advancements, the risk of overmedicalization for individuals is increasing due to the contribution of misinformation. While the high awareness of family physicians regarding quaternary prevention in our study is viewed positively, the high scores on the defensive attitude scale also indicate that physicians do not feel confident about the outcomes of their medical practices. Family physicians should take on more responsibility in increasing efforts for quaternary prevention, aiming to ensure the efficient use of healthcare resources while protecting and improving individuals' health.

Keywords: Quaternary Prevention, Defensive Medicine, Family Medicine

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Aile Hekimliği Uzmanları; hastalıkları önleyerek, sağlığı iyileştirerek, tedavi ile bakım hizmeti sunarak ya da hastalığın etkilerini azaltarak mesleki sorumluluklarını yerine getirirler. Bu sorumluluğu yerine getirirken, mevcut kaynaklara ve hizmet verdiği toplumun sağlık ihtiyaçlarına göre hareket ederler. Etkili ve güvenli hasta bakımı temel becerileri sürekli geliştirilmek ve güncellenmek zorundadır (1).

Bireyde hastalık veya sakatlık hali meydana gelmeden önce, oluşmasını önlemeye yönelik yapılan hizmetler ve gerekli düzenlemeler koruyucu sağlık hizmetlerinin alanına girer. Hekimliğin amacı sadece hastaları tedavi etmek değildir, bireylerin sağlıklı bir ömür sürmesine yardımcı olabilecek önerilerde bulunmak ve mevcut sağlık halini geliştirmektir. Koruyucu hekimlik bunun içindir ki sağlık hizmeti sunumunda özel bir noktadadır. Koruyucu hekimlik tedavi hizmetlerine göre nispeten hem daha etkili, hem de daha insancıl bir yaklaşımdır (2).

Hekimlere göre koruma geniş tanımıyla; hastalığı önlemeyi, yok etmeyi, ortadan kaldırmayı amaçlayan eylemler bütünüdür ya da hastalığın etkisinin en aza indirilmesi ya da eğer ikisi de değilse ilerlemenin yavaşlatılmasını sağlayan eylemler bütünüdür (3).

Korumanın önemi de vurgulanırken tıp eğitiminin temel ilkelerinden biri olan “önce zarar verme” öne çıkarılır, bu bakımdan, dördüncül koruma, eski kavramın bir uzantısı olarak ortaya atılan yeni bir terimdir (4).

Dördüncül koruma teriminin geliştirilmesine yönelik atılacak adımlar, sağlık sisteminin tüm basamaklarında uygulanabilir. Bununla beraber, aile hekimi hastayla ilk temas noktasını oluşturması ve sağlık sistemi içinde kılavuz olma rolü ile birincil ve önemli bir konumdadır (5).

Günümüzde pek çok hekim, hasta ve hasta yakınları tarafından hizmet sunum şekli yönünden şikâyetlerle karşı karşıya kalmakta ve bu şikâyetlerin sonucunda meydana gelebilecek olumsuz sonuçlarla uğraşmama adına defansif tıp uygulamalarına yönelmektedir (6). Beraberinde defansif tıp, hekimlerin maddi kaygılarının yanı sıra itibar ve psikolojik etkilere neden olabilecek malpraktis davaları kaygısından kaynaklanmaktadır (7).

Defansif tıp uygulamaları sonucu asemptomatik olan kişilerin gereksiz yere taranması, semptomatik olan hastaların aşırı araştırılması, biyobelirteçlere çok fazla güvenmek, çok fazla sözde tanı, genellikle çok fazla tedaviye yol açan, bazen maliyet-etkin olmayan, çok maliyetli ve pazarlama için çok hızlı onaylanan ilaçları kullanmayı, çok fazla advers reaksiyonu ve çok fazla uygunsuz izlemeyi kapsamaktadır. Kısacası; çok fazla sağlık hizmeti, çok az etkili sağlık hizmeti anlamına gelebilmektedir (8).

Dördüncül koruma kavramı, önce zarar verme ilkesini benimser bundan dolayı yalnızca aile hekimleri için değil, tüm hekimler için önceliklidir (9). Çalışmamızın amacı, Adana Şehir Hastanesi aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin dördüncül koruma hakkında bilgi düzeyini saptamak ve klinik yönetiminde dördüncül korumaya yönelik davranışlarını ve tutumlarını değerlendirmek ve defansif tıp yaklaşımının dördüncül koruma ile ilgili davranış ve tutumlarını ne yönde etkilediği değerlendirilip, eğitim ve uygulamalar açısından gelecek çalışmalara veri sağlayabilmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği Tanımı

Aile Hekimi, disiplin ilkelerine göre yetiştirilmiş uzman hekimdir. Cinsiyet, yaş ve her tür hastalık durumunda, tıbbi yardım talep eden tüm kişilerin ayrıntılı ve düzenli bakımını sağlamaktan sorumlu birincil (primer) kişidir. Hasta bakımını yaparken bireyin yaşadığı toplumu, kültürünü, ailesini ve ekolojik sağlığını dikkate alır. Kişinin bireysel özerkliğine de mutlaka dikkat eder. Doğal çevreye ve topluma karşı mesleki sorumluluğu olduğunun her zaman farkındadır. Tekrarlayan görüşmelerde güven sağlayıp hasta için tedavi programı oluştururken onların kültürel, fiziksel, sosyal, psikolojik ve gezegen sağlığı ile ilgili unsurları da dikkate alarak, kişiye özgü bilgileri bir araya getirir (1).

Aile Hekimliğini diğer tıp kliniklerinden kolay ulaşılabilir olması sürekli olarak ve bütüncül yaklaşımı benimsemesi ile ayrılmaktadır. Hastaların aile hekimine yalnızca hasta olduğu dönemlerinde değil kendilerini sağlıklı hissettiklerinde de başvurmaktadır (10).

2.2. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri

- 1- Tıbbi bakım için başvuran herkese açık ve sınırsız bir şekilde sağlık hizmeti sunduğundan ilk tıbbi temas noktasını oluşturmaktadır. Bireyin cinsiyet, yaş ve başka özelliklerine bakmadan tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- 2- Birinci basamakta görev yapan diğer sağlık çalışanları ile hizmetin koordine bir şekilde sürdürülmesini sağlayarak, sağlık hizmeti kaynaklarının verimli bir şekilde tüketilmesini sağlar.
- 3- Gerekli durumlarda hasta hakları savunuculuğu görevini benimseyerek, diğer uzmanlık alanları arasında bir köprü görevi görür.
- 4- Kişiye, ailesine ve yaşadıkları toplumun ihtiyaçlarına yönelik “bireye odaklı” bir bakış açısını benimser.
- 5- Hasta ve hekim arasında kurulan etkili iletişimden ötürü, süreç içinde gelişen benzersiz bir danışmanlık hizmeti oluşur.
- 6- Toplumda yaygın olarak görülen hastalıkların insidansı ve sıklığı tarafından belirlenen özel bir karar alma sürecine sahiptir.

- 7- Aynı zamanda hastalıkların akut ve kronik dönemlerini çözer.
- 8- Gelişim sürecinin başlangıcında semptom gösteren hastalıkları ve acil müdahale gerektiren durumları tedavi eder.
- 9- Etkin ve uygun koruma ile hastalarının ve içinde yaşadıkları evrenin sağlığının ve iyilik halinin devamlılığını sağlamasına yardımcı olur.
- 10- Doğal çevre ve toplum sağlığı hususunda ayrıcalıklı bir rolü bulunmaktadır.
- 11- Sağlık problemleriyle kültürel, psikolojik, fiziksel, çevresel ve sosyal yönden ilgilenir.
- 12- Hasta bireyin sağlık durumunun iyiye gitmesini teşvik eder (1).

2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık kavramı ile ilgili çeşitli tanımlar birçok kişi ve kurum tarafından yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanım en çok kabul gören tanım olmuştur; “Sadece hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, bununla birlikte kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır. Bu tanım ışığında bireylerin bedensel olarak iyiliğinin dışında, psikolojik olarak da kendisini iyi hissetmesi gerektiği, kişilerin hem bedenlen hem de ruhen iyilik durumunda olması gerektiği vurgulanmıştır (11).

Optimal iyilik hali ise; ruhsal, sosyal, duygusal, bedensel ve entellektüel bakımdan tam bir iyilik halidir ve sağlıksız tutumların değiştirilmesi, sağlıklı hayat tarzını destekleyen ortamlar yaşam tarzı değişiklikleri ve farkındalığın sağlanması gibi eylemler aracılığıyla sağlanabilir. (12).

Toplum sağlığının yararına koordine edilmiş hizmetlerin erişiminin ve kullanımının kolaylaştırılmasına özel olarak odaklanan genel sağlık bakım sisteminin bir alt basamağı olarak birinci basamak sağlık hizmeti düşünülebilir (13).

Sağlık hizmetleri dört başlıkta incelenebilir. Bunlar;

- A. Koruyucu Sağlık Hizmetleri,
- B. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri,
- C. Rehabilitasyon Hizmetleri,
- D. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri'dir

Aile hekimi; tüm basamaklara birinci basamakta koruyucu, rehabilite edici, tedavi edici sağlık hizmetlerini ve sağlığın iyileştirilmesi hizmetlerini de vererek dahil olur (14).

2.4. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; sakatlık veya hastalık halinin meydana gelmemesi için tedaviye başlamadan önce önlemeyi amaçlayan sağlık hizmetleri bütünüdür. Bulaşıcı hastalıklarla toplumsal bir salgın oluşmasını önlemek, halkın sağlıklı yaşamla alakalı bilgi düzeyini arttırmak için eğitim vermek, hijyen, sağlıklı beslenme, hastalık oluştuktan sonra rehabilitasyon hakkında gerekli danışmanlık hizmetinin verilmesi ve yaşam tarzının değişikliğine gidilmesi gibi örnekler verilebilir. (15).

Kısaca, koruyucu sağlık hizmetleri kişilerin sağlıklı kalmasını sağlamak, hastalık hali oluşmasına engel olmak gibi oldukça geniş bir hizmet alanı bulunmaktadır (16).

Kişiyi ve toplumu etkileyen koruyucu sağlık hizmetleri, hastalığın oluşmaması için gerekli müdahalelerin yapılması, veya oluşmuş hastalığın tamamen iyileştirilmesi, tamamen iyileşme sağlanamıyorsa oluşabilecek komplikasyonların en aza indirilmesi ya da ikisi de sağlanamıyorsa hastalığın ilerlemesinin durdurulmasına yönelik gerekli tedavilerin planlanması aile hekimlerinin günlük rutin işleri arasında yer almaktadır. Daha geniş tanımla koruma için yapılan eylemler bütünüdür (17).

Sağlık sektörü, hem hizmet sunum şekli ve anlayışı tarzından hem teknolojik gelişmelerdeki sürekli olan değişim nedeniyle her zaman gelişim içinde olmuştur ve olacaktır (18).

Kişilerin tekil olarak düşünülüp tedavi edilmesi, toplumun tamamını sağlıklı hale getirmeyi ya da toplumun sağlık seviyesini yükseltmeyi olanaksız hale getirebilir. Tam tersi, ortamdaki birtakım hastalık oluşumuna neden olabilecek etkenlerin giderilmesi belli ölçüde bazı hastalıkların sıklığını (prevalans, insidans) azaltarak, toplumun sağlık seviyesini hızla arttırmaktadır, Sağlık ve sağlık hizmetlerine yenilikçi bir bakış açısı ile yaklaşılması gerektiği tüm bu bilgilere ve sonuçlara göre, sadece tedavi odaklı tutumun terk edilerek gerek bireylerin ve gerekse toplumun sağlık seviyesini arttırmak amacıyla hizmet sunulması gerektiği anlaşılmıştır. Bu nedenledir ki koruyucu sağlık hizmetleri her geçen gün daha fazla gelişmekte ve sağlık hizmetleri içerisinde öncelikli bir hale gelmeye başlamıştır (18).

Daha etkin ve daha ucuz olmasının da yanında bireye dışarıdan daha az müdahale edilmesinden dolayı koruyucu yaklaşım tedavi edici sağlık hizmetlerinden daha kıymetli ve öncelikli olduğu görülmüştür. Sadece tedavi eden yaklaşım hasta ve hasta yakını çevresine etki ederken koruyucu yaklaşım toplumun bütün olarak sağlığını etkilemeyi amaçlamaktadır (18).

2.5. Koruma Yöntemleri

Tıp fakültesinde koruyucu tıp; sağlıklı nüfusun devamlılığını sağlamak, hastalıkları, sakatlıkları ve erken mortaliteleri engelleyen bir yaklaşım disiplinine sahip alan olarak tanımlanmaktadır (19).

Koruma düzeyleri ve koruma yöntemleri 1940'ların sonunda Leavell ve Clark tarafından ilk olarak birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak 3 başlıkta sınıflandırılmıştır. Bu 3 koruma yöntemi birey odaklı koruma yöntemleridir. (20) (21).

Bu üç yöntem 1995'de Aile Hekimliği Sözlüğünde WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) Uluslararası Sınıflandırma Komitesi tarafından kabul edilip tanımlanmış ve 1999 yılında WONCA yeni bir koruma yöntemi sınıfı olan dördüncül korumayı Aile Hekimliği terminolojisine eklemiştir (3).

Primordial koruma tanımı 1978'de Strasser tarafından ileri sürülmüştür. Tüm nüfusu hedef alan risk faktörlerinin azaltılmasında toplumsal ve çevresel ortamların düzeltilmesi etkili olmaktadır. Bu tür önlemler çoğunlukla kanunlar ve ulusal politikalar tarafından teşvik edilir. Örneğin, bir mahallede güvenli kaldırımlara erişimin iyileştirilmesi fiziksel aktiviteyi teşvik etmek için etkili olabilmektedir; bunun sonucunda obezite, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalık gibi hastalıkların oluşma riskinin azaldığı görülür (22) (23).

2.5.1. Birincil Koruma

Birincil koruma, hastalığa neden olabilecek eylemleri veya etken olan faktörleri değiştirerek veya bir hastalık nedeninin etkilerine karşı kişinin savunma mekanizmasını arttırmak, hastalığa neden olan risk faktörlerini azaltarak hastalıkların başlamasını önlemeyi amaçlar. Hastalık insidansını düşürmek birincil önlemin amacıdır. Birincil korunma çoğunlukla spesifik ajanları belli hastalıklar için risk faktörlerini hedefler. Fakat

bununla birlikte sağlıklı davranışları cesaretlendirmeyi, konak direncini artırmayı ve hastalık riskini azaltan güvenli ortamların artmasını sağlamayı da hedefler. Örneğin ameliyathanelerin detaylı bir şekilde dezenfekte edilmesini sağlayarak, ameliyat sonrası enfeksiyon riskini en aza indirmeyi amaçlayabilir (23). Toplumun sağlık düzeyini yükseltmede temel ve birincil koruma önlemleri en etkin olan yöntemlerdir (24).

Danışmanlık ve aşılama çalışmaları birincil korumanın temel yapıtaşlarıdır. Birincil korumada yapılan girişimler; ikincil ve üçüncül korumaya göre nispeten daha zararsızdır ve daha az maliyetlidir (25).

Obez kişilerde koroner arter hastalığı veya diyabet oluşumunu önlemek için beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite önerileri, bağışıklama, kemoprofilaksi gibi örnekler birincil koruma için verilebilir (26).

Yapılan çok sayıda araştırmanın gösterdiği gibi bazı ajanlara maruz kalınmasının azaltılması, tamamen yok edilmesi ile kanserlerin görülme sıklığını büyük oranda azaltmak olasıdır (27).

2.5.2. İkincil Koruma

Asemptomatik bireylerin taranmasını içeren ikincil koruma hastalığın erken dönemde tespit edilmesini ve erken dönemde tedavi edilmesi ile, geç kalınan tarama ve tedaviye nazaran daha başarılı sonuçlar elde edilir. Semptomatik kişilerde test yapılması tarama değil, şüphe duyulan bir durumu saptayabilmek ya da dışlamak için tanısal test yapmaktır. Tarama yalnızca asemptomatik bireylere uygulanır (28). Bazı kanserlerin birincil koruma ile gelişmesinin engellenmesi hâlâ sınırlı olduğu unutulmadan bazı kanserlerin erken aşama da tanınması o hastalığın prognozunun çok daha iyi olmasına neden olduğundan erken tanı testleri çok önemli bir yere sahiptir. Öncelikle bu durum kanserin semptomlarının olması ve hastalık için etkin bir tedavinin bulunduğu durumlarda söz konusudur (27). İkincil koruma için örneklerden bahsederseniz; osteoporoz için kemik mineral dansitesi ölçülmesi, kanser taraması, hipertansiyonu tespit etmek için kan basıncı ölçülmesi ve abdominal aort anevrizması için abdominal ultrasonografi yapılması vb. (29).

DSÖ toplum temelli tarama programları uygulanmasını ve bu sayede meme, serviks ve kolorektal kanser vakalarının erken evrelerde yakalanmasının sağlanabileceğini bildirmiştir. (30).

2.5.3. Üçüncül Koruma

Üçüncül koruma hastalığın nüksünden ilerlemesinden ve komplikasyon oluşturmamasından korunma amaçlı hizmetleri kapsar. Terapötik ve rehabilitasyon tıbbının önemli bir getirisi. Önlenememiş hastalık ve travmalar sonucu oluşan engellilik ve sakatlık durumu oluşan bireylerin, kendilerini üretken duruma getirmelerini, yaşamlarını sürdürebilmelerini teşvik etmeyi sağlar (31) (32).

Poliomyelitli, görme engelli, kaza sonucunda yaralanmış ya da felçli kişilerin günlük sosyal yaşamını idame etmelerine yardımcı olması bakımından büyük önemi vardır. Üçüncül korumanın tedaviden ayırt edilmesi çok zordur. Çünkü kronik hastalığı olan kişilerin tedavilerinin önemli amaçlarından biri de yeni atakların (nükslerin) oluşumunun önlenmesidir (31) (32).

2.5.4. Dördüncül Koruma

Yukarıda aile hekimi disiplini de bahsedildiği gibi; Aile hekimleri tıbbi bakım isteyen her bireye yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın devamlı ve detaylı tıbbi bakım uygulamalıdır. Uygun ve etkin yaklaşımlarla hastanın sağlıklı bir yaşam sürmesi ve iyilik halini arttırmak hedeflenir. Tedavi edici hizmetlerle koruyucu sağlık hizmetleri hastanın sağlıklı halde kalmasını sağlamak için birlikte uygulanır (1).

2.5.4.1. Dördüncül Korumanın Kavramı ve Tarihçesi

1940'lı yılların sonlarında birincil, ikincil ve üçüncül koruma kavramı ilk olarak Clark ve Leavell tarafından ortaya atılmıştır (21).

1986 yılında Belçika'da dördüncül koruma kavramı Marc Jamouille tarafından ortaya atılmış, 1988 yılında ise Jacques Bury tarafından tamamlanmış ve 1995 yılında Hong Kong'daki WONCA Kongresinde daha fazla ses getirmeye başlamıştır (33).

Dördüncül koruma kavramı, 1999 yılında uluslararası aile hekimliği sözlüğüne WONCA tarafından dahil edilmiştir. Aşırı tıbbi müdahale riski altındaki hastaları yakalamak, onları yeni tıbbi istilalardan korumak ve etik olarak kabul görülebilir tedavi yöntemleri önermeyi kapsayan bir tanımlıdır (34).

Dördüncül koruma; aşırı tanı, asla klinik olarak ortaya çıkmayacak bir hastalığı uygulanan bir tıbbi müdahale nedeniyle insidental olarak saptamak veya kişide sağlık problemlerine neden olmayacak hastalıkların saptanması ve tedavisiyle ilişkilidir. Yani,

bu insidental saptanan tanı ve uygulanan tedavinin gerekliliği olmamakla birlikte, genellikle hastanın yaşam standardının düşmesine ve tedavilerin olası yan etkileri sebebiyle hastada yeni problemler oluşmasına ve hastanın daha fazla acı çekmesine neden olmaktadır (35).

Gereksiz teşhis yöntemleri insanları lüzumsuz yere hastaya dönüştürür, fayda sağlamamakla birlikte hiçbir zaman hasara neden olmayacak sorunları saptayarak daha fazla zarar verir. Bu durumun aşırı teşhis ve hastalığın aşırı tanımlanması olmak üzere iki ana nedeni bulunmaktadır. Sebep her ne olursa olsun; kişiye yarar sağlamadan çok zarar getiren teşhislerin konulması sonucu değişmez. Aşırı teşhis, hastalıkların erken evrede tespit etmenin hastalığın seyrini mutlaka olumlu yönde değiştireceği algısı hakim olduğundan dolayı uygulanır, fakat bu durum sağlık hizmetlerinin kalitesini azaltabilir, hastaları olumsuz yönde etkileyebilir ve toplum sağlığını tehlikeye atabilir. Aşırı teşhis, kişilerin lüzumsuz yere hastalık damgası yemesine, kişiye yaşamı boyunca zarar verme ihtimali olmayacak sorunların teşhis edilmesini veya her geçen gün arttırılan yeni hastalık tanımları nedeniyle insan doğası gereği yaşanan deneyimlerin de hastalık olarak gösterilmesini içerir (8).

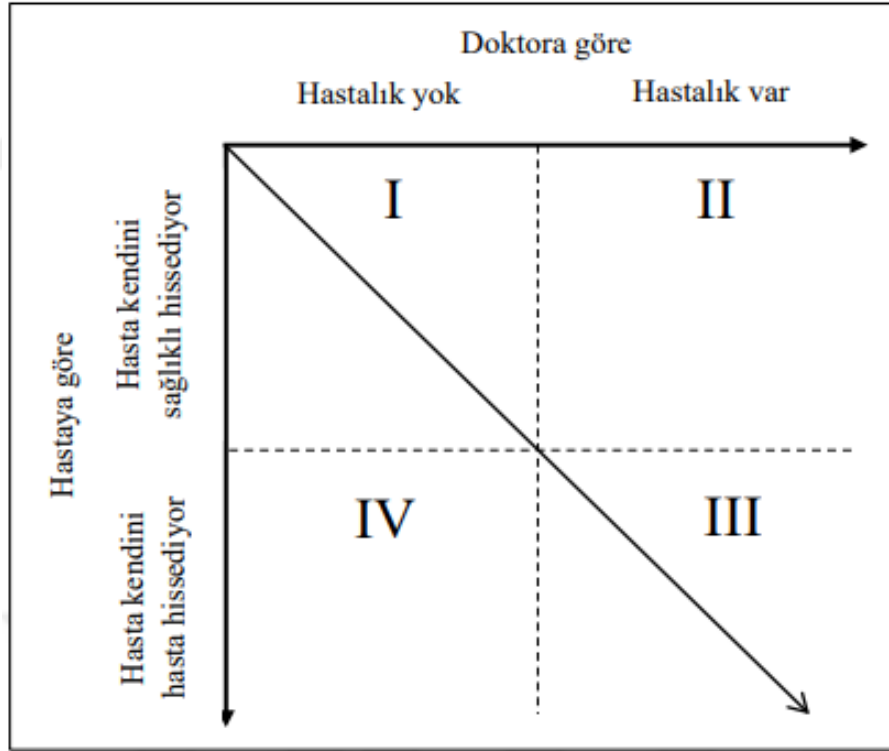
Sağlık sistemleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinde maliyet ekonomisi sebebiyle sağlık hizmetlerinin “aşırı kullanımı” konusunu ve bu durumun nasıl azaltılabileceğini önemli bir konu olarak irdelemektedir. (36).

Dördüncül koruma en kapsamlı tanımıyla, lüzumsuz müdahalelerden kaynaklanabilecek olumsuz etkileri azaltmayı ve etik açıdan kabul edilebilir alternatifler sunmayı hedefleyen bir dizi strateji ve eylemdir, bu sayede hastalar üzerindeki riskleri minimize etmek amaçlanır (37).

Hipertansiyon, prediyabet ve dislipidemi hastalıklarının risk faktörleri tespit edilerek tedavi edilmesi, meme ve prostat kanserinin sıklığı ve taranması, Human Papilloma Virüs aşılması ve influenza aşılması, osteoporoz ilaç piyasa hacmi, özel sağlık sigorta stratejileri, malpraktis korkusu sebebiyle defansif tıp yaklaşımları ve hastalığa evrilmeyecek durumların yeni nesil teknolojik tanı yöntemlerinin kullanılarak aşırı tespit edilmesini önleme dördüncül korumanın kapsamındadır. Durum bu şekilde olduğundan sağlık personellerinin dördüncül koruma hakkında eğitilmeleri önem arz etmektedir. Fazla bilgi ve hastalık atlama korkusu, lüzumsuz tarama testleri, aşırı teşhis ve tedavi dördüncül korumanın hedeflediği yaklaşımlar arasında yer almaktadır.

Dördüncül korumanın zorlukları arasında tanı almamış hastalar, aşırı sağlıklı olma kaygısı, karmaşık hastalar, somatoform bozukluklar, hastalık sırasında abartılı hâl ve hareketler gibi durumlar sayılabilir (38).

Marc Jamouille, hasta ve hekim düşüncelerini bir arada değerlendirerek farklı bir koruma kavramından bahsetmiştir. Bu yaklaşıma göre, doktorun görüşü (hastalık var ya da yok) ile hastanın düşüncesi (hastalık ya da sağlık algısı) birleştirilir. Marc Jamouille'un ifade ettiği bu koruma kavramı, hekim ile hasta ilişkisine dayanır ve geleneksel yaklaşımdan farklı bir bakış açısı getirir. Bu bakış açısına göre, bireyin kendini hasta hissediyor olması, her zaman bir hastalık mevcudiyeti anlamına gelmediği gibi kendini sağlıklı hisseden bireyde de tehlikeli bir hastalık varlığından söz edilebilir. Kısaca, koruma kavramı, yalnızca belirli belirti ve bulgulara değil, aynı zamanda hastanın kendi fikrini de önemser. Bu yaklaşım, hekim ile hasta arasında daha iyi bir dayanışma sağlayarak, hastalığın erken tanısına ve daha etkin bir korumaya fırsat verir (39).



Şekil 1. Hasta-hekim ilişkisine dayanan koruma düzeylerinin ilişkisel görünümü (40)

1. Alan: Birey kendisini sağlıklı hissetmekte ve hekim de bu kişinin sağlıklı olduğunu düşünmektedir. Bu alandaki bireylerin sağlıklı durumlarının devamlılığı için birincil koruma uygulanabilir. Sağlık eğitimi ve aşılama gibi önlemler örnek verilebilir.
2. Alan: Birey kendisini sağlıklı hissetmekte ancak hekim tarafınca yapılan sağlık taramalarında hastalık belirtileri saptanmıştır. Bu durum, ikincil koruma uygulamalarını gerektirmektedir. Bu uygulamaların temel amacı, hastalıkların bireyde mortalite ve morbiditeye yol açmadan önce erken dönemde tespit edilmesidir. Buna kanser taramaları örnek verilebilir.
3. Alan: Hem hekim hem de hasta, bireyin hasta olduğunu düşünmektedir. Bireyde gelişen semptomlar göz önünde bulundurularak yapılan tetkiklerde veya genel sağlık taramalarında hastalık tespit edilmiştir. Bu alanda, hastalıkların gelişebilecek komplikasyonlarından korumak ve rehabilitasyonu için üçüncül koruma uygulanır.
4. Alan: Bu alanda, birey kendisinin hasta olduğunu hissetse bile hekim bireyin sağlıklı olduğunu düşünmektedir. Bu alanda, bireyler sıklıkla zor hasta veya hastalık hastası olarak isimlendirilir ve somatoform bozukluklar, tıbbi olarak tanımlanamayan sendromlar gibi fonksiyonel tanılar alabilirler. Bu bahsedilen tanılar, sürekli tanı yöntemlerine başvurmaya neden olabilirler. Dördüncül koruma ise zor hasta ve hastalık hastası gibi isimlendirmeyi kabul etmez. Bu isimlendirme yerine, hekimlerin muayene sırasında hastalara daha fazla vakit ayırıp detaylı bir şekilde anamnez almasını önerir. Bu alandaki bireyler genellikle sağlığıyla alakalı ciddi kaygı duymaktadır. Dördüncül koruma yaklaşım şekli ile bireylerin bu endişelerini azaltmak ve yönetimini sağlamak mümkün kılınabilir (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51).

Hekimlerin kaygısı, malpraktis korkusu, bilgi ve tecrübe eksikliği gibi faktörler, aşırı tıbbi müdahalelere neden olabileceğinden, dördüncül koruma alanına girmektedir. Hastanın birinci, ikinci ve üçüncü alandan dördüncü alana kaymasını engellemek için hekimler gerekli tedbirleri almalıdır zira bu alan, hem hekimin hem de hastanın kaybolduğu bir alandır. Hekimin aşırı tıbbi müdahale riski olan hastaları tespit ederek

hiçbir girişimde bulunmamalı ve bunu da hastayla iletişim halinde bir karar olarak gerçekleştirmesi en önemli önlemlerdir (53) (54).

Dördüncül koruma kavramı, önce zarar verme ilkesini benimser bundan dolayı yalnızca birinci basamak hekimlerini değil, tüm basamaklardaki hekimleri için ilgilendirmektedir. Bu sebepten ötürü, tüm uzmanlık alanlarının uygulaması elzem bir kavramdır (9).

2.5.4.2. Dördüncül Koruma Uygulama Alanlarına Örnekler

Baş ağrısı, birinci basamağa çok sık başvuru nedenidir. Her gün kullanılan ilaç tedavilerinin çeşitli yan etkileri olabileceği bilinmektedir (55). İlaçların yarar zarar oranı iyi değerlendirilip tedavi kişiye özel şekilde düzenlenmeli ve bu tedavinin yan etkileri konusunda hastaya uyarılar yapılmalıdır. Dördüncül korumanın palyatif bakımda da önemli bir rolü vardır. Bu yaklaşımdan dolayı, uygulanan tedavi sonucunda yaşam kalitesinin artacağı düşünülmüyorsa, tedavinin uygulanmaması ve terminal dönem hastanın mevcut semptomlarının iyileştirilmesi ile daha insancıl bir ölümün gerçekleşebilmesinin sağlanması önerilmektedir (56).

Dördüncül koruma çerçevesinde anestezi uygulamalarında kullanılan ilaçların kontrol edilmesi, ilaç etkileşimlerinin göz önünde bulundurulması ve özellikle yaşlı hastalarda lüzumsuz yere kullanılan ilaçların tedaviden çıkarılması tavsiye edilmektedir. (57).

Obstetrik alanda yayınlanmış makalelerde endikasyon dışı yapılan sezaryenin anne ve çocuk için zararlı olabileceği bildirilmekte ve kanıta dayalı olmayan ve sebepsiz yere yapılan girişimlerden uzak durulması önerilmektedir (58) (59). Jinekoloji alanında hormon replasman tedavisi başlama kararı almadan “önce zarar verme” ilkesi hatırlanmalı ve yalnızca gerekli durumlarda tedaviye başlanması önerilmektedir (60).

Prostat kanseri taramaları üroloji alanında dördüncül koruma için en önemli örneklerdendir. Tarama sonucunda saptanan prostat kanseri vakalarında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan çalışmalar %22-42'sine aşırı teşhis konulduğunu göstermektedir (61). Prostat kanserinde dijital rektal muayene ve prostat spesifik antijen (PSA) ile tarama yapılmasının bireyin yaşam süresine etki etmediği, ama lüzumsuz müdahalelerle hastalarda zarara sebep olabileceğinden dolayı taramanın yalnızca risk grubunda bulunan bireylere aydınlatılmış onam alındıktan sonra yapılması tavsiye edilmektedir (62).

2.6. Sağlık Hizmet Müdürlüğü 2021 Verileri

Tablo 1. Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler (63)

	2002	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Ocağı	69.103.517	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği	-	228.098.527	258.436.607	278.043.149	247.273.830	239.053.780
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	1.391.817	1.332.580	1.256.364	769.343	788.679
ÇEKÜS Birimi*	2.980.481	646.856	366.095	309.984	153.890	123.859
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler*	-	4.496.425	4.821.348	3.959.746	1.767.606	1.826.891
Özel Poliklinikler	731.132	501.993	539.593	629.221	435.764	598.356
E2-E3 Entegre İlçe Hastaneleri	-	3.356.809	3.577.348	3.903.402	2.719.502	3.133.755
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	238.492.427	269.073.571	288.101.866	253.119.935	245.525.320
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	18.912.829	19.055.722	18.298.592	14.527.627	15.672.466
Hastaneler**	124.313.659	461.519.553	494.385.911	506.503.164	332.613.569	414.454.404
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	350.347.005	377.045.707	387.622.848	239.981.820	305.040.174
Üniversite	8.823.361	38.963.933	42.665.139	46.211.148	31.725.506	40.102.992
Özel	5.697.170	72.208.615	74.675.065	72.669.168	60.906.243	69.311.238
2. ve 3. Basamak Toplamı	134.138.461	480.432.382	513.441.633	524.801.756	347.141.196	430.126.870
Genel Toplam	208.966.049	718.924.809	782.515.204	812.903.622	600.261.131	675.652.190

Tablo 1’de yıllara ve kurum türlerine göre toplam hekime müracaat sayısı gösterilmiştir. 2002 yılında 208.966.049 olan toplam hekime müracaat sayısı 2021 yılında %223,33 artışla 675.652.190’a ulaşmıştır. Birinci basamak toplam hekime müracaat sayısı 74.827.588 iken %228,12 artış ile hekime müracaat sayısı 245.525.320 kişi olmuştur. 2. Ve 3. Basamak toplam hekime müracaat sayısı 134.138.461 kişi iken %220,65 oranında artış göstererek 430.126.870 kişi olmuştur. 20 yıl içerisinde hekime müracaat sayısındaki artış oranı hasta yükünün ne kadar arttığını göstermektedir.

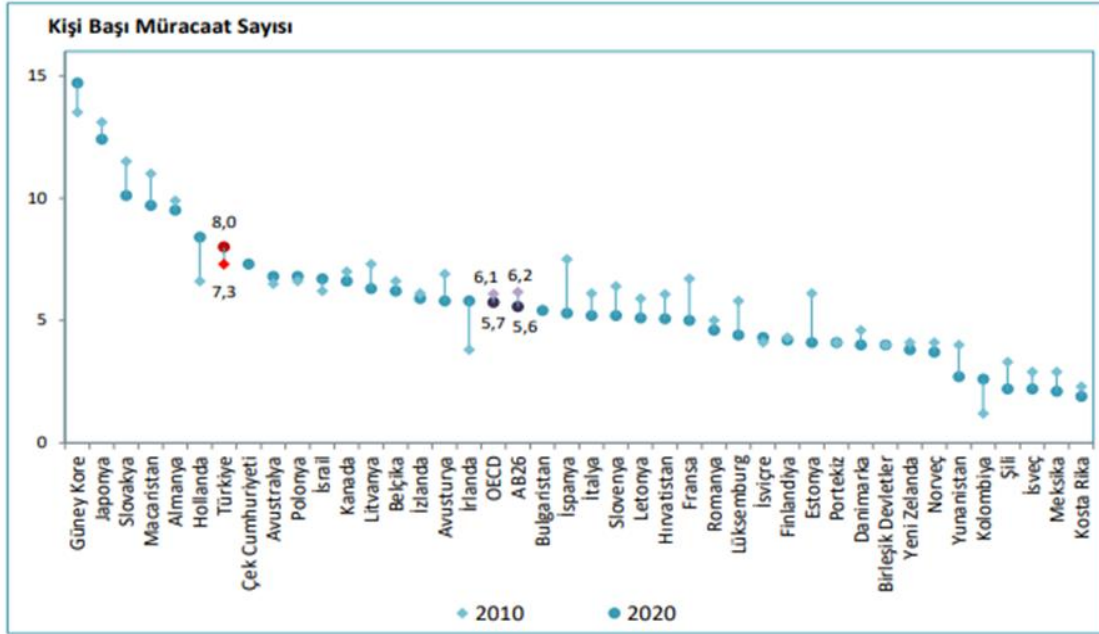
Tablo 2. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Kişi Başı Müracaat Sayısı (63)

	2002	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	1,7	4,4	4,6	4,7	2,9	3,6
Üniversite	0,1	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5
Özel	0,1	0,9	0,9	0,9	0,7	0,8
Toplam	1,9	5,8	6,1	6,1	4,0	4,9

Tablo 1’de hekime toplam müracaat sayısındaki artıştan bahsedilmiştir. Tablo 2’de ise kişi başı hekime müracaat sayısı gösterilmiştir. 2002 yılında toplam kişi başı müracaat

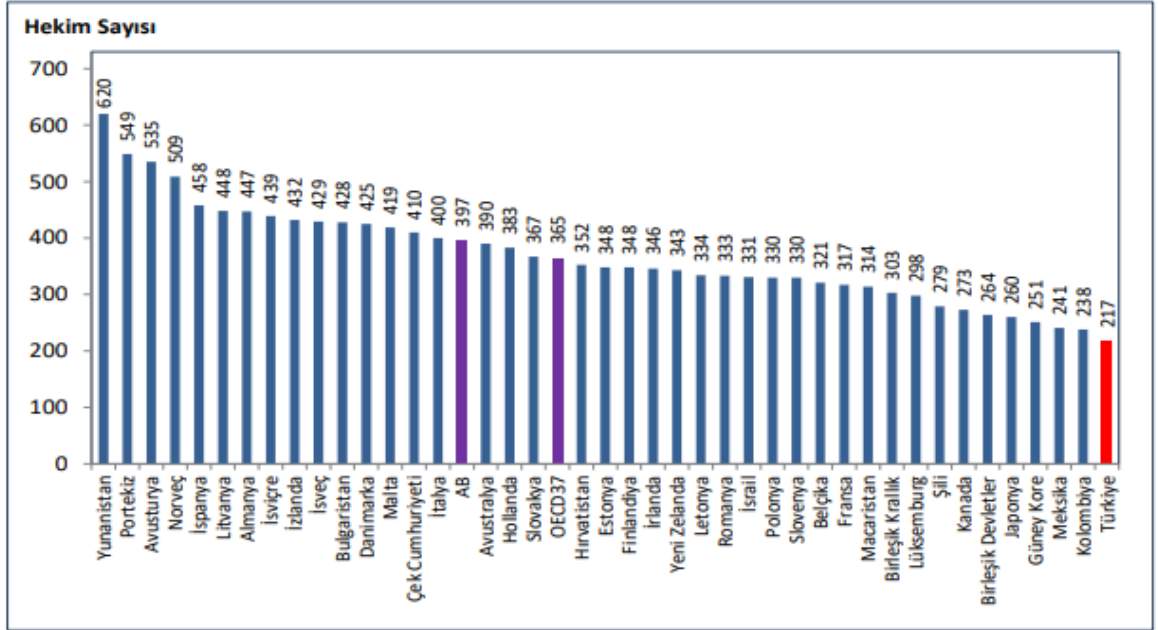
sayısı 1,9 kişi iken 2021 yılında 4,9 olmuştur. Sektörler arasında ise özel hastanelere olan kişi başı müracaat sayısı 0,1 iken 2021 yılında 0,8 olmuştur. En fazla artış özel sektöre olan başvurularda görülmektedir. Sağlık bakanlığında ise 2002 yılında 1,7 iken 2021 yılında 3,6 olarak en az kişi başı müracaat sayısı görülmüştür.

Tablo 3. Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması, 2010, 2020 (63)



Tablo 3'te kişi başı hekime müracaat sayısının uluslararası karşılaştırılmasında Güney Kore en fazla başvuru ile ilk sırada yer almıştır. Güney Kore'yi Japonya ve Slovakya takip etmiştir. Türkiye ise genel sıralamada 7. Sırada gözükmektedir. Kosta Rika ise en az kişi başı hekime müracaat sayısı ile dikkat çekmektedir. Türkiye de kişi başı hekime müracaat sayısının fazla olması gereksiz yapılan tetkikler sonucunda insidental rastlanan sorunlar için kişinin daha sık kontrole gelmesi, yine saptanan bu tanımlar nedeniyle fazla ilaç kullanması yeni hastalıklara zemin oluşturabileceğinden daha sık hastaneye başvuru görülebilir. Bu kişi başı hekime müracaat sayısının fazla olmasında kişinin yanlış tanı korkusu, hastalık saptanmayan kişilerin kendini hasta olarak kanıtlamak için farklı doktorlara gitmesi nedenleri de olabilir. Tablo bu şekilde olunca dördüncül koruma artık tüm dünya da önemli bir yer haline gelmiştir.

Tablo 4. 100.000 Kişiyeye Düşen Toplan Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması, 2020 (63)



Not: Türkiye verisi 2021 yılına aittir. Ülke verileri 2020 yılına veya en yakın yıla aittir

Tablo 4’te 100.000 kişiyeye düşen hekim sayısı görülmektedir. Yunanistan 620 hekim ile ilk sırada yer almaktadır. Portekiz 549 Avusturya 535 hekim ile 2. Ve 3. Sırada yer almaktadır. Türkiye ise 217 hekim ile son sırada yer almaktadır. 100.000 kişiyeye düşen hekim sayısının az olması ve kişi başı hekime müracaat sayısının ülkemizde çok olması nedeniyle iş yükü artmaktadır. Muayene edilen hasta sayısı çok yüksek olması nedeniyle hastalara ayrılabilen zaman ciddi ölçüde azalmaktadır. Bu durum hekimin tanı atlama korkusu ile daha fazla tetkik istemesine neden olmaktadır. Bu sebeplerden dolayı dördüncül korumanın ülkemizde önemli bir yeri olmalıdır.

Tablo 5. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları (63)

	2002	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	1.072.417	2.590.538	2.766.914	2.796.484	1.613.841	2.191.281
Üniversite	307.108	815.076	903.002	948.936	708.994	939.861
Özel	218.837	1.525.685	1.531.822	1.478.395	1.399.383	1.572.952
Toplam	1.598.362	4.931.299	5.201.738	5.223.815	3.722.218	4.704.094

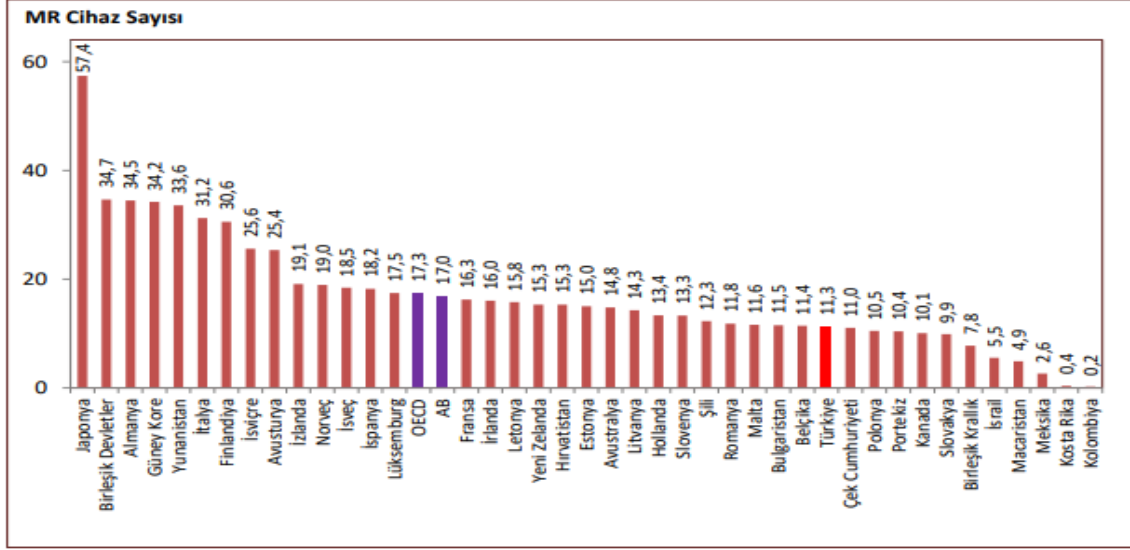
Tablo 5’te 2002 yılından 2021 yılına kadar toplam ameliyat sayısının yıllara ve sektörlere göre değişimi gösterilmektedir. Sağlık Bakanlığında 2002 yılında 1.072.417 olan ameliyat sayısı 2021 yılında 2.191.281 olmuştur. Özel sektörde ise 2002 yılında 218.837 olan toplam ameliyat sayısı 2021 yılında 1.572.952 ye ulaşmıştır. Bu özel hastanelerde 7 kattan fazla artış olduğunu göstermektedir. Hastaneye müracaat eden kişi sayısının artması ve hekimlerin daha fazla tetkik istemesi sonucu tanı sayısı artacağından ameliyat sayısının bu şekilde artması kaçınılmaz bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 6. Yıllara Göre Hastanelerde cihaz Sayıları (63)

	2002	2017	2018	2019	2020	2021
MR	58	884	915	902	939	960
BT	323	1.186	1.211	1.213	1.248	1.271
Ultrason	1.005	5.635	5.846	6.098	6.080	6.276
Doppler Ultrason	681	4.892	5.557	6.383	6.538	6.828
EKO	259	2.269	2.520	2.714	2.823	2.850
Mamografi	647*	947	966	961	982	964

Tablo 6’da 2002 yılından 2021 yılına kadar olan süreçte hastanelerdeki cihaz sayılarının artış miktarı gösterilmektedir. En fazla artış Ekokardiyografi (EKO) cihazında olmuştur. Sayılardaki bu artışa rağmen istenen tetkik miktarını cihazlar karşılayamamaktadır. Hastalar tetkik yapılabilmesi için günlerce hatta aylarca sıra bekleyebilmektedir.

Tablo 7. 1.000.000 Kişiyeye Düşen Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR) Cihaz Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması, 2020 (63)



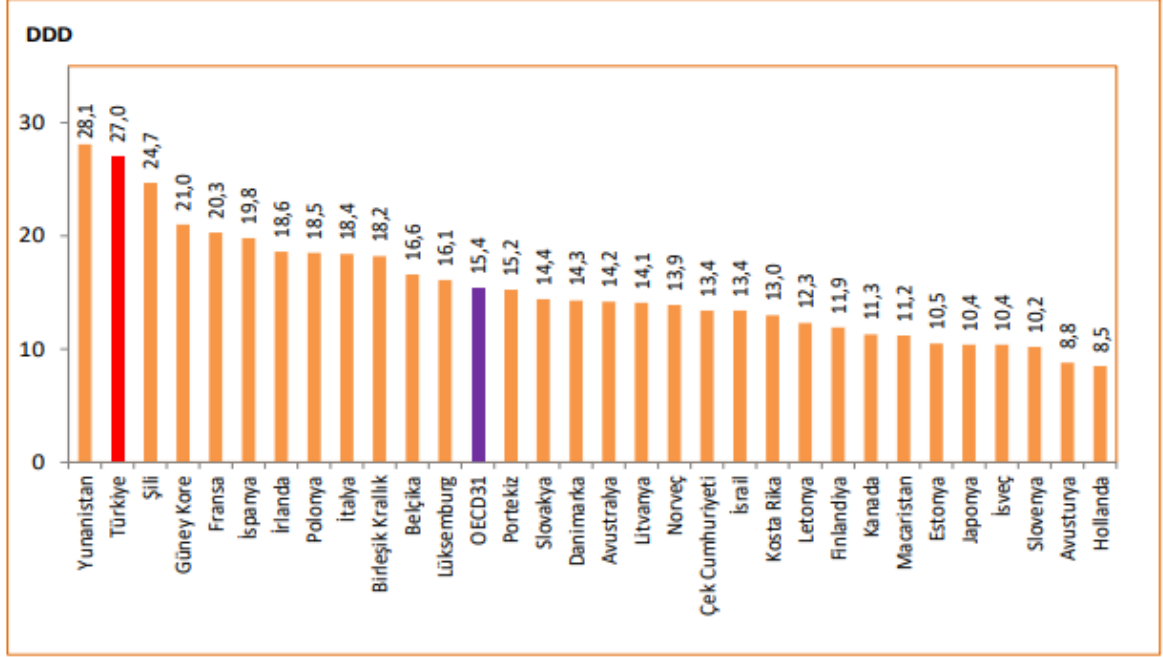
Tablo 7’de 1.000.000 kişiyeye düşen MR cihaz sayısının 2020 yılına ait sayılar ile uluslararası karşılaştırılması gösterilmektedir. Japonya 1.000.000 kişiyeye düşen MR cihazı sayısı 57,4 ile 1. Sırada yer almaktadır. Japonya’yı Birleşik Devletler ve Almanya takip etmektedir. En az ise 0,2 ile Kolombiya’da görülmektedir. Türkiye ise 11.3 ile alt sıralarda yerini almaktadır.

Tablo 8. Yıllara ve Seçilmiş ATC-1 Gruplarına Göre 1.000 Kişiyeye Düşen Günlük İlaç Tüketim Miktarı, DDD (63)

ATC-1 Grubu	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Sindirim Sistemi ve Metabolizma	332,7	340,6	387,4	392,4	417,3	441,6
Kardiyovasküler Sistem	167,4	176,4	187,7	195,1	218,8	221,7
Kan ve Kan Yapıcı Organlar	134,6	144,4	169,3	170,2	152,8	188,1
Sinir Sistemi	93,8	98,4	101,1	101,5	108,7	113,0
Solunum Sistemi	96,4	99,9	109,0	111,2	97,9	98,2
Genito Üriner Sistem ve Seks Hormonları	53,5	68,5	69,9	73,7	74,3	80,9
Kas ve İskelet Sistemi	64,7	62,0	61,6	64,8	58,4	65,1
Sistemik Hormonal Preparatlar (Seks Hormonları ve İnsulinler Hariç)	21,3	21,9	24,2	25,7	27,8	30,0
Sistemik Antienfektifler	42,1	37,3	33,3	34,6	27,6	29,6

Tablo 8’de yıllara ve seçilmiş Anatomical Therapeutic Chemical Classification System-1 (ATC-1) gruplarına göre 1.000 kişiye düşen günlük ilaç tüketim miktarı gösterilmiştir. Sistemik Antienfektifler dışında tüm ilaç gruplarında 2016 yılından 2021 yılına ilaç tüketim miktarı artmıştır.

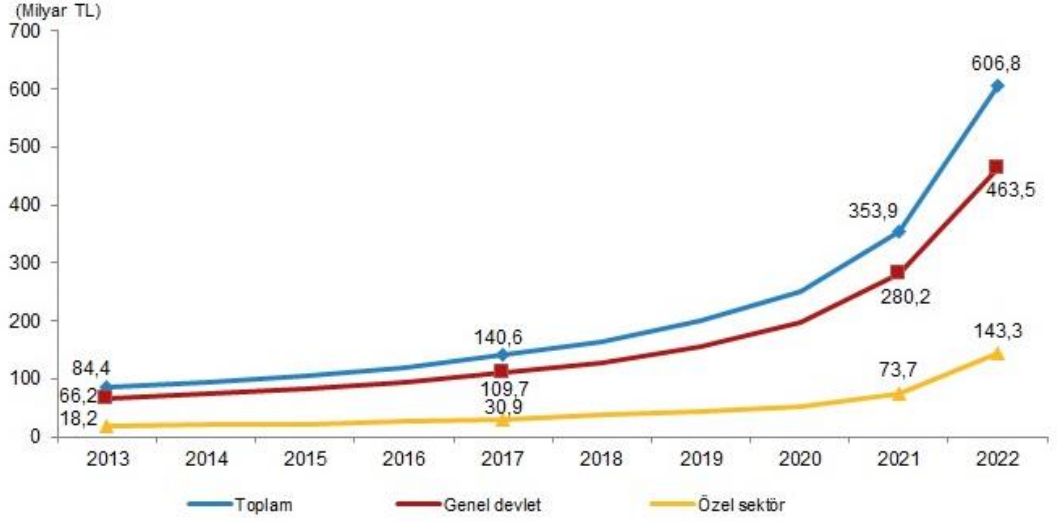
Tablo 9. 1.000 Kişiyeye Düşen Günlük Antibiyotik (ATC-J01) Tüketim Miktarının Uluslararası Karşılaştırması, DDD, 2020 (63)



Tablo 9’ da 2020 yılına ait 1.000 Kişiyeye Düşen Günlük Antibiyotik (ATC-J01) Tüketim Miktarının Uluslararası Karşılaştırması gösterilmiştir. Yunanistan 28,1 ile 1. Sırada yer almaktadır. Türkiye’de 27,0 ile 2. Sırada yer almaktadır. En az ilaç tüketimi ise 8,5 ile Hollanda da görülmektedir. Türkiye de antibiyotik kullanımının bu kadar yüksek olmasının büyük bir kısmını hastaların antibiyotik ile iyileşeceğini düşünme psikolojisinden dolayı fazla reçete edilmesi oluşturmaktadır.

Tablo 10. 2013-2022 Yılları Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları, 2013-2022



Tablo 10’da toplam sağlık harcaması 2022 yılında bir önceki yıla göre %71,5 artarak 606 milyar 835 milyon TL’ye yükseldi. Genel devlet sağlık harcaması %65,4 artarak 463 milyar 516 milyon TL’ye ulaştı. Özel sektör sağlık harcaması ise %94,4’lük bir artış oranı ile 143 milyar 319 milyon TL olarak görüldü. Dördüncül korumaya dikkat edilirse ülke ekonomisinde gereksiz sağlık harcamalarının önüne geçilebilir.

2.7. Defansif Tıp ve Dördüncül Koruma İlişkisi

Tıbbi müdahaleler esnasında hastada fiziken ya da ruhen hasara neden olan veya hastanın hayatını kaybetmesine sebep olmuş girişimler tıbbi hata olarak nitelendirilmektedir. Sağlık hizmetinde asıl hedef kişiyi fiziken ve ruhen daha iyi bir duruma getirmekte olsa, bu hizmetin yapısı gereği bireyin sağlıklı halinin daha iyiye gidebileceği gibi daha kötüye gidebilme olasılığı daima mevcuttur. Bu kötüye gitmenin bir nedeni olarak bazen hekimin bilgi ve tecrübe eksikliğinden dolayı malpraktis şeklinde meydana gelebilirken, bazen de gereken tüm tıbbi müdahaleler uygulanmasına rağmen hastalığa bağlı gelişen komplikasyon olabilmektedir (64).

Defansif tıp, dünya genelinde tartışılan bir konudur ve hekimlerle yapılan çalışmaların yüksek oranlarda saptanması dikkat çekmektedir. Yapılmış çalışmalarda elde edilen sonuçlara göre; Japonya’da %98, ABD’de %79-93, %80 İtalya’da %80, İsrail’de %60, Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise %78,38 oranında defansif tıp uygulamaları yapıldığı saptanmıştır (65).

Defansif tıp uygulamaları hekimlerin tıbbi hata iddialarından korunmak için almış olduğu önlemlerdir. Burada öncelikli amaç, hastanın iyileşmesi değil, dava açılmasının önlenmesidir (66). Defansif tıp uygulamasının iki ana başlığı bulunmaktadır (67).

Pozitif defansif tıp; hastalığın tanı, tedavi veya takibi bakımından temelde zorunluluğu bulunmayan fakat hekimin, kendini hukuki açıdan sorumlulukla karşı karşıya gelmekten korumaya çalışmak, hasta yada hasta yakınları tarafından gelmesi mümkün tıbbi müdahale hatası iddialarını boşa çıkarmak ve hastalık süreci gereği yapılması gereken her şeyin ciddi bir konsantrasyon ve titizlikle uğraşıldığı izlenimini de göstermek amacıyla gereksiz bir sürü tıbbi süreç izlemesidir (68).

Anamnez ve fizik muayene ile teşhis konulabilecek bir hastalık için görüntüleme yöntemlerini veya girişimsel uygulamaları kullanma, gereksiz tıbbi testler yapma, hastaya aşırı ilaç reçete etme, endikasyon dışı hastayı hastaneye yatırarak tedavi etme ve hasta takibini arttırma, aşırı konsültasyon isteğinde bulunma, lüzumsuz cerrahi müdahalelerde bulunma, daha ayrıntılı hasta bilgilendirmesi yapma ve detaylı kayıt tutma, hekimin uygulamış olduğu kendini güvene alma davranışlarından bazılarıdır (68).

Negatif defansif tıp; hukuki yönden riske neden olabilecek davranışlardan uzak durmayı ifade etmektedir. Hekimin tıbbi hatalar yapabilme ihtimali olması ve şikâyet edilme korkusu defansif tıp davranışlarının temelini oluşturmaktadır. Pozitif defansif tıpta hekim, standart protokolleri aşp daha fazla tıbbi müdahalelerde bulunurken, negatif defansif tıpta ise hekim, uygulanması gerekeni uygulamamakta ve tıbbi müdahalelerden uzak durmaktadır. Negatif defansif tıp uygulamalarında; hekim, hasta ya da hasta yakınlarının kendisini şikâyet etme olasılığı yüksek hastaların tedavisini yönetirken, tıbbi tedavi bakımından yüksek riskli olduğunu düşündüğü hastaların tıbbi müdahaleleri yaparken tıbbi bilgi, birikim ve becerisi hastanın tanı ve tedavisi için yeterli olmasına rağmen, hekim bu sorumluluğu almaktan çekinmektedir (69) (70).

Sağlık Bakanlığı, ülke çapında 2006 yılında hasta şikâyetlerini kayıt altına almaya başlamıştır. Bu uygulama ile halen hastalar, Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'nin (SABİM) 184 numaralı sabit hatta telefon ederek görüş, tavsiye ve şikâyetlerini bildirmektedir. Bununla birlikte bireyler, kamuyla alakalı tavsiye, talep veya şikâyetleri olduğunda da Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER) kanalıyla iletebilmektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşan verilerle, şikâyette bulunulan sağlık birimlerindeki meslek grupları arasında hekimlerin ilk sırada olduğu görülmektedir. Hekimler; muayene, teşhis, tedavi

uygulamaları sırasında titiz ve dikkatli davranış sergilemeler dahi, hastadan gelebilecek şikâyetler hususunda ister istemez kendilerini tedirgin hissedebilmektedir. Bu şikâyetler sebepsiz olsa dahi, doktorlar bu şikâyetlere cevap verebilmek için oldukça vakit ve emek harcamaya mecbur bırakılmaktadır. (6)

Yapılmış olan bir çalışmada bir yıl içerisinde İstanbul Güney Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı olan hastanelerle ilgili yapılan SABİM başvuruları değerlendirilmiş ve şikâyet oranı %64,04 olduğu görülürken, bu şikâyetlerin sadece %7,1'inin gerçek tıbbi müdahale hatalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir (71).

ABD ilk sırada olmak üzere İspanya, Japonya, Finlandiya, İngiltere gibi ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de tıbbi dava sayısı artış göstermektedir (72). Örnek verilecek olursa; Japonya'da 1960-2003 yılları arasında malpraktis davaları 10 kat daha fazla görülmeye başlanmıştır. Dava sayısı 102'den 1019'a çıkmıştır. Japonya'daki dava sayısı, ABD ile kıyaslandığında görece daha düşük oranlarda olmasına karşın, yavaş yavaş ABD'ye yaklaşmaktadır (73).

Bugüne bakıldığında artık tüm hastalar potansiyel davacı olarak düşünülmekte ve bu nedenle sağlık kaynakları acımasız bir şekilde kullanılmaktadır (74). Medikal malpraktis dava oranları düşünüldüğü kadar çok değildir (%5-10). Bu davaların ise yaklaşık olarak %20-25'inde hekime ceza verilmektedir (75). William'a göre hekimler bir testi yapmamayı tercih ettiklerinde, bu seçim onların kendisini savunması için yeterlidir (75).

Defansif tıp uygulamaları hekimler tarafından kabullenildiği takdirde aşırı teşhis ve tedavi protokollerinin ortaya çıkması nihai son olmaktadır (76). Bilimsel gerekleri uygulayarak hastalıkları engellemeye çalışmak, hastaları iyileştirmek, bireyin yaşamını ve sağlığını korumak hekimin öncelikli görevleri arasındadır. Bu uygulama esnasında hastanın mahremiyetine dikkat etmesi, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu sorumluluğunu gerçekleştirebilmek için, güncel gelişmeleri yakından takip eder. Yararlılık, adalet, zarar vermeme ve özerklik ilkeleri hekimin yerine getirmesi gereken evrensel tıbbi etik ilkeleridir. Defansif tıp uygulamaları ise bu etik kuralları yok sayabilmektedir (77).

Hastaların aşırı teşhis ve tedaviye maruz kalmasına neden olan defansif tıp uygulamalarının negatif sonuçları azaltılmak istendiğinde dördüncül koruma kavramından yararlanılabileceği öne sürülmüştür (78).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde aile hekimliği asistanlarının dördüncül koruma bilgi düzeyinin ve tutumlarının araştırılması amacıyla kesitsel tipte bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırma İçin Alınan İzinler

Bu çalışma SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.02.2024 tarihinde 146 sayı ile alınmış olan etik kurul izni ile gerçekleştirildi. 16.02.2024-16.03.2024 tarihleri arasında Adana ili Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde veriler toplanmıştır. Çalışmayı kabul eden katılımcılara ekte örneği mevcut onam formu ve dördüncül koruma farkındalık formu (DKFF) ve Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği (DTUTÖ) yüz yüze ve e-form aracılığıyla uygulandı. Katılımcıların kişisel verileri ilgili kanuna uygun olarak korundu. Düzenlenen e-formlar uygun istatistiksel analiz için ofis programında kayıt altına alındı.

3.3. Veri Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Ankette katılımcıların sosyodemografik verileri, dördüncül koruma farkındalık formu ve Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinden oluşan 71 soru soruldu. Anketin ilk 11 sorusu demografik veriler (Cinsiyetiniz nedir?, Yaşınız?, Medeni durumunuz nedir?, Araştırma Görevlisi durumunu seçiniz?, Asistanlıkta kaçınıcı yılınız?, Mesleki kariyerinizden memnun musunuz?, Hastalarınıza yeterince zaman ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?, Daha önce “Dördüncül Koruma” kavramını duydunuz mu ?, “Dördüncül Koruma” hakkında daha önce herhangi bir eğitim aldınız mı?, Eğitim almadıysanız almak ister misiniz?, Sizce gereksiz tıbbi uygulamaların nedeni/nedenleri nelerdir?) ile ilgiliyken sonraki 42 soru dördüncül koruma farkındalık formu olup kalan 18 soru da Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği sorularıydı.

3.3.1. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği

DTUTÖ Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Başer ve ark. tarafından 2014 yılında yayınlanmış olup ölçek 18 sorudan oluşmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach alfa=0,853) alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değerleri de pozitif defansif tıp uygulamaları için (1 ila 9.ncü Sorular) 0,685 ve negatif defansif tıp uygulamaları için (10 ila 14.ncü Sorular) 0,918 olmak üzere yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ise pozitif defansif tıp uygulamaları için (1 ila 9.ncü Sorular) 0,761 ve negatif defansif tıp uygulamaları için (10 ila 14.ncü Sorular) 0,804, iç tutarlılık ise Cronbach alfa=0,900 olarak bulunmuştur. Ölçeğin 1 ve 14 arası maddeleri hiç katılmıyorum-tamamen katılıyorum seçenekleri ile 5'li Likert ölçeğine dayandırılırken, 15-18 arası maddeler evet/hayır şeklinde yanıtlanacak sorulardan oluşmaktadır. Bu ölçeğin normallik analizi Tablo 11'de verilmiştir.

3.3.2. Dördüncül Koruma Farkındalık Formu

DKFF Tosun ve Karaoğlu tarafından 2022 yılında hazırlanan ve 11 alt başlıkta kategorize edilmiş dördüncül korunma hakkında yer alan ifadelerle “Tamamen katılıyorum=5; Katılıyorum=4; Kararsızım=3; Katılmıyorum=2; Kesinlikle katılmıyorum=1” şeklinde yanıtlar aranan bir değerlendirme formudur. Alt başlıklar: 1. Aşırı bilgiye maruz kalma, 2. Aşırı tanı, 3. Tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar, 4. Aşırı tıbbileştirme, 5. Tesadüfi saptanan bulgular, 6. Gereksiz tarama, 7. Aşırı tedavi, 8. Ortak karar verme, 9. Tıbbi tedavinin yönetimi, 10. Hastalık tacirliği farkındalığı ve 11. Kanıtı dayalı tıp uygulamalarına başvurma olarak ifade edilmektedir. Ölçekte ters kodlanmış ifadeler mevcut olup bu ifadeler: 8,9,13,16,20,21,22,24,25,30,40,41,42'dir. Formdan alınan yüksek puanlar dördüncül koruma yaklaşımı konusunda farkındalığı göstermektedir. Formdaki 1-4. ifadeler 1, 5-6. ifadeler 2, 7-9. ifadeler 3, 10-11. ifadeler 4, 12-13. ifadeler 5, 14-19. ifadeler 6, 20-27. ifadeler 7, 28-30. ifadeler 8, 31-34. ifadeler 9, 35-36. ifadeler 10, 37-42. ifadeler 11. alt başlıkla ilgili ifadelerdir. Bu ölçeğin çalışmamızda yapılan Cronbach alfa değeri 0,827 olarak bulunmuştur. Normallik analizi Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 11. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği Soruların Normallik ve Güvenilirlik Analizi

	n	Çarpıklık	Basıklık	
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları				
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın dışında tetkikler istiyorum.	104	-0,558	-0,418	
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.		-0,703	0,423	
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.		-0,805	0,399	
4. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn:sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.		-0,136	-1,002	
5. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.		-0,809	0,033	
6. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum.		-1,098	1,103	
7. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum.		-0,37	-0,514	
8. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.		-0,953	0,78	
9. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.		-0,947	0,531	
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları				
10. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.		-0,433	-0,42	
11. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.		-0,476	-0,671	
12. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.		-0,801	0,216	
13. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.		-0,768	0,049	
14. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımın tedirginlik hissediyorum.	-1,232	0,787		

Tablo 12. Dördüncül Koruma Farkındalık Formu Soruların Normallik ve Güvenilirlik Analizi

	n	Çarpıklık	Basıklık
Birinci basamak sağlık hizmetleri gereksiz tanı ve tedavinin engellenmesinde önemli rol oynar.	104	-1,945	4,293
Bazen hastalardan gelen baskılar yüzünden gereksiz test istenebilmektedir.		-1,504	2,581
Bazen hastalardan gelen baskılar yüzünden gereksiz tedavi uygulanabilmektedir.		-1,223	1,474
İnternet, sosyal medya ve TV programları gereksiz tıbbi uygulamalara yol açmaktadır		-0,971	0,435
Aşırı Bilgiye Maruz Kalma		-1,224	2,327
Hastalar sağlık hizmeti alırken gereksiz tanı açısından tehlikede altındadır.		-0,657	0,193
Hekimler tanı atlamamak için gereğinden fazla test istemeye yönelmektedir.		-1,427	2,352
Aşırı Tanı		-0,906	1,513
Tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan hastalar vardır.		-0,863	0,03
Daha fazla test isteyen hekim daha iyi hekim olarak görülür.		1,026	0,264
Hastaya en kısa zamanda tanı konmalıdır.		0,341	-1,067
Tıbbi Olarak Açıklanamayan Semptomlar		-0,139	-0,358
Hastalar tıbbi olarak uygun olmayan tetkikler istediğinde, bu durumun getireceği zararlar ve maliyetler konusunda uyarılmalıdırlar.		-1,755	4,004
Hastalar sağlık hizmeti alırken gereksiz tedavi açısından tehlikede altındadır.		-0,749	-0,072
Aşırı Tıbbileştirme		-0,628	-0,147
Tanı testleri sırasında tesadüfi saptanan bulgular, gereksiz tanı ve tedaviyi artırır.		-0,843	-0,113
Tesadüfen saptanan kitlesi olan hastalar ileri tetkik için acilen sevk edilmelidir.		0,426	-0,772
Tesadüfi Saptanan Bulgular		-0,095	0,56
Bel ağrısı olan hastada alarm semptomları yoksa ilk altı hafta görüntüleme yapmaya gerek yoktur.		-0,678	-0,083
Kardiyak açıdan düşük riskli ve asemptomatik hastaların yıllık EKG ile taranmasına gerek yoktur.		-0,649	-0,442
Tanı atlama korkusu nedeniyle hastadan ek tetkik isterim.		0,235	-0,903
Gereksiz taramalar hastaların aslında tedavi gerektirmeyen durumlarda bile tedavi almasına neden olabilir.		-0,698	-0,008
Sağlık hizmetlerinin bir alanındaki aşırı kullanım başka bir alanındaki kullanım kapasitesinin azalmasına yol açabilir.		-0,692	-0,102
Mesleki deneyim artışı, gereksiz tıbbi kullanımı azaltır.		-1,521	2,734
Gereksiz Tarama		-0,131	-0,02
Tıbbi endikasyon olmayan durumlarda da koruma amaçlı olarak tedavi başlanabilir.		0,241	-0,607
Her hastada kılavuzların önerdiği hedefe ulaşmak gerekir.		0,078	-0,327
Her hastada kılavuzların önerdiği dozlarda tedavi başlamak gerekir.		0,063	-0,552
Hastaya uygulanacak test ve tedavinin gerekli olup olmadığı düşünülmelidir		-1,688	4,818

Tablo 12. Dördüncül Koruma Farkındalık Formu Soruların Normallik ve Güvenilirlik Analizi (devamı)

Hasta istediği için hastalık belirtisi olmaksızın tetkik ve taramalar yapılabilir.	-0,497	-0,518
Hastaya yetersiz tedavi uygulama, gereksiz tedavi uygulanmasından daha önemli bir konudur.	0,509	-0,522
Gereksiz tanı-tedavi kullanım konusu, tıbbi tartışmalarda genellikle gözden kaçırılmaktadır.	-0,992	1,354
Gereksiz tıbbi kullanımı önleme ulusal sağlık politikaları içinde önemli bir yere sahip olmalıdır.	-0,784	0,659
Aşırı Tedavi	0,286	0,506
Hastalara tedavi seçenekleri anlatılarak tedavi karar verme sürecine dahil edilmeleri gerekir.	-1,289	1,398
Bazı hastalar tetkik yapılmadan sadece muayene ile tatmin olmaz.]	-1,069	1,079
Hastalar, “bekleyelim ve görelim” diyen hekimden değil, hemen bir şeyler yapan hekimden memnun olur.]	1,397	2,548
Ortak Karar Verme	-1,038	1,886
Hekim hastalarına yazdığı reçetede ilaçların kullanımlarını tarif etmelidir.	-1,305	2,104
Hekim kronik hastalıkları olan hastalarının ilaç kullanımlarını düzenli olarak takip etmelidir.	-1,378	1,919
Hekim uygunsuz ilaç kullanımı olduğunu düşündüğü hastasını bu konuda uyarmalıdır.	-1,941	4,818
Hekim hastalarının ihtiyacı olduğunu düşündüğü tedavileri, genel tıp pratiğinde yeri olmasa bile uygulayabilir.	-0,244	-0,612
Tıbbi Tedavinin Yönetimi	-0,855	1,318
Medya organlarındaki yanıltıcı yayınlar toplumdaki hastalık korkusunu artırarak gereksiz tanı ve tedaviye sebep olabilmektedir.	-1,177	1,348
Kılavuzların yaygın kronik hastalıklarda normal eşikleri düşürmesi, toplumun büyük bir kısmını gereksiz yere hasta kategorisine sokmaktadır.	-0,402	-0,335
Hastalık Tacirliği Farkındalığı	-0,185	-0,475
Uzmanlar tarafından geliştirilen tıbbi kılavuzlara güvenilmelidir.	-0,544	0,196
Mesleki uygulamalarda kanıta dayalı tıp kaynaklarına göre davranılmalıdır	-1,462	3,216
Kılavuzlar, hekimlerin gereksiz tanı ve tedaviden kaçınma özgürlüklerini kısıtlar.	-0,106	-0,487
Tıbbi yaklaşım kişiye özel olduğu için kanıta dayalı tıba daha mesafeli durulmalıdır	-0,132	-0,625
Kanıta dayalı tıp bazı konularda klinik deneyimi yok sayar.	0,355	-0,108
Yayınlanan tıbbi makalelerin hepsi bilimsel normlara uygundur.	-0,259	-0,654
Kanıta Dayalı Tıp	0,112	-0,035

3.4. Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve aile hekimliği kliniğinde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimler çalışmamıza dahil edilmiştir

3.5. Hariç Tutma Kriterleri

Eksik veri ile doldurulan anketler ve çalışmaya katılmayı reddeden kişiler çalışmamıza dahil edilmemiştir.

3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği bölümünde eğitim gören tüm asistan hekimlere ulaşarak evren için kapsayıcı bir çalışma yapılması planlandı. Örneklem büyüklüğü Epi-İnfo istatistiksel analiz programı ile hesaplandı. Evren büyüklüğü 141'ti. %95 güven aralığı 0,05 hata payı ile 103 olarak hesaplandı. Çalışmamıza katılmayı kabul eden 104 kişinin verileri analize dahil edildi. Verileri eksik olan 3 katılımcı analize dahil edilmedi.

3.7. İstatistiksel Analiz

Çalışma verileri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 ve programı ile analiz edildi. Numerik veriler ortalama±standart sapma (Ss) ve ortanca (interquartile range (IQR)), frekans veriler ise yüzde olarak ifade edildi. Numerik veriler için bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, frekans veriler için ise Pearson, Chi-Square ve Fischer's Exact testleri kullanıldı. Normallik analizi Kolmogorov-Smirnov testi ile gerçekleştirildi.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan 104 aile hekimliği araştırma görevlisi yaş ortalaması $33,59 \pm 6,90$ (min:26 maks:58) yıldı. Katılımcıların %49'u (n=51) kadın, %58,7'sinin (n=61) evli olduğu belirlendi. Aile hekimliği araştırma görevlilerinin ise %51'i (n=53) tam zamanlı aile hekimliği uzmanlığı programındaydı. Katılımcıların %48,1'i (n=50) asistanlıkta birinci yılında olduğu belirlendi. Katılımcıların %43,2'ü (n=45) mesleki kariyerlerinden memnun olduğunu ifade etmektedir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 13'te gösterilmiştir

Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		ort±ss	Min-maks
Yaş		33,59±6,90	26-58
		n	%
Cinsiyet	Kadın	51	49,0
	Erkek	53	51,0
	Toplam	104	100,0
Medeni Durum	Bekar	43	41,3
	Evli	61	58,7
	Toplam	104	100,0
Araştırma Görevlisi Durumu	Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlığı asistanlığı	53	51,0
	Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı asistanlığı	51	49,0
	Toplam	104	100,0
Asistanlıkta Yılı	Birinci	50	48,1
	İkinci	19	18,2
	Üçüncü	35	33,7
	Toplam	104	100,0
Mesleki Kariyerinden Memnuniyet Durumu	Evet	45	43,2
	Hayır	27	26,0
	Kararsızım	32	30,8
	Toplam	104	100,0

4.2. Katılımcıların Dördüncül koruma Bilgi ve Tutumları

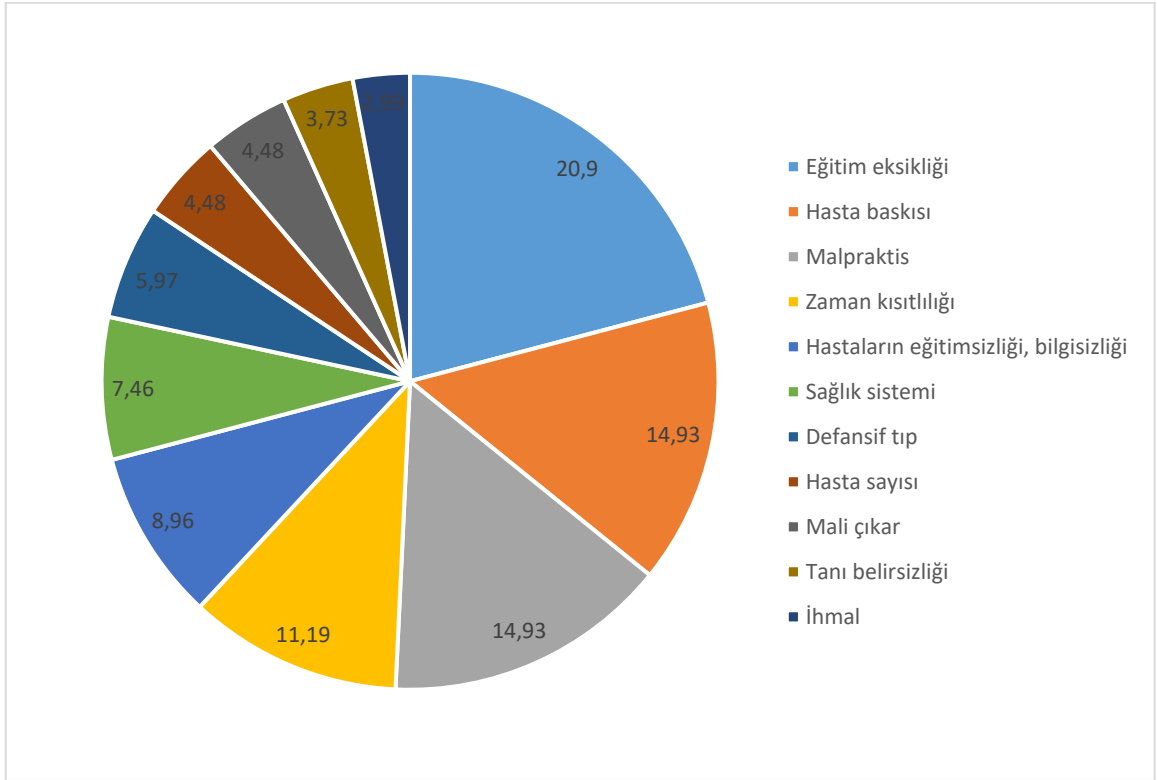
Katılımcıların hastalarına yeteri kadar zaman ayıramadığını ifade edenlerin oranı %56,7 (n=59) olarak bulundu. “Daha önce dördüncül koruma kavramını duydunuz mu?” sorusuna katılımcıların 92,3’ü (n=96) evet cevabını verirken, %56,7’si (n=59) evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim şeklinde yanıtladı. Çalışmadaki hekimlerin %49’u (n=51) dördüncül koruma ile ilgili eğitim almadığını, %66,3’ü (n=69) bu konuda eğitim almak istediklerini ifade etmektedir. Katılımcıların dördüncül koruma bilgi ve tutumları tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların Dördüncül koruma Bilgi ve Tutumları

		n	%
Hastalarına Yeterince Zaman Ayırabilme Durumu	Evet	14	13,5
	Kısmen	31	29,8
	Hayır	59	56,7
	Toplam	104	100,0
Daha Önce Dördüncül Koruma Kavramını Duyma Durumu	Evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim	17	16,3
	Evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim	59	56,7
	Evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok	20	19,3
	Hayır, hiç duymadım	8	7,7
	Toplam	104	100,0
Dördüncül Koruma Hakkında Daha Önce Eğitim Alma Durumu	Evet	37	35,6
	Hayır	51	49,0
	Hatırlamıyorum	16	15,4
	Toplam	104	100,0
Dördüncül Koruma Hakkında Eğitim Alma İsteği	Evet	69	66,3
	Hayır	19	18,3
	Kararsızım	16	15,4
	Toplam	104	100,0

Katılımcıların “Sizce gereksiz tıbbi uygulamaların nedeni/nedenleri nelerdir?” sorusuna %20,9 oranında hekimlerin bilgi düzeyindeki yetersizlik, %14,93 oranında hasta baskısı, %14,93 oranında malpraktis korkusu, %11,19 oranında muayene için gerekli zamanın olmaması, %8,96 oranında hastaların eğitimsizliği ve bilgisizliği, %7,46 oranında sağlık sistemi %5,97 oranında defansif tıp cevabı alınmıştır. Katılımcıların gereksiz tıbbi uygulama nedenleri Tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların gereksiz tıbbi uygulama nedenleri



4.3. Dördüncül Koruma Farkındalıklarını Değerlendirmeye Yönelik Sorulara Verilen Yanıtlar

Verilerin incelenmesi yapılırken her bir ifade için beşli Likert olarak hazırlanan DKFF’ye verilen cevapların dağılımı Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. Dördüncül koruma farkındalık formuna verilen yanıtlar

Aşırı Bilgiye Maruz Kalma	Birinci basamak sağlık hizmetleri gereksiz tanı ve tedavinin engellenmesinde önemli rol oynar	Katılmıyorum	2	1,9
		Kararsızım	3	2,9
		Katılıyorum	27	26,0
		Tamamen katılıyorum	72	69,2
	Bazen hastalardan gelen baskılar yüzünden gereksiz test istenebilmektedir.	Katılmıyorum	2	1,9
		Kararsızım	4	3,8
		Katılıyorum	35	33,7
		Tamamen katılıyorum	63	60,6
	Bazen hastalardan gelen baskılar yüzünden gereksiz tedavi uygulanabilmektedir	Tamamen katılmıyorum	1	1,0
		Katılmıyorum	2	1,8
		Kararsızım	14	13,5
		Katılıyorum	34	32,7
		Tamamen katılıyorum	53	51,0
	İnternet, sosyal medya ve TV programları gereksiz tıbbi uygulamalara yol açmaktadır	Katılmıyorum	1	1,0
		Kararsızım	9	8,6
		Katılıyorum	39	37,5
Tamamen katılıyorum		55	52,9	
Aşırı Tanı	Hastalar sağlık hizmeti alırken gereksiz tanı açısından tehlike altındadır.	Tamamen katılmıyorum	3	2,9
		Katılmıyorum	4	3,8
		Kararsızım	30	28,8
		Katılıyorum	35	33,7
		Tamamen katılıyorum	32	30,8
	Hekimler tanı atlamamak için gereğinden fazla test istemeye yönelmektedir.	Tamamen katılmıyorum	1	1,0
		Katılmıyorum	3	2,8
		Kararsızım	9	8,7
		Katılıyorum	38	36,5
		Tamamen katılıyorum	53	51,0

Tıbbi Olarak Açıklanamayan Semptomlar	Tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan hastalar vardır	Katılmıyorum	4	3,8
		Kararsızım	15	14,5
		Katılıyorum	38	36,5
		Tamamen katılıyorum	47	45,2
	Daha fazla test isteyen hekim daha iyi hekim olarak görülür**	Tamamen katılmıyorum	37	35,6
		Katılmıyorum	38	36,5
		Kararsızım	14	13,5
		Katılıyorum	8	7,7
		Tamamen katılıyorum	7	6,7
	Hastaya en kısa zamanda tanı konmalıdır.*	Tamamen katılmıyorum	14	13,5
		Katılmıyorum	40	38,5
		Kararsızım	15	14,4
		Katılıyorum	22	21,2
		Tamamen katılıyorum	13	12,4
	Aşırı Tıbbileştirme	Hastalar o sıradaki tıbbi durumuna uygun olmayan tetkikler istediğinde, bu durumun getireceği zararlar ve maliyetler konusunda uyarılmalıdırlar.	Tamamen katılmıyorum	1
Katılmıyorum			2	1,9
Kararsızım			6	5,7
Katılıyorum			35	33,7
Tamamen katılıyorum			60	57,7
Hastalar sağlık hizmeti alırken gereksiz tedavi açısından tehlike altındadır.		Tamamen katılmıyorum	1	1,0
		Katılmıyorum	11	10,6
		Kararsızım	16	15,3
		Katılıyorum	45	43,3
		Tamamen katılıyorum	31	29,8

Tesadüfi Saptanan Bulgular	Tanı testleri sırasında tesadüfi saptanan bulgular, gereksiz tanı ve tedaviyi arttırır.	Tamamen katılmıyorum	4	3,8
		Katılmıyorum	12	11,6
		Kararsızım	15	14,4
		Katılıyorum	38	36,5
		Tamamen katılıyorum	35	33,7
	Tesadüfen saptanan kitlesi olan hastalar ileri tetkik için acilen sevk edilmelidir. *	Tamamen katılmıyorum	28	26,9
		Katılmıyorum	28	26,9
		Kararsızım	26	25,0
		Katılıyorum	15	14,4
		Tamamen katılıyorum	7	6,8
Gereksiz Tarama	Bel ağrısı olan hastada alarm semptomlar yoksa ilk altı hafta görüntüleme yapmaya gerek yoktur	Katılmıyorum	3	2,8
		Kararsızım	16	15,4
		Katılıyorum	45	43,3
		Tamamen katılıyorum	40	38,5
	Kardiyak açıdan düşük riskli ve asemptomatik hastaların yıllık EKG ile taranmasına gerek yoktur.	Tamamen katılmıyorum	10	9,6
		Katılmıyorum	10	9,6
		Kararsızım	23	22,2
		Katılıyorum	36	34,6
	Tanı atlama korkusu nedeniyle hastadan ek tetkik isterim. *	Tamamen katılmıyorum	20	19,2
		Katılmıyorum	36	34,6
		Kararsızım	25	24,0
		Katılıyorum	21	20,1
		Tamamen katılıyorum	2	1,9
	Gereksiz taramalar hastaların aslında tedavi gerektirmeyen durumlarda bile tedavi almasına neden olabilir	Tamamen katılmıyorum	1	1,0
		Katılmıyorum	7	6,7
		Kararsızım	21	20,2
		Katılıyorum	41	39,4
		Tamamen katılıyorum	34	32,7

	Sağlık hizmetlerinin bir alanındaki aşırı kullanım başka bir alanındaki kullanım kapasitesinin azalmasına yol açabilir.	Katılmıyorum	1	1,0	
		Kararsızım	12	11,5	
		Katılıyorum	45	43,3	
		Tamamen katılıyorum	46	44,2	
	Mesleki deneyim artışı, gereksiz tıbbi kullanımı azaltır	Tamamen katılmıyorum	3	2,9	
		Katılmıyorum	1	1,0	
		Kararsızım	13	12,5	
		Katılıyorum	36	34,6	
	Aşırı Tedavi	Tıbbi endikasyon olmayan durumlarda da koruma amaçlı olarak tedavi başlanabilir. *	Tamamen katılmıyorum	16	15,4
			Katılmıyorum	26	25,0
Kararsızım			37	35,6	
Katılıyorum			14	13,4	
Tamamen katılıyorum			11	10,6	
Her hastada kılavuzların önerdiği hedefe ulaşmak gerekir. *		Tamamen katılmıyorum	6	5,8	
		Katılmıyorum	27	26,0	
		Kararsızım	42	40,4	
		Katılıyorum	23	22,0	
		Tamamen katılıyorum	6	5,8	
Her hastada kılavuzların önerdiği dozlarda tedavi başlamak gerekir. *		Tamamen katılmıyorum	11	10,6	
		Katılmıyorum	32	30,8	
		Kararsızım	37	35,6	
		Katılıyorum	21	20,2	
		Tamamen katılıyorum	3	2,8	

	Hastaya uygulanacak test ve tedavinin gerekli olup olmadığı düşünölmelidir.	Tamamen katılmıyorum	1	1,0
		Katılmıyorum	2	1,9
		Kararsızım	3	2,9
		Katılıyorum	47	45,2
		Tamamen katılıyorum	51	49,0
	Hasta istediği için hastalık belirtisi olmaksızın tetkik ve taramalar yapılabilir. *	Tamamen katılmıyorum	6	5,8
		Katılmıyorum	12	11,5
		Kararsızım	28	26,9
		Katılıyorum	31	29,8
		Tamamen katılıyorum	27	26,0
	Hastaya yetersiz tedavi uygulama, gereksiz tedavi uygulanmasından daha önemli bir konudur. *	Tamamen katılmıyorum	27	26,0
		Katılmıyorum	33	31,7
		Kararsızım	26	25,0
		Katılıyorum	13	12,5
		Tamamen katılıyorum	5	4,8
	Aşırı tedavi uygulamaları, tıbbi tartışmalarda genellikle gözden kaçırılmaktadır.	Tamamen katılmıyorum	1	1,0
		Katılmıyorum	5	4,8
		Kararsızım	13	12,5
		Katılıyorum	54	51,9
		Tamamen katılıyorum	31	29,8
Gereksiz tıbbi kullanımı önleme ulusal sağlık politikaları içinde önemli bir yere sahip olmalıdır	Tamamen katılmıyorum	0	0	
	Katılmıyorum	1	1,0	
	Kararsızım	6	5,8	
	Katılıyorum	49	47,0	
	Tamamen katılıyorum	48	46,2	

Ortak Karar Verme	Hastalara tedavi seçenekleri anlatılarak tedavi karar verme sürecine dahil edilmeleri gerekir.	Tamamen katılmıyorum	2	1,9
		Katılmıyorum	8	7,7
		Kararsızım	7	6,7
		Katılıyorum	45	43,3
		Tamamen katılıyorum	42	40,4
	Bazı hastalar tetkik yapılmadan sadece muayene ile tatmin olmaz	Tamamen katılmıyorum	0	0
		Katılmıyorum	3	2,9
		Kararsızım	8	7,7
		Katılıyorum	44	42,3
		Tamamen katılıyorum	49	47,1
	Hastalar, “bekleyelim ve görelim” diyen hekimden değil, hemen bir şeyler yapan hekimden memnun olur. *	Tamamen katılmıyorum	49	47,1
		Katılmıyorum	43	41,3
		Kararsızım	8	7,7
		Katılıyorum	3	2,9
		Tamamen katılıyorum	1	1,0
Tıbbi Tedavinin Yönetimi	Hekim hastalarına yazdığı reçetedeki ilaçların kullanımlarını tarif etmelidir.	Tamamen katılmıyorum	1	1,0
		Katılmıyorum	2	1,9
		Kararsızım	11	10,6
		Katılıyorum	39	37,5
		Tamamen katılıyorum	51	49,0
	Hekim kronik hastalıkları olan hastalarının ilaç kullanımlarını düzenli olarak takip etmelidir.	Tamamen katılmıyorum	1	1,0
		Katılmıyorum	3	2,9
		Kararsızım	11	10,5
		Katılıyorum	34	32,7
		Tamamen katılıyorum	55	52,9

Tablo 17’de dördüncül koruma farkındalık formunun alt boyutlarından ve formun toplamından alınan puanların ortalaması, minimum ve maksimum değerler, soru sayıları belirtilmiştir.

Tablo 17. Dördüncül koruma farkındalık formu ve alt boyutlarından alınan puanlar

DKFF alt boyutlar	Ort	ss	Min	Maks	Soru sayısı
Aşırı Bilgiye Maruz Kalma	17,88	2,10	9	20	4
Aşırı Tanı	8,19	1,51	2	10	2
Tıbbi Olarak Açıklanamayan Semptomlar	9,17	1,77	5	13	3
Aşırı Tıbbileştirme	8,36	1,35	4	10	2
Tesadüfi Saptanan Bulgular	6,32	1,54	2	10	2
Gereksiz Tarama	22,75	2,69	15	29	6
Aşırı Tedavi	27,29	3,69	20	39	8
Ortak Karar Verme	10,15	1,32	6	13	3
Tıbbi Tedavinin Yönetimi	16,50	2,58	7	20	4
Hastalık Tacirliği Farkındalığı	8,19	1,23	5	10	2
Kanıtı Dayalı Tıp Uygulamalarına Başvurma	20,93	2,78	13	28	6
DKFF Toplam Puanı	155,74	11,38	113	182	42

4.4. Sosyodemografik Verilere Göre Katılımcıların Dördüncül Koruma Farkındalık Formuna Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi

Sosyodemografik verilere göre DKFF’nin bütün alt gruplarından ve anket formunun toplamından alınan puanlar incelenip istatistiksel değerlendirme yapıldı.

4.4.1. Cinsiyete Göre Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılanların cinsiyete göre; DKFF kanıtı dayalı tıp uygulamalarına başvurma alt boyutundan alınan puanları karşılaştırıldığında kadın aile hekimliği araştırma görevlilerinin ortalama puanı (21,14±2,66) erkek aile hekimliği araştırma görevlilerinin puanına (20,74±2,89) göre yüksektir, istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır (p<0,464).

Kadın aile hekimliği araştırma görevlilerinin DKFF aşırı tedavi alt boyutundan alınan puanı ($27,20 \pm 3,13$) erkek aile hekimliği araştırma görevlilerinin puanına ($27,38 \pm 4,17$) göre düşüktür. Fakat anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p < 0,803$). Cinsiyete göre dördüncül koruma farkındalık formu ve alt boyutlarından alınan puanlar tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Cinsiyete Göre Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar

DKFF alt boyutlar	Cinsiyet	n	ort	ss	p
Aşırı Bilgiye Maruz Kalma	Kadın	51	17,86	1,67	,917
	Erkek	53	17,91	2,45	
Aşırı Tanı	Kadın	51	7,92	1,70	,072
	Erkek	53	8,45	1,24	
Tıbbi Olarak Açıklanamayan Semptomlar	Kadın	51	9,20	1,81	,897
	Erkek	53	9,15	1,73	
Aşırı Tıbbileştirme	Kadın	51	8,14	1,31	,106
	Erkek	53	8,57	1,36	
Tesadüfi Saptanan Bulgular	Kadın	51	6,31	1,65	,982
	Erkek	53	6,32	1,43	
Gereksiz Tarama	Kadın	51	22,75	2,39	,986
	Erkek	53	22,75	2,97	
Aşırı tedavi	Kadın	51	27,20	3,13	,803
	Erkek	53	27,38	4,17	
Ortak Karar Verme	Kadın	51	10,33	1,10	,175
	Erkek	53	9,98	1,48	
Tıbbi Tedavinin Yönetimi	Kadın	51	16,65	2,56	,572
	Erkek	53	16,36	2,62	
Hastalık Tacirliği Farkındalığı	Kadın	51	8,12	,99	,547
	Erkek	53	8,26	1,43	
Kanıtı Dayalı Tıp Uygulamalarına Başvurma	Kadın	51	21,14	2,66	,464
	Erkek	53	20,74	2,89	
Toplam Puan	Kadın	51	155,61	9,25	,908
	Erkek	53	155,87	13,19	

4.4.2. Medeni duruma göre Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılanların medeni durumu ve DKFF ortak karar verme alt boyutundan alınan puanları karşılaştırıldığında bekar aile hekimliği araştırma görevlilerinin ortalama puanı (10,49±1,07) evli aile hekimliği araştırma görevlilerinin puanına (9,92±1,42) göre yüksektir (**p<0,029**). Çalışmaya katılan bekar aile hekimliği araştırma görevlilerinin DKFF toplam puanları (155,16±11,36) evli aile hekimliği araştırma görevlilerinin puanına (156,15±11,45) göre düşüktür. Fakat anlamlı bir fark saptanmamıştır (p<0,666). Medeni duruma göre DKFF ve alt boyutlarından alınan puanlar tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Medeni Duruma Göre Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar

DKFF alt boyutlar	Medeni Durum	N	Ort	SS	p
Aşırı Bilgiye Maruz Kalma	Bekar	43	17,79	2,28	,703
	Evli	61	17,95	1,97	
Aşırı Tanı	Bekar	43	8,09	1,74	,575
	Evli	61	8,26	1,32	
Tıbbi Olarak Açıklanamayan Semptomlar	Bekar	43	9,53	1,70	,079
	Evli	61	8,92	1,77	
Aşırı Tıbbileştirme	Bekar	43	8,14	1,33	,172
	Evli	61	8,51	1,34	
Tesadüfi Saptanan Bulgular	Bekar	43	6,44	1,63	,492
	Evli	61	6,23	1,47	
Gereksiz Tarama	Bekar	43	22,60	2,72	,646
	Evli	61	22,85	2,68	
Aşırı tedavi	Bekar	43	26,95	4,03	,439
	Evli	61	27,52	3,43	
Ortak Karar Verme	Bekar	43	10,49	1,07	,029
	Evli	61	9,92	1,42	
Tıbbi Tedavinin Yönetimi	Bekar	43	16,37	2,23	,674
	Evli	61	16,59	2,81	
Hastalık Tacirliği Farkındalığı	Bekar	43	8,23	1,13	,781
	Evli	61	8,16	1,30	
Kanıtı Dayalı Tıp Uygulamalarına Başvurma	Bekar	43	20,51	2,59	,196
	Evli	61	21,23	2,88	
Toplam Puan	Bekar	43	155,16	11,36	,666
	Evli	61	156,15	11,45	

4.4.3. Araştırma görevlisi durumuna göre Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi

Katılımcıların araştırma görevlisi durumuna göre; DKFF aşırı tıbbileştirme alt boyutundan alınan puanları karşılaştırıldığında sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlilerinin ortalama puanı ($8,76\pm 1,14$) tam zamanlı aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlilerinin puanına ($7,96\pm 1,42$) göre yüksektir. İstatiksel anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,002$).

Çalışmaya katılanların araştırma görevlisi durumuna göre; DKFF aşırı tedavi alt boyutundan alınan puanları karşılaştırıldığında sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlilerinin ortalama puanı ($28,22\pm 4,07$) tam zamanlı aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlilerinin puanına ($26,40\pm 3,05$) göre yüksektir. İstatiksel anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,011$).

Çalışmaya katılanların araştırma görevlisi durumuna göre; DKFF hastalık tacirliği farkındalığı alt boyutundan alınan puanları karşılaştırıldığında sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlilerinin ortalama puanı ($8,57\pm 1,18$) tam zamanlı aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlilerinin puanına ($7,83\pm 1,17$) göre anlamlı yüksek bulundu ($p<0,002$).

Çalışmaya katılanların araştırma görevlisi durumuna göre; DKFF toplam puanları karşılaştırıldığında sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlilerinin ortalama puanı ($158,57\pm 10,63$) tam zamanlı aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlilerinin puanına ($153,02\pm 11,50$) göre anlamlı yüksek bulundu ($p<0,012$). Araştırma görevlisi durumuna göre DKFF ve alt boyutlarından alınan puanlar tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Araştırma Görevlisi durumuna Göre Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar

DKFF alt boyutlar	Araştırma Görevlisi durumu	N	Ort	SS	p
Aşırı Bilgiye Maruz Kalma	Tam Zamanlı AHU	53	17,55	2,23	,094
	Sözleşmeli AHU	51	18,24	1,90	
Aşırı Tanı	Tam Zamanlı AHU	53	8,06	1,42	,352
	Sözleşmeli AHU	51	8,33	1,59	
Tıbbi Olarak Açıklanamayan Semptomlar	Tam Zamanlı AHU	53	9,06	1,74	,495
	Sözleşmeli AHU	51	9,29	1,79	
Aşırı Tıbbileştirme	Tam Zamanlı AHU	53	7,96	1,42	,002
	Sözleşmeli AHU	51	8,76	1,14	
Tesadüfi Saptanan Bulgular	Tam Zamanlı AHU	53	6,34	1,37	,881
	Sözleşmeli AHU	51	6,29	1,71	
Gereksiz Tarama	Tam Zamanlı AHU	53	22,36	2,58	,131
	Sözleşmeli AHU	51	23,16	2,76	
Aşırı tedavi	Tam Zamanlı AHU	53	26,40	3,05	,011
	Sözleşmeli AHU	51	28,22	4,07	
Ortak Karar Verme	Tam Zamanlı AHU	53	10,19	1,24	,785
	Sözleşmeli AHU	51	10,12	1,40	
Tıbbi Tedavinin Yönetimi	Tam Zamanlı AHU	53	16,47	3,03	,910
	Sözleşmeli AHU	51	16,53	2,04	
Hastalık Tacirliği Farkındalığı	Tam Zamanlı AHU	53	7,83	1,17	,002
	Sözleşmeli AHU	51	8,57	1,18	
Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarına Başvurma	Tam Zamanlı AHU	53	20,81	3,07	,652
	Sözleşmeli AHU	51	21,06	2,46	
Toplam Puan	Tam Zamanlı AHU	53	153,02	11,50	,012
	Sözleşmeli AHU	51	158,57	10,63	

4.4.4. Asistanlık yılına göre Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi

Katılımcıların DKFF hastalık tacirliği farkındalığı alt boyutundan alınan puanlar incelendiğinde asistanlıkta geçirdikleri sürede birinci ($8,54\pm 1,09$) ve üçüncü yılda ($8,00\pm 1,08$) alınan ortalama puanlar ikinci yıla ($7,63\pm 1,57$) göre anlamlı yüksek bulundu ($p=0,011$). Asistanlık yılı ve dördüncül koruma farkındalık formu ve alt boyutlarından alınan puanlar tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Asistanlık yılı ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar

DKFF alt boyutlar	Asistanlık Yılı	N	Ort	SS	p
Aşırı Bilgiye Maruz Kalma	Birinci	50	18,10	2,00	,097
	İkinci	19	16,95	2,73	
	Üçüncü	35	18,09	1,72	
	Toplam	104	17,88	2,09	
Aşırı Tanı	Birinci	50	8,02	1,70	,187
	İkinci	19	7,95	1,07	
	Üçüncü	35	8,57	1,35	
	Toplam	104	8,19	1,50	
Tıbbi Olarak Açıklanamayan Semptomlar	Birinci	50	9,16	1,78	,678
	İkinci	19	9,47	1,57	
	Üçüncü	35	9,03	1,85	
	Toplam	104	9,17	1,76	
Aşırı Tıbbileştirme	Birinci	50	8,52	1,24	,481
	İkinci	19	8,26	1,44	
	Üçüncü	35	8,17	1,44	
	Toplam	104	8,36	1,35	
Tesadüfi Saptanan Bulgular	Birinci	50	6,08	1,48	,060
	İkinci	19	7,05	1,74	
	Üçüncü	35	6,26	1,42	
	Toplam	104	6,32	1,54	

Gereksiz Tarama	Birinci	50	23,10	2,70	,224
	İkinci	19	21,84	2,91	
	Üçüncü	35	22,74	2,50	
	Toplam	104	22,75	2,69	
Aşırı tedavi	Birinci	50	27,38	3,45	,968
	İkinci	19	27,26	3,99	
	Üçüncü	35	27,17	3,93	
	Toplam	104	27,29	3,68	
Ortak Karar Verme	Birinci	50	10,44	1,01	,072
	İkinci	19	9,68	1,63	
	Üçüncü	35	10,00	1,45	
	Toplam	104	10,15	1,32	
Tıbbi Tedavinin Yönetimi	Birinci	50	16,82	2,03	,435
	İkinci	19	16,42	3,07	
	Üçüncü	35	16,09	2,98	
	Toplam	104	16,50	2,58	
Hastalık Tacirliği Farkındalığı	Birinci	50	8,54	1,09	,011
	İkinci	19	7,63	1,57	
	Üçüncü	35	8,00	1,08	
	Toplam	104	8,19	1,23	
Kanıtı Dayalı Tıp Uygulamalarına Başvurma	Birinci	50	20,54	2,22	,106
	İkinci	19	20,47	3,20	
	Üçüncü	35	21,74	3,13	
	Toplam	104	20,93	2,78	
Toplam Puan	Birinci	50	156,70	10,05	,486
	İkinci	19	153,00	14,84	
	Üçüncü	35	155,86	11,14	
	Toplam	104	155,74	11,37	

4.4.5. Hastalarına yeterince zaman ayırabilme durumu ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi

Katılımcılara yöneltilen hastalarına yeterince zaman ayırabildiğini düşünme durumuna göre DKFF tıbbi tedavinin yönetimi alt boyutuna verilen cevaplarda kısmen (16,19±2,73) cevabının verenlerin, evet (18,21±2,11) cevabını verenlere göre anlamlı olarak düşük bulundu ($p=,027$). Hastalarına yeterince zaman ayırabilme durumu ve DKFF ve alt boyutlarından alınan puanlar tablo 22’de gösterilmiştir. Hastalarına yeterince zaman ayırabildiğini düşünen 14 hekimin DKKF alt boyutlarından aşırı tanı alt boyutunda ortalama puan 8.07 tesadüfi saptanan bulgulardan 6.29 saptanmıştır. Hastalarına yeterince zaman ayıramadığını düşünen 59 hekimin aşırı tedavi alt boyutunda ortalama 27,90, tıbbi olarak açıklanamayan semptomlarda 9,10 bulunmuştur.

Tablo 22. Hastalarına yeterince zaman ayırabilme durumu ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar

DKFF alt boyutlar	Hastalarına yeterince zaman ayırabildiğini düşünme	N	Ort	ss	p
Aşırı Bilgiye Maruz Kalma	Evet	14	18,14	1,99	,818
	Kısmen	31	17,97	1,70	
	Hayır	59	17,78	2,32	
	Toplam	104	17,88	2,09	
Aşırı Tanı	Evet	14	8,07	1,43	,929
	Kısmen	31	8,26	1,80	
	Hayır	59	8,19	1,37	
	Toplam	104	8,19	1,50	
Tıbbi Olarak Açıklanamayan Semptomlar	Evet	14	8,71	1,93	,334
	Kısmen	31	9,52	1,63	
	Hayır	59	9,10	1,78	
	Toplam	104	9,17	1,76	
Aşırı Tıbbileştirme	Evet	14	8,57	1,65	,806
	Kısmen	31	8,29	1,44	
	Hayır	59	8,34	1,24	
	Toplam	104	8,36	1,35	

Tesadüfi Saptanan Bulgular	Evet	14	6,29	1,89	,910
	Kısmen	31	6,23	1,35	
	Hayır	59	6,37	1,56	
	Toplam	104	6,32	1,54	
Gereksiz Tarama	Evet	14	23,71	2,33	,243
	Kısmen	31	22,26	2,81	
	Hayır	59	22,78	2,67	
	Toplam	104	22,75	2,69	
Aşırı tedavi	Evet	14	26,43	4,43	,155
	Kısmen	31	26,52	3,35	
	Hayır	59	27,90	3,60	
	Toplam	104	27,29	3,68	
Ortak Karar Verme	Evet	14	10,29	1,59	,665
	Kısmen	31	10,29	1,16	
	Hayır	59	10,05	1,34	
	Toplam	104	10,15	1,32	
Tıbbi Tedavinin Yönetimi	Evet	14	18,21	2,11	,027
	Kısmen	31	16,19	2,73	
	Hayır	59	16,25	2,48	
	Toplam	104	16,50	2,58	
Hastalık Tacirliği Farkında- lığı	Evet	14	8,43	1,28	,253
	Kısmen	31	8,42	1,11	
	Hayır	59	8,02	1,26	
	Toplam	104	8,19	1,23	
Kanıtı Dayalı Tıp Uygulamalarımına Başvurma	Evet	14	21,07	3,49	,832
	Kısmen	31	20,68	2,61	
	Hayır	59	21,03	2,72	
	Toplam	104	20,93	2,78	
Toplam Puan	Evet	14	157,93	9,79	0,666
	Kısmen	31	154,61	9,01	
	Hayır	59	155,81	12,82	
	Toplam	104	155,74	11,37	

4.4.6. Dördüncül Koruma kavramını duyma durumu ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi

Katılımcılara yöneltilen “daha önce “dördüncül koruma” kavramını duydunuz mu?” sorusuna “hayır, hiç duymadım” cevabını verenlerin aşırı tanı ortalama puanı (6,88±2,35) “evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim” (8,65±1,57) “evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok” (8,45±1,35) ve “evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim” (8,15±1,32) cevabını verenlere göre anlamlı olarak düşük bulundu (**p=0,038**).

Katılımcılara yöneltilen “daha önce “dördüncül koruma” kavramını duydunuz mu?” sorusuna “evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok” cevabını verenlerin aşırı tedavi ortalama puanı (25,65±3,26) “hayır, hiç duymadım” (28,88±4,22) “evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim” (28,76±3,75) ve “evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim” (27,20±3,56) cevabını verenlere göre anlamlı olarak düşük bulundu (**p=0,040**).

Katılımcılara yöneltilen “daha önce “dördüncül koruma” kavramını duydunuz mu?” sorusuna “hayır, hiç duymadım” cevabını verenlerin ortak karar verme ortalama puanı (10,75±1,03) “evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim” (10,39±1,20) “evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok” (9,75±1,16) ve “evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim” (9,53±1,70) cevabını verenlere göre anlamlı olarak yüksek bulundu (**p=0,025**). Dördüncül koruma kavramını duyma durumu ve DKFF ve alt boyutlarından alınan puanlar tablo 23’te gösterilmiştir.

Tablo 23. Dördüncül Koruma kavramını duyma durumu ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar

DKFF alt boyutlar	Dördüncül Koruma kavramını duyma durumu	N	Ort	ss	p
Aşırı Bilgiye Maruz Kalma	Evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim	17	17,71	3,01	,866
	Evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim	59	17,97	1,71	
	Evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok	20	18,00	2,27	
	Hayır, hiç duymadım	8	17,38	2,26	
	Toplam	104	17,88	2,09	
Aşırı Tanı	Evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim	17	8,65	1,57	,038
	Evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim	59	8,15	1,32	
	Evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok	20	8,45	1,35	
	Hayır, hiç duymadım	8	6,88	2,35	
	Toplam	104	8,19	1,50	
Tıbbi Olarak Açıklanamayan Semptomlar	Evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim	17	8,88	2,17	,848
	Evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim	59	9,29	1,72	
	Evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok	20	9,05	1,70	
	Hayır, hiç duymadım	8	9,25	1,48	
	Toplam	104	9,17	1,76	
Aşırı Tıbbileştirme	Evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim	17	8,06	1,56	,461
	Evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim	59	8,31	1,26	
	Evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok	20	8,75	1,37	
	Hayır, hiç duymadım	8	8,38	1,50	
	Toplam	104	8,36	1,35	

Tesadüfi Saptanan Bulgular	Evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim	17	6,24	2,04	,842
	Evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim	59	6,31	1,44	
	Evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok	20	6,55	1,14	
	Hayır, hiç duymadım	8	6,00	2,07	
	Toplam	104	6,32	1,54	
Gereksiz Tarama	Evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim	17	22,41	3,46	,910
	Evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim	59	22,76	2,48	
	Evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok	20	22,80	2,76	
	Hayır, hiç duymadım	8	23,25	2,60	
	Toplam	104	22,75	2,69	
Aşırı tedavi	Evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim	17	28,76	3,75	,040
	Evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim	59	27,20	3,56	
	Evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok	20	25,65	3,26	
	Hayır, hiç duymadım	8	28,88	4,22	
	Toplam	104	27,29	3,68	
Ortak Karar Verme	Evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim	17	9,53	1,70	,025
	Evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim	59	10,39	1,20	
	Evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok	20	9,75	1,16	
	Hayır, hiç duymadım	8	10,75	1,03	
	Toplam	104	10,15	1,32	

Tıbbi Tedavinin Yönetimi	Evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim	17	15,41	3,41	,058
	Evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim	59	16,80	2,18	
	Evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok	20	15,95	2,87	
	Hayır, hiç duymadım	8	18,00	1,69	
	Toplam	104	16,50	2,58	
Hastalık Tacirliği Farkındalığı	Evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim	17	8,06	1,51	,862
	Evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim	59	8,17	1,10	
	Evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok	20	8,25	1,37	
	Hayır, hiç duymadım	8	8,50	1,30	
	Toplam	104	8,19	1,23	
Kanıt Dayalı Tıp Uygulamalarına Başvurma	Evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim	17	20,29	3,36	,123
	Evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim	59	21,46	2,64	
	Evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok	20	19,90	2,63	
	Hayır, hiç duymadım	8	21,00	2,20	
	Toplam	104	20,93	2,78	
Toplam Puan	Evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim	17	154,00	16,66	,910
	Evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim	59	156,80	9,37	
	Evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok	20	153,10	11,56	
	Hayır, hiç duymadım	8	158,25	11,57	
	Toplam	104	155,74	11,37	

4.4.7. Dördüncül Koruma hakkında eğitim alma durumu ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılanlara yöneltilen “daha önce “Dördüncül koruma hakkında daha önce herhangi bir eğitim aldınız mı?” sorusuna “Evet” cevabını verenlerin aşırı tanı ortalama puanı (8,59±1,38) “Hatırlamıyorum” (7,44±1,96) cevabını verenlere göre anlamlı olarak yüksek bulundu (**p=0,033**)

“Daha önce “Dördüncül koruma hakkında daha önce herhangi bir eğitim aldınız mı?” sorusuna “Evet” cevabını verenlerin aşırı tedavi ortalama puanı (28,68±3,91) “Hayır” (26,65±3,51) “Hatırlamıyorum” (27,29±3,68) cevabını verenlere göre anlamlı olarak yüksek bulundu (**p=0,014**)

Dördüncül koruma hakkında eğitim alma durumu ve DKFF ve alt boyutlarından alınan puanlar tablo 24’te gösterilmiştir.

Tablo 24. Dördüncül Koruma hakkında eğitim alma durumu ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar

DKFF alt boyutlar	Dördüncül Koruma hakkında eğitim alma durumu	N	Ort	ss	p
Aşırı Bilgiye Maruz Kalma	Evet	37	18,30	2,05	,313
	Hayır	51	17,71	2,16	
	Hatırlamıyorum	16	17,50	1,93	
	Toplam	104	17,88	2,09	
Aşırı Tanı	Evet	37	8,59	1,38	,033
	Hayır	51	8,14	1,35	
	Hatırlamıyorum	16	7,44	1,96	
	Toplam	104	8,19	1,50	
Tıbbi Olarak Açıklanamayan Semptomlar	Evet	37	9,57	1,87	,235
	Hayır	51	8,98	1,58	
	Hatırlamıyorum	16	8,88	1,99	
	Toplam	104	9,17	1,76	
Aşırı Tıbbileştirme	Evet	37	8,46	1,21	,846
	Hayır	51	8,29	1,41	
	Hatırlamıyorum	16	8,31	1,49	
	Toplam	104	8,36	1,35	

Tesadüfi Saptanan Bulgular	Evet	37	6,38	1,72	,858
	Hayır	51	6,33	1,39	
	Hatırlamıyorum	16	6,13	1,62	
	Toplam	104	6,32	1,54	
Gereksiz Tarama	Evet	37	22,97	3,00	,625
	Hayır	51	22,76	2,67	
	Hatırlamıyorum	16	22,19	1,94	
	Toplam	104	22,75	2,69	
Aşırı tedavi	Evet	37	28,68	3,91	,014
	Hayır	51	26,65	3,51	
	Hatırlamıyorum	16	26,13	2,77	
	Toplam	104	27,29	3,68	
Ortak Karar Verme	Evet	37	9,92	1,68	,404
	Hayır	51	10,29	,944	
	Hatırlamıyorum	16	10,25	1,39	
	Toplam	104	10,15	1,32	
Tıbbi Tedavinin Yönetimi	Evet	37	16,38	2,69	,933
	Hayır	51	16,59	2,60	
	Hatırlamıyorum	16	16,50	2,39	
	Toplam	104	16,50	2,58	
Hastalık Tacirliği Farkındalığı	Evet	37	8,35	1,23	,616
	Hayır	51	8,12	1,22	
	Hatırlamıyorum	16	8,06	1,28	
	Toplam	104	8,19	1,23	
Kanıtı Dayalı Tıp Uygulamalarına Başvurma	Evet	37	20,68	2,82	,728
	Hayır	51	21,00	2,53	
	Hatırlamıyorum	16	21,31	3,49	
	Toplam	104	20,93	2,78	
Toplam Puan	Evet	37	158,27	12,55	,195
	Hayır	51	154,86	11,02	
	Hatırlamıyorum	16	152,69	8,76	
	Toplam	104	155,74	11,37	

4.4.8. Mesleki Kariyerinden Memnun Olma Durumu DKFF ve DTUTÖ Alınan Puanların Değerlendirilmesi

Çalışmamızda mesleki kariyerlerinden memnuniyet durumları ve DKFF ve alt boyutlarından sadece gereksiz tarama ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına başvurma boyutları arasında istatistiksel olarak fark saptanırken, gereksiz tarama alt boyutunda kararsız ve memnuniyetsiz olan grup, kanıta dayalı tıp uygulamalarına başvurma alt boyutunda ise memnun olan grubun ortalaması yüksek olarak saptandı ($p<0,05$). Mesleki Kariyerinden memnun olma durumu ve DKFF ve alt boyutlarından alınan puanlar tablo 25’te gösterilmiştir.

Tablo 25. Mesleki Kariyerinden Memnun Olma Durumu ve Dördüncül Koruma Farkındalık Formu ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar

Mesleki kariyerinizden memnun musunuz?	N	Ort	ss	p	
Aşırı Bilgiye Maruz Kalma	≥ 2	59	18,00	1,72	,523
	< 2	45	17,73	2,51	
Aşırı Tanı	≥ 2	59	8,20	1,4	,932
	< 2	45	8,18	1,542	
Tıbbi Olarak Açıklanamayan Semptomlar	≥ 2	59	9,31	1,65	,385
	< 2	45	9,00	1,90	
Aşırı Tıbbileştirme	≥ 2	59	8,15	1,37	,079
	< 2	45	8,62	1,28	
Tesadüfi Saptanan Bulgular	≥ 2	59	6,25	1,45	,635
	< 2	45	6,40	1,65	
Gereksiz Tarama	≥ 2	59	22,17	2,49	,011
	< 2	45	23,51	2,77	
Aşırı tedavi	≥ 2	59	26,90	3,57	,218
	< 2	45	27,80	3,80	
Ortak Karar Verme	≥ 2	59	10,15	1,37	,991
	< 2	45	10,16	1,26	
Tıbbi Tedavinin Yönetimi	≥ 2	59	16,22	2,79	,208
	< 2	45	16,87	2,25	
Hastalık Tacirliği Farkındalığı	≥ 2	59	8,07	1,17	,240
	< 2	45	8,36	1,30	
Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarına Başvurma	≥ 2	59	21,59	2,66	,005
	< 2	45	20,07	2,72	
DKFF Toplam Puan	≥ 2	59	155,02	10,18	,460
	< 2	45	156,69	12,83	
NDTU Toplam	≥ 2	59	19,64	4,04	,191
	< 2	45	18,55	4,33	
PDTU Toplam	≥ 2	59	34,47	5,82	,030
	< 2	45	31,84	6,29	

4.5. Katılımcıların DKFF Toplam ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Yaş ile Korelasyon Analizi

Yaş ve dördüncül koruma farkındalık formu toplam ve alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının korelasyon analizinde anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların dördüncül koruma farkındalık formu toplam ve alt boyutlarından alınan puanlarının yaş ile korelasyon analizi tablo 26’da gösterilmiştir.

Tablo 26. Katılımcıların DKFF Toplam ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Yaş ile Korelasyon Analizi

DKFF alt boyutlar / Yaş	r	p	n
Aşırı Bilgiye Maruz Kalma	0,055	0,579	104
Aşırı Tanı	-0,056	0,573	
Tıbbi Olarak Açıklanamayan Semptomlar	-0,011	0,912	
Aşırı Tıbbileştirme	0,179	0,069	
Tesadüfi Saptanan Bulgular	-0,039	0,695	
Gereksiz Tarama	0,064	0,519	
Aşırı tedavi	0,155	0,117	
Ortak Karar Verme	-0,138	0,163	
Tıbbi Tedavinin Yönetimi	-0,048	0,63	
Hastalık Tacirliği Farkındalığı	0,134	0,176	
Kanıtı Dayalı Tıp Uygulamalarına Başvurma	0,017	0,866	
Toplam Puan	0,074	0,455	

4.6. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğine Verilen Yanıtların İncelenmesi

Gereç ve yöntemlerde de belirtildiği gibi DTUTÖ’nin 1 ve 14 arası maddeleri hiç katılmıyorum-tamamen katılıyorum seçenekleri ile 5’li Likert ölçeğine dayandırılırken, 15-18 arası maddeler evet/hayır şeklinde yanıtlanacak sorulardan oluşmaktadır.

Katılımcıların defansif tıp ölçeği alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde PDTU toplam ($33,33\pm 6,14$), NDTU toplam ($19,17\pm 4,18$) saptanmıştır. PDTU toplam minimum 17,00 maksimum 45,00, NDTU toplam minimum 9,00 maksimum 25,00 hesaplanmıştır. Katılımcıların defansif tıp ölçeği alt boyutları puan ortalamaları tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 27. Katılımcıların DTUTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamaları

	PDTU Toplam	NDTU Toplam
Ortalama	33,33	19,17
Standart Sapma	6,14	4,18
Minimum	17,00	9,00
Maksimum	45,00	25,00

Katılımcıların %5,8'i (n=6) hekimlik mesleği süresince malpraktis davası ile karşı karşıya kaldığı ifade etti. Çalışmaya katılanların %97,1'i (n=101) malpraktis davalarının hekimlik performansına üzerinde etkili olduğu düşünmekteydi. Katılımcıların %88,5'i (n=92) defansif tıp uygulamalarını kavramını daha önce duyduğunu seçmişti. Katılımcıların %51,0'ı (n=53) defansif tıp uygulamaları kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını belirtti. Katılımcıların DTUTÖ'ye verdikleri yanıtlar Tablo 28'de gösterilmiştir

Tablo 28. DTUTÖ sorularına verilen yanıtlar

		n	%
Hekimlik mesleğiniz süresince malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?	Evet	6	5,8
	Hayır	98	94,2
Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	Evet	101	97,1
	Hayır	3	2,9
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	Evet	92	88,5
	Hayır	12	11,5
Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?	Evet	51	49,0
	Hayır	53	51,0

Cinsiyete göre PDTU ve NDTU arasında ortalamalar arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı, medeni durum ve asistanlık eğitim modeli ile de bu iki alt grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre DTUTÖ alt boyutları ortalama puanlar tablo 29'da gösterilmiştir.

Tablo 29. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre DTUTÖ alt boyutları ortalama puanlar

			N	Ort	SS	p
Cinsiyet	PDTU	Kadın	51	34,35	5,16	,098
	Toplam	Erkek	53	32,35	6,86	
	NDTU	Kadın	51	19,21	3,75	,920
	Toplam	Erkek	53	19,13	4,60	
Medeni Durum	PDTU	Bekar	43	33,00	6,04	,641
	Toplam	Evli	61	33,57	6,25	
	NDTU	Bekar	43	18,53	4,29	,193
	Toplam	Evli	61	19,62	4,08	
Asistanlık Eğitim Modeli	PDTU	Tam Zamanlı AHU	53	33,98	5,90	,277
	Toplam	Sözleşmeli AHU	51	32,67	6,37	
	NDTU	Tam Zamanlı AHU	53	18,91	3,88	,599
	Toplam	Sözleşmeli AHU	51	19,45	4,50	

Malpraktis davası açılma durumuna göre DTUTÖ alt boyutlarının karşılaştırıldığında daha önce malpraktis davası açılmış kişilerin ortalama puanı 30,00 açılmamış kişilerin ortalama puanı 33.54 saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Malpraktis davası açılma durumuna göre DTUTÖ alt boyutlarının karşılaştırılması tablo 30’da gösterilmiştir.

Tablo 30. Malpraktis Davası Açılma Durumuna Göre DTUTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Hekimlik mesleğiniz süresince malpraktis nedeniyle dava açılma durumu		N	Ort	ss	p
PDTU toplam	Evete	6	30,00	11,66	,172
	Hayır	98	33,54	5,68	
NDTU toplam	Evete	6	17,50	6,22	,316
	Hayır	98	19,27	4,05	

Katılımcıların yaşı ile DTUTÖ alt gruplarının korelasyon analizi incelendiğinde katılımcıların yaşı ile PDTU alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf

korelasyon mevcuttur ($p=0.028$ $r=-0,216$). Benzer ilişki NDTU ile saptanmamıştır Katılımcıların yaşı ile defansif tutum ölçeği alt gruplarının korelasyon analizi tablo 31’de gösterilmiştir.

Tablo 31. Katılımcıların Yaşı ile DTUTÖ Alt Gruplarının Korelasyon Analizi

		PDTU Toplam	NDTU Toplam
PDTU Toplam	r		
	p		
	N	104	
NDTU Toplam	r	,736**	
	p	,000	
	N	104	
Yaş	r	-,216*	-,087
	p	,028	,377
	N	104	104

Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olanların DKFF aşırı tanı alt boyutu ortalaması ($8,80\pm 1,13$) yeterli bilgi sahibi olmayanların ortalamasına ($7,60\pm 1,59$) göre yüksek bulunmuştur, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,000$).

Katılımcıların defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olanların DKFF aşırı tıbbileştirme alt boyutu ortalaması ($8,67\pm 1,30$) yeterli bilgi sahibi olmayanların ortalamasına ($8,06\pm 1,33$) göre anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,021$).

Katılımcıların defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olanların DKFF aşırı tedavi alt boyutu ortalaması ($27,57\pm 4,32$) iken yeterli bilgi sahibi olmayanların ortalaması ($27,02\pm 2,95$) olarak bulunmuştur, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,450$).

Çalışmamıza katılanların defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olanların DKFF ve alt boyutları toplam ortalaması ($158,00\pm 12,20$) yeterli bilgi sahibi olmayanların ortalamasına ($153,57\pm 10,16$) göre yüksek bulunmuştur, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,04$).

Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu ile DKFF ve alt boyutlarından alınan puanların değerlendirilmesi tablo 32’de gösterilmiştir.

Tablo 32. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu ile DKFF ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar

Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?		N	ort	ss	p
Aşırı Bilgiye Maruz Kalma	Evet	51	18,27	1,99	,062
	Hayır	53	17,51	2,14	
Aşırı Tanı	Evet	51	8,80	1,13	,000
	Hayır	53	7,60	1,59	
Tıbbi Olarak Açıklanamayan Semptomlar	Evet	51	9,04	1,73	,451
	Hayır	53	9,30	1,80	
Aşırı Tıbbileştirme	Evet	51	8,67	1,30	,021
	Hayır	53	8,06	1,33	
Tesadüfi Saptanan Bulgular	Evet	51	6,49	1,60	,264
	Hayır	53	6,15	1,47	
Gereksiz Tarama	Evet	51	23,14	3,00	,151
	Hayır	53	22,38	2,31	
Aşırı tedavi	Evet	51	27,57	4,32	,450
	Hayır	53	27,02	2,95	
Ortak Karar Verme	Evet	51	10,04	1,45	,388
	Hayır	53	10,26	1,17	
Tıbbi Tedavinin Yönetimi	Evet	51	16,53	2,74	,910
	Hayır	53	16,47	2,44	
Hastalık Tacirliği Farkındalığı	Evet	51	8,35	1,39	,193
	Hayır	53	8,04	1,03	
Kanıt Dayalı Tıp Uygulamalarına Başvurma	Evet	51	21,10	3,10	,555
	Hayır	53	20,77	2,45	
Toplam puan	Evet	51	158,00	12,20	,046
	Hayır	53	153,57	10,16	

Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. 53 erkek katılımcının 34'ü, 51 kadın katılımcının ise 17'si bu soruyu evet olarak yanıtlamıştır. (p=0,002).

51 sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlisinin 30'u, 53 tam zamanlı aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlisinin 21'i bu soruyu evet olarak yanıtlamıştır. Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu ile araştırma görevlisi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,050).

Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu ile asistanlık yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,067).

Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre” Defansif Tıp Uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?” sorusuna verilen yanıtların değerlendirilmesi tablo 33-34'te gösterilmiştir.

Tablo 33. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre” Defansif Tıp Uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?” sorusuna verilen yanıtlar

Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu		Evet	Hayır	Toplam	p
Cinsiyet	Kadın	17	34	51	,002
	Erkek	34	19	53	
	Toplam	51	53	104	
Medeni Durum	Bekar	17	26	43	,104
	Evli	34	27	61	
	Toplam	51	53	104	
Araştırma Görevlisi Durumu	Tam Zamanlı AHU	21	32	53	,050
	Sözleşmeli AHU	30	21	51	
	Toplam	51	53	104	
Mesleki Kariyerinden Memnun Olma Durumu	Evet	21	24	45	,452
	Hayır	16	11	27	
	Kararsızım	14	18	32	
	Toplam	51	53	104	

Tablo 34. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre "Defansif Tıp Uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?" sorusuna verilen yanıtlar

Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu		N	Ort	ss	p
Asistanlık yılı	Evet	51	2,02	,905	,067
	Hayır	53	1,70	,868	
Yaş	Evet	51	33,82	6,802	,744
	Hayır	53	33,38	7,069	

Çalışmamızda DTUTÖ alt boyutları ile DKFF ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde NDTU ve PDTU arasında yüksek derecede anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($p=0,000$ $r=0,736$). NDTU ile DKFF ve alt boyutları toplam puanı arasında pozitif düşük dereceli korelasyon saptandı ($p=0,015$ $r=0,239$), kanıtı dayalı tıp uygulamalarına başvurma alt boyutu arasında da pozitif düşük dereceli korelasyon saptandı ($p=0,017$ $r=0,234$), tesadüfi saptanan bulgular alt boyutu arasında pozitif düşük dereceli korelasyon saptandı ($p=0,003$ $r=0,285$), aşırı tıbbileştirme alt boyutu arasında pozitif düşük dereceli korelasyon saptandı ($p=0,024$ $r=0,221$), aşırı tanı alt boyutu arasında pozitif orta dereceli korelasyon saptandı ($p=0,000$ $r=0,379$), aşırı bilgiye maruz kalma alt boyutu arasında pozitif orta dereceli korelasyon saptandı ($p=0,000$ $r=0,410$).

PDTU ile DKFF kanıtı dayalı tıp uygulamalarına başvurma alt boyutu arasında pozitif düşük dereceli korelasyon saptandı ($p=0,019$ $r=0,230$), PDTU ile aşırı tedavi alt boyutu arasında negatif düşük dereceli korelasyon saptandı ($p=0,017$ $r= -0,235$), tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar alt boyutu arasında negatif düşük dereceli korelasyon saptandı ($p=0,028$ $r= -0,216$), aşırı tanı alt boyutu arasında pozitif düşük dereceli korelasyon saptandı ($p=0,018$ $r=0,232$), aşırı bilgiye maruz kalma alt boyutu arasında pozitif orta dereceli korelasyon saptandı ($p=0,001$ $r=0,326$). DTUTÖ alt boyutları ile DKFF ve alt boyutlarının korelasyon analizi tablo 35'de gösterilmiştir.

Tablo 35. DTUTÖ Alt Boyutları ile DKFF ve Alt Boyutlarının Korelasyon Analizi

		NDTU Toplam	PDTU Toplam	Toplam Puan	Kamta Dayalı Tıp Uygulamalarına Başvurma	Hastalık Tacirliği Farkındalığı	Tıbbi Tedavinin Yönetimi	Ortak Karar Verme	Aşırı Tedavi	Gereksiz Tarama	Tesadüfi Saptanan Bulgular	Aşırı Tıbbileştirme	Tıbbi Olarak Açıklanamayan Semptomlar	Aşırı Tanı	Aşırı Bilgiye Maruz Kalma
NDTU Toplam	Rh	1													
	p														
	n	104													
PDTU Toplam	Rh	,736**	1												
	p	,000													
	n	104	104												
Toplam Puan	Rh	,239*	,152	1											
	p	,015	,123												
	n	104	104	104											
Kamta Dayalı Tıp Uygulamalarına Başvurma	Rh	,234*	,230*	,421**	1										
	p	,017	,019	,000											
	n	104	104	104	104										
Hastalık Tacirliği Farkındalığı	Rh	,084	,054	,528**	-,010	1									
	p	,397	,584	,000	,917										
	n	104	104	104	104	104									
Tıbbi Tedavinin Yönetimi	Rh	,120	,193*	,597**	,111	,381**	1								
	p	,224	,050	,000	,260	,000									
	n	104	104	104	104	104	104								
Ortak Karar Verme	Rh	,130	,156	,447**	,249*	,221*	,344**	1							
	p	,187	,113	,000	,011	,024	,000								
	n	104	104	104	104	104	104	104							

Tablo 35. DTUTÖ Alt Boyutları ile DKFF ve Alt Boyutlarının Korelasyon Analizi (devamı)

Aşırı Tedavi	Rh	-,178	-,235*	,504**	,124	,067	,121	,073	1						
	p	,070	,017	,000	,209	,500	,220	,464							
	n	104	104	104	104	104	104	104	104	104					
Gereksiz Tarama	Rh	,071	,034	,697**	,068	,454**	,459**	,290**	,212*	1					
	p	,473	,732	,000	,494	,000	,000	,003	,031						
	n	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104				
Tesadüfi Saptanan Bulgular	Rh	,285**	,141	,361**	,016	,003	,006	,047	,120	,190	1				
	p	,003	,152	,000	,869	,973	,951	,633	,223	,053					
	n	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104			
Aşırı Tıbbileştirme	Rh	,221*	,167	,435**	,017	,280**	,293**	,007	-,001	,265**	,323**	1			
	p	,024	,091	,000	,866	,004	,002	,943	,989	,007	,001				
	n	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104		
Tıbbi Olarak Açıklanamayan Semptomlar	Rh	-,128	-,216*	,321**	,002	,047	,011	,147	,319**	,068	,183	-,051	1		
	p	,197	,028	,001	,981	,635	,915	,137	,001	,490	,063	,611			
	n	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	
Aşırı Tanı	Rh	,379**	,232*	,464**	,042	,262**	,217*	,048	-,019	,314**	,233*	,429**	,057	1	,
	p	,000	,018	,000	,669	,007	,027	,626	,850	,001	,018	,000	,568		
	n	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104
Aşırı Bilgiye Maruz Kalma	Rh	,410**	,326**	,609**	,310**	,573**	,258**	,217*	-,038	,427**	,180	,323**	-,026	,425**	1
	p	,000	,001	,000	,001	,000	,008	,027	,699	,000	,068	,001	,793	,000	
	n	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104

5. TARTIŞMA

Dördüncül koruma tüm hekimlerin sorumluluk sahibi olması gereken ve tıbbi uygulamalarını direkt ilgilendiren bir konu olmakla beraber aile hekimleri için sağlık hizmeti savunmanlığı, bakımın sürekliliği, kaynakların etkin kullanımı, toplum sağlığı için sorumluluk alma ve kişi merkezli bakım boyutları açısından farklı bir değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Çalışmamızda aile hekimliği asistanlarının dördüncül koruma hakkında bilgi düzeylerini ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçladık ve bu değerlendirmeyi yaparken hekimlerin sosyodemografik özelliklerini, meslekleri ile ilgili tutumları ve ilgileri, uzmanlık tipleri ve mesleki tecrübeleri gibi faktörleri de dördüncül koruma ve defansif tıp ile ilişkilendirmeye çalıştık.

Dördüncül koruma tanım olarak aşırı medikalizasyon riskindeki hastayı korumaktır ve öncelikle hastaya zarar vermemeyi amaçlar. Dünyada artan sağlık maliyetleri, sağlık kurumuna başvurular, medya organlarındaki yanıltıcı yayınlar, gereksiz tarama, aşırı tanılama, aşırı ilaç kullanımı giderek artan bir problem oluşturmakta ve bakımın ihtiyaç olan kişiye sunulmasında aksamalara yol açmaktadır. Aşırı medikalizasyonun parametrelerinden biri olan özellikle de üst solunum yolu enfeksiyonlarında kişilerin tıbbi tedaviye ihtiyaçları olmamasına ve hastalığın doğal seyrini değiştirmeyeceği bilinmesine rağmen antibiyotik kullanma ısrarı ciddi sonuçlar doğuran durumlardandır. Ülkemizde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2021 verilerinde 1000 kişiye düşen günlük antibiyotik tüketim miktarı uluslararası karşılaştırıldığında Türkiye 27,0 ile 2. Sırada yer almaktadır. Tüm Dünya da aşırı tedavi artmış olsa da ülkemizde bu durumun daha ciddi boyutlarda olduğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında ise Sirovich ve arkadaşlarının ABD’de yaptıkları bir çalışmada birinci basamak hekimlerinin hastaların çok fazla bakım aldığına, aşırı tanı konulduğuna ve gereksiz tetkikler istendiğine dair inançları olduğunu ifade etmiş ve bu hekimlerin neden olarak hastalara ayırabildikleri kısıtlı zamanı ve maddi teşviklerini bildirdikleri saptanmıştır (79). Literatür gözden geçirildiğinde Deyo ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada sırt ağrısı olan bir hasta grubunda görüntüleme yöntemlerini aşırı kullandığı bulunmuştur. Çalışmada, tedavi sonrasına ertelenmiş görüntülemenin veya hiç kullanılmamasının ciddi hastalık teşhisinde atlamaya neden olmadığı ve hasta memnuniyetinde değişiklik oluşturmadığı saptanmıştır (80). Souza ve arkadaşlarının

yapmış olduğu çalışmada sezeryanla doğumun gereksiz yere en sık kullanılan sağlık teknolojisinin olduğu ve bu cerrahi müdahalenin belirli risk durumlarında anne ve bebek için faydalı olabileceği; ancak gereksiz kullanımın, sağlık kaynaklarını tüketmenin yanı sıra anne ve bebek için ek riskler oluşturduğu belirtilmiştir. Anneliğin ve gebelik sürecinin aşırı tıbbileştirmeden korumak için daha fazla önlem alınması gerektiği vurgulanmıştır (81). Otte ve arkadaşlarının yaptığı dördüncül önleme yaklaşımının kolaylaştırıcıları ve engelleri: saha uzmanlarının niteliksel bir çalışmasında ise nitel verilerden elde edilen sonuçlara göre aşırı tanı, aşırı test ve aşırı medikalizasyonu azaltarak hastaların bilinçli sağlık yönetimi prensibini aktif bir şekilde entegre eden bir bakım modeline geçildiğinde, sağlık sisteminde ve toplum genelinde değişiklikler meydana gelecektir (82).

Ülkemizde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2021 verileri incelendiğinde 2021 yılında toplam hekime müracaat sayısı 675.652.190 kişi olmuştur. Yine aynı yıla ait 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 217 olmuştur. Bu verilerdeki sayılar da göz önünde bulundurulursa hekimler, hasta sayısının bu kadar fazla olmasından dolayı hastalarına yeterli zamanı ayıramadığından tanı atlama korkusu ya da hasta baskısı gibi nedenlerden dolayı gerekenden fazla tetkik istemektedir. Geçmişte pek çok hastalığın tanısı sadece semptomları varken konmaktaydı, günümüzde ise kişiler yakınmaları olmaksızın teşhis alabilmekte ve bazen gereksiz tedavilere maruz kalabilmektedir. Hastalıkların erken tanınmasının veya tanılanmasının gelecekteki sağkalım oranlarına etkisi olmadığı veya tedavisinin mümkün olmaması veya gereksiz olması gibi durumlar tıbben aşırı tanılama olarak kabul edilmektedir. Önemli bir sağlık tehlikesiyle ilişkili olmayan ve hastaların bilmesinin hiçbir yararı olmayan bir anormalliğe tanı konulmasının aşırı teşhis veya tesadüfi saptanan bulgu olarak adlandırılmasına ilişkin literatürde pek çok çalışma mevcuttur. Artmış sağlık maliyetleri yanı sıra aşırı teşhis aynı zamanda sağlık çalışanlarının diğer sağlık sorunlarıyla ilgilenmesini de engeller. Aşırı teşhisin önlenmesi, sağlık çalışanlarının ve hastaların bu hastalığın oluşumu konusunda farkındalığının artırılmasını, gereksiz ve hedefe yönelik olmayan tanı testlerinden kaçınılmasını ve faydaları kanıtlanmış olmayan taramalardan kaçınılmasını gerektirir. Özellikle görüntüleme tekniklerindeki teknolojik gelişmelerin katkısıyla başka bir klinik semptom nedeniyle görüntüleme istenen hastalarda tesadüfi saptanan lezyonlarla karşılaşılmaktadır. Tesadüfi bulgularla ilgili kritik soru, bunların yalnızca rapor edilip

edilmeyeceği değil, aynı zamanda ne sıklıkta ortaya çıktığı ve ekonomik ve klinik açıdan etkilerinin ne olduğudur. Ancak tesadüfi bulguların maliyet etkinliğini değerlendiren az sayıda çalışma vardır. Lumbreas ve ark. rastlantısal görüntüleme bulgularını değerlendirdikleri metaanalizde beklenmeyen bir bulgunun tanımlanması, bazı durumlarda hasta için ek risk oluşturabilecek gereksiz testler, diğer teşhis prosedürleri ve tedaviler dahil olmak üzere ek tıbbi bakımı tetikleyebileceği, klinisyenlerin istenmeyen sonuçlardan kaçınmak için beklenmedik bulgularla nasıl başa çıkacaklarını bilmeleri gerektiği vurgulanmış, özellikle bilgisayarlı tomografi (BT) incelemelerinde ve spesifik olmayan başlangıç tanıları olan hastalarda yüksek oranda rastlantısal bulgular olduğu açıklanmıştır (83).

O'Sullivan ve ark. çalışmasında tesadüfi görüntüleme bulgularının yaygınlığı ve sonuçları incelenmiş, sonuçta tesadüfi anormallikler giderek yaygınlaştığı, kardiyak MR ve tomografinin en fazla tesadüfi lezyon saptama ihtimali olan yöntemler olduğu belirtilmiş ve klinisyenlerin görüntüleme tercihleri ve sonrası için hastalarıyla ortak karar vermesinin önemi vurgulanmıştır (84).

Çalışmamızda katılımcıların gereksiz tarama ve tesadüfi saptanan bulgular alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar sırasıyla $22,75 \pm 2,69$ ve $6,32 \pm 1,54$ olarak bulunmuştur. Tanı atlama korkusu nedeniyle hastadan ek tetkik isterim ifadesi katılımcıların en fazla tereddüt ettiği yanıt olmuştur. Tosun ve ark. çalışmasında katılımcıların %50,6'sı bu ifadeye katıldıklarını belirtirken çalışmamızda bu oran %22,11 olarak bulunmuştur (85). Yine Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2021 verilerine göre toplam ameliyat sayısı 2002 yılında 1.598.362 iken 2021 yılında 4.704.094 olmuştur. 2021 yılı MR cihazı sayısı 960, BT cihazı sayısı 1271, ultrason cihazı sayısı 6276 EKO cihazı sayısı 2850 adet olmasına rağmen istenen tetkik miktarını cihazlar karşılayamamaktadır. Gerçek hastalar bu cihazlara ulaşabilmek için aylarca sıra beklemektedir.

Little ve ark. birinci basamakta araştırma, sevk ve reçete yazma konusunda hasta baskısının, algılanan baskının ve algılanan tıbbi ihtiyacın önemi: iç içe geçmiş gözlemsel çalışmasında tüm etkenleri aşan bir güç olarak algılanan tıbbi ihtiyaç, davranışları en güçlü şekilde belirleyen bağımsız bir faktördür. Doktorlar, muayene edilenlerin %15'inde, reçete alanların %19'unda veya sevk edilenlerin önemli bir kısmında tıbbi ihtiyaç belirtisi bulunmadığını veya çok az bir belirti bulunduğunu düşündüler. Hasta

baskısı algısı, doktorların reçete yazmasını ve muayenesi ve sevk kararını önemli ölçüde etkilemektedir (86). Tesser ve arkadaşlarının önlemede dördüncül önleme neden önemlidir makalesinde gelişmiş ülkelerde sağlık durumunun iyileşmesine rağmen kişilerin kendisini daha hasta hissetmesi durumu "sağlık paradoksu" olarak tanımlanmıştır. Salgınlardan kaynaklanan ölüm oranlarının azalmasıyla kronik hastalıkların prevalansında artış yaşanması; sağlıkla ilgili daha fazla öz denetim, halsizlik belirtilerine daha fazla dikkat gösterilmesi; sağlığın ticarileştirilmesi ve medyada hastalık ve risk faktörleri hakkındaki panik ve korku ortamının artırılması ve günlük yaşamın giderek tıbbileştirilmesi, iyileşme ve önleme konusunda gerçekçi olmayan beklentilerin oluşturulması sağlık paradoksunun faktörleri arasında sayılabilir. Hasta olanlar yerine risk altındaki sağlıklı kişilerin bakımına hizmet vermek, etik açıdan tartışılabilir ve adalete uygun değildir. Bu durum, hasta olan kişilerin klinik bakıma ulaşmakta zorluklar yaşadığı, risk altındaki asemptomatik kişilerin ise sağlık hizmetlerinde artan bir yer kapladığı paradoksal bir duruma yol açar. Gelecekte oluşabilecek hastalıkları önlemek adına, şu anda hasta olan kişiler kısmen feda edilebilmektedir. Sağlık sistemi ve bakım hizmetleri, risk faktörlerine dayalı bireysel korumaya yöneldiğinde kaynaklar yoksullardan zenginlere, yaşlı yetişkinlerden gençlere hastalardan sağlıklılara ve hastalardan sağlıklılara geçmektedir (87).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü verilerine göre 2021 yılında kişi başı hastaneye müracaat sayısı ortalama 4,9 olmuştur. Hastalar hasta olma korkusu, hekime duyulan güvensizlik, tesadüfi saptanan bulgulardan dolayı ve kitle iletişim araçları aracılığıyla korku psikolojisine girmesi gibi nedenlerden dolayı tekrarlayan hastane başvuruları yapabilmektedir. Ülkemizde bu durumla baş edebilmek öncelikle sağlık politikalarının düzenlenmesi ile mümkündür. Tüm hekimlerin ve tıp fakültesi öğrencilerinin dördüncül koruma hakkında bilgilendirilmesi, öğrenilen bu koruma yönteminin uygulanabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Aile hekimliği kliniklerinde ise hekimle hastası arasında yineleyen temaslarla zaman içerisinde gelişen benzersiz ilişki dördüncül koruma için şüphesiz ve benzersiz fırsat sunmaktadır. Oluşan güven ortamı hastanın hem aile hekimliğindeki mevcut tedavisini hem de diğer klinik uzmanların tedavilerini iyileştirebilecek güce sahiptir_Hastalara tedavi seçenekleri anlatılarak tedavi karar verme sürecine dahil edilmeleri gerekir. Çalışmamızda hastalara tedavi seçenekleri anlatılarak tedavi karar verme sürecine dahil

edilmeleri gerekir sorusuna, hekimlerin % 40,4 'ü tamamen katılıyorum, %43,3'ü katılıyorum cevabını vermiştir. Bazı hastalar tetkik yapılmadan sadece muayene ile tatmin olmaz sorusuna hekimlerin % 47,1'i tamamen katılıyorum, %42,3'ü katılıyorum cevabını vermiştir. Hastalar, "bekleyelim ve görelim" diyen hekimden değil, hemen bir şeyler yapan hekimden memnun olur sorusuna ise hekimlerin %47,1'i tamamen katılmıyorum, %41,3'ü katılmıyorum cevabını vermiştir.

Cerier ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada hasta-hekim ilişkisinin güçlü olması, hekimin hastalarının istek ve beklentilerini daha iyi anlamasına katkı sağlayacaktır. Hastaların hekimleriyle iyi ilişki kurması ve beklentilerinin karşılanmasının sonucunda hekimlerine olan güvenleri arttıracaktır. Sağlanan bu güven ortamını hisseden hastalar, hekimlerinden hastalıkları ve tedavileri ile alakalı gerekli bilgileri öğrenebilir, bu durum tedavi sürecinin başarıyla uygulanmasına olanak sağlar. Güçlü hasta-hekim ilişkisi, tanı ve tedavi sürecinin başarılı bir şekilde yürütülmesinde önemli rol oynar (88). Ridd ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada hasta ile hekimin ortak karar vermesi, hastanın tedaviye daha uyumlu olmasına katkı sağlayacaktır. Hasta-hekim ilişkisi; güven, bilgi gibi birçok faktörü içinde bulundurduğunda hastaya etkin bir şekilde yardımcı olma kaçınılmaz bir sonuçtur (89).

Kutlu ve arkadaşlarının hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında bir araştırma çalışmasında hekimlerin %91,1'i "Hastalarım duygularını anladığımda kendilerini daha iyi hissederler" şeklinde düşünmektedir. Hasta-hekim ilişkisinde sözel iletişim kadar hastaların beden dilini anlamının da önemli olduğunu düşünen hekim oranı %84,4'tür. Hekimlerin %53,3'ü iyi bir espri anlayışına sahip olmanın daha iyi klinik sonuçlar alınmasında etkili olduğunu düşünmektedir. Hastaların fizik muayenesi sırasında ve anamnezini sorgularken hastanın duygularına da dikkat etmek gerektiğini düşünen hekim oranı %80'dir. "Hastalarımın bakım sağlarken kendimi onların yerine koymaya çalışırım" düşüncesi araştırmaya katılan hekimlerin %60'ı tarafından kesinlikle katılıyorum şeklinde cevaplanmıştır. Hekimlerin %73,3'ü "Hastalar sadece cerrahi tıbbi yöntemlerle tedavi edilebilirler, bu nedenle hastalarımın aramdaki duygusal bağların cerrahi ve tıbbi sonuçlarla belirgin bir ilgisi yoktur" düşüncesini taşımaktadır. "Empati tedavi edici bir davranış modeli olup, empatisiz tedavinin başarısı sınırlıdır" şeklinde düşünen hekimlerin oranı da %75,6 gibi oldukça yüksek bir orandadır. Hastalar ile

birlikte ailelerinin de duygusal durumlarını anlamının önemli olduğunu düşünen hekim oranı %71,1'dir (90).

Kitle iletişim araçları günümüzde halkın her kesimine hitap etmektedir. Kitle iletişim araçları sağlık bilgisinin ulaştırılması için mükemmel bir kaynak olsa da, halkı korku ve paniğe sürükleyecek bilgi kirliliğini ve halkın sağlığını olumsuz yönde etkileyecek bilgileri de içermektedir. Kitle iletişim araçları sağlık bakanlığının politikalarını ve hizmetlerini halka ulaştırabileceği en hızlı ve en etkili yöntemdir. Bu bağlamda kamu bilgilendirme spotlarının tüm görsel medyada yayınlanması zorunludur. Halkı doğru bilinçlendirme sağlık hizmetlerini uygun kullanma oranının artmasına neden olacağı için sağlık kaynaklarının yanlış tüketilmesinin önüne geçilmiş olur. Çalışmamızda ise hastalık tacirliği farkındalığı alt boyutunda sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlilerinin ortalama puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. Bu durumun temelinde sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlilerinin aynı zamanda aile sağlığı merkezinde aktif olarak hasta bakmaları yatıyor olabilir. Uzmanlık eğitimini bu şekilde alan katılımcılar aktif olarak bir poliklinik işletmekte ve kendilerine kayıtlı bir nüfusa olup bu nüfusa göre ücret almaktadır. Hasta memnuniyeti odaklı gelir sistemi hekimlerin daha duyarlı olmalarına sebep olmuş olabilir. Çalışmamızda hastalık tacirliği farkındalığı alt boyutunda Medya organlarındaki yanıltıcı yayınlar toplumdaki hastalık korkusunu arttırarak gereksiz tanı ve tedaviye sebep olabilmektedir sorusuna katılımcı hekimlerin %57,7'si tamamen katılıyorum, %36,5'i katılıyorum cevabını vermiştir. Literatüre bakıldığında ise Yılmaz ve arkadaşlarının Türkiye'de hastaların internette tıbbi enformasyon arama davranışlarının doktor-hasta iletişimine etkileri çalışmasında hastalar sağlık durumları hakkında doktorların önerisi yeterli gelmeyip, kitle iletişim araçlarını kullanarak bilgi edinmeye devam edeceği gerçeğini kabul etmek gerekmektedir. Ancak bu süreçte sağlık çalışanları, medikal firmalar, eczacılar ve kitle iletişim araçlarının tamamının bilgi kirliliği oluşturmayacak şekilde birlikte hareket etmesi gereklidir. Bilimsel olmayan, bilgi kirliliği içermeyen, bilgi akışı ve hastaların kendi kendilerine tanı ve tedavi uygulama durumları hasta açısından önemli sorunlar oluşturabilir (91).

Hekimin dördüncül korumayı etkin bir şekilde kullanabilmesi için mesleki bilgi ve tecrübesinin yanında güncel bilimsel yaklaşımlara hakim olması da gerekmektedir. Bilimsel verileri iyi bilmek hastalık atlama korkusunu azaltır ve hekim hastayı

değerlendirirken bilgi birikimine, tecrübesine ve bilimsel verilere dayanarak gereksiz tetkikten ve tedavi sürecinde aşırılıktan kaçınır. Bu bağlamda sadece bilimsel verilere güvenmek yanlış bir yaklaşımdır. Hekimin bilgi birikimi ve tecrübesi de bilimsel veriler kadar önemlidir. Çalışmamıza katılan hekimlerin mesleki uygulamalarda kanıta dayalı tıp kaynaklarına göre davranılmalıdır sorusuna %48,1'i tamamen katılıyorum, %42,3'ü katılıyorum cevabını vermiştir. Tıbbi yaklaşım kişiye özel olduğu için kanıta dayalı tıba daha mesafeli durulmalıdır sorusuna %38,5'i kararsızım cevabını vermiştir. Kanıta dayalı tıp bazı konularda klinik deneyimi yok sayar sorusuna ise %39,4'ü kararsızım cevabını vermiştir. Klinik deneyimin tıpta önemi her ne kadar yadsınamasa da tek tek klinisyen deneyiminden ziyade, güncel kılavuzlarda yer alan tıbbi bilginde çoğunlukla aynı alanda uzun süredir deneyimlerini ve araştırmalarını var olan dernekler aracılığıyla kılavuzlara dönüştüren ve bir ortak karar oluşturan hekimlerden geldiği unutulmamalı ve referans noktası olarak kabul edilmelidirler. Literatür incelendiğinde ise Saygılı ve arkadaşlarının aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanım durumları ve bilgi arama davranışları çalışmasında; kanıta dayalı tıbbın gelecekte klinik uygulamalarda pozitif rol oynayacağını düşünenlerin oranı %79,0, kanıta dayalı tıp uygulamalarının çok daha maliyet etkili bir yaklaşım olduğunu düşünenlerin oranı %64,2, kanıta dayalı tıp uygulamalarının akademisyenler için olduğunu düşünenlerin oranı %11,1 kanıta dayalı tıp uygulamalarının doktorların zaten fazla olan iş yüklerini artırdığını düşünen Aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanım durumları ve bilgi arama davranışları oranı %37,0, birçok alanla ilgili kullanılabilir kanıtların yeterli olmadığını düşünenlerin oranının %42,0, kanıta dayalı tıp uygulamalarının klinik tecrübelerin değerini düşüreceğini düşünenlerin oranı %16,0, kanıta dayalı tıp uygulamalarının günlük uygulamalar için pratik olmadığını düşünenlerin oranı ise %24,7 olarak bulunmuştur (92).

Kahveci ve Meads'ın Ankara'da yapmış olduğu çalışmadan elde ettiği bulgulara göre; kanıta dayalı tıbbın gelecekte klinik uygulamalarda pozitif rol oynayacağını düşünenlerin oranı %85,0, kanıta dayalı tıp uygulamalarının çok daha maliyet etkili bir yaklaşım olduğunu düşünenlerin oranı %36,2, kanıta dayalı tıp uygulamalarının akademisyenler için olduğunu düşünenlerin oranı %59,4, kanıta dayalı tıp uygulamalarının doktorların zaten fazla olan iş yüklerini artırdığını düşünen Aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanım durumları ve bilgi arama davranışları oranı %59,4, birçok alanla ilgili kullanılabilir kanıtların yeterli olmadığını düşünenlerin oranının %18,8,

kanıta dayalı tıp uygulamalarının klinik tecrübelerin değerini düşüreceğini düşünenlerin oranı %72,5, kanıta dayalı tıp uygulamalarının günlük uygulamalar için pratik olmadığını düşünenlerin oranı ise %40,6 olarak saptanmıştır (93).

Çalışmamıza katılan hekimlerin yaklaşık %92'sinin dördüncül koruma kavramını duyduğu ama sadece %16.3'ünün detaylı bilgiye sahibi olduğu saptandı. Bu durum daha önce dördüncül koruma kavramını duyanların günlük klinik yaklaşımlarında malpraktis korkusu, eğitim eksikliği, sağlık sistemleri, hasta sayısı, hasta baskısı gibi nedenlerden dolayı uygulayamadıkları için detaylı bilgiye sahip olmadıklarının göstergesi olabilir. Literatüre bakıldığında ise yurtdışında Cuba Fuentes ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, aile hekimlerinin hemen hemen hepsinin dördüncül koruma hakkında bilgi sahibi olduğu ve %66'sının bilgi düzeyinin çok iyi olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan hekimler dördüncül korumanın sağlık sistemi için çok önemli olduğunu vurgulamıştır (94). Büyükokudan ve arkadaşlarının dördüncül koruma ve aşırı medikalizasyon çalışmasında ülkemizde dördüncül koruma kavramının duyulduğu fakat hasta baskısı malpraktis, sağlık sistemi, zaman kısıtlılığı vb nedenlerle uygulamakta güçlük çekildiği görülmektedir. Sağlık sisteminde yapılacak düzenlemelerle hekimlerin üzerindeki baskı ortadan kalkarsa dördüncül korumayı mesleki hayatlarına daha çok dahil edeceklerdir. Dördüncül koruma tüm hekimlerin sorumluluk sahibi olması gereken ve tıbbi uygulamalarını direk ilgilendiren bir konu olmakla beraber aile hekimleri için her zaman öncelikli ilgi alanı olarak tutulmalıdır. Dördüncül korumanın tıp fakültesi eğitim müfredatına dahil edilmesi ile bu alanda donanımlı hekimler yetişmesine ve dördüncül korumayı benimseyip daha fazla uygulamasına katkıda bulunur. Sadece birinci basamak hekimlerinin değil tüm hekimlerin, dördüncül koruma bilgi düzeyi artırılmalıdır (95).

Katılımcılara sorulan sizce gereksiz tıbbi uygulamaların nedeni/nedenleri nelerdir? sorusuna en sık verilen cevaplar sırayla eğitim eksikliği, hasta baskısı, malpraktis, zaman kısıtlılığı, hastaların eğitimsizliği bilgisizliği, sağlık sistemi, defansif tıp, hasta sayısı, mali çıkar, tanı belirsizliği ve ihmal şeklinde olmuştur. Hekimlerin kendilerini eğitim anlamında eksik hissetmeleri ve gereksiz tıbbi uygulamaların sorumluluğunu en sık buna bağlamaları çalışmamızın ilginç bulgularındandır. Hekimlerin önce zarar verme ilkesiyle eğitim gördüğü ülkemizde konjonktürün önce zarar vermeden giderek önce zarar görmeye evrildiği ve hekimlerin defansif tutum sergilemek zorunda kaldıkları güncel pozisyonlarını eğitim eksikliğine bağlamaları bu tutumla

ilişkilendirilebilir. Literatüre bakıldığında ise Yılmaz ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada yeteri kadar mesleki bilgi ve deneyime sahip olmadan hekimlik unvanını alan kişiler karşılaştıkları vakalara daha defansif yaklaşmaktadırlar (96).

Fenton ve arkadaşlarının hasta memnuniyeti, sağlık hizmetleri kullanımı, harcamalar ve ölüm oranına ilişkin ulusal bir araştırma çalışması incelendiğinde hastaların genel olarak kendisine klinik olarak çok az yararı olan veya hiç olmayan taleplerde bulunması ve hekimlerin de bu talepleri yanıtladığı belirtilmiş ve bu durumun hastanın memnuniyeti ile alakalı alabileceği üzerinde durulmuştur. Hasta memnuniyeti ile maaşları doğru orantılı olan hekimlerin, hasta talebine bağlı görüntüleme tekniklerini kullanma ihtimali daha yüksektir (97). Yine Aydın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, geçtiğimiz yüzyılın başlarında yıl içinde 1 hekime yapılan başvuru, kişi başına ortalama 3'lerdeyken günümüzde bu başvurunun 8'leri bulunduğu görülmektedir. Yapılan bu başvuruyu artıran nedenler arasında; değişen bakış açısı, sağlık yönetimindeki gelişmeler, yaşlı nüfusun artması, kronik hastalıklar, medyanın etkisi ve toplumu hedefleyen politikalar ile talep sayısının artması sayılabilir (98)

Türk Tabipler Birliğinin (TTB) yaptığı bir çalışmada, hekimlerin %63,3'ü kamu, %25,4'ü sadece özel sektörde çalıştığı, %11,3'ünün ise hem özel hem de kamuda çalıştığı belirtildi. Araştırmaya katılan hekimlerin %55,6'sı meydana gelebilecek sorunlarda hedef gösterilmemek için defansif tıp uygulamalarını kabul edeceklerini belirtmişlerdir. Yüksek miktarlarda tazminatla karşı karşıya kalma korkusuyla çalışan hekimlerin kendisini koruyabilmek için yüksek riskli bulunan hastaları muayene etmekten çekindikleri, birde dava edilebilme ihtimalini azaltmak için gereksiz tetkikleri istediklerini söylemektedirler (99).

Dünya sağlık örgütü ve TTB hekimin ilk kez gördüğü bir hastayı sağlıklı bir şekilde muayene edebilmesi için en az 20 dakikaya ihtiyacı olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda katılımcı hekimlerin %43,5 u hastalarına kısmen veya tamamen yeterince vakit ayırabildiğini beyan etmiştir. Çalışmamızda katılımcılara gereksiz tıbbi uygulamaların nedenleri sorulduğunda en sık verilen 4. yanıt olarak %11,9 oranında muayene için gerekli zamanın olmaması olarak beyan edilmiştir. Literatür incelendiğinde yapılan araştırmalarda hastalara kısa zaman ayırmanın gereksiz tetkik, aşırı teşhis ve tedaviyle sonuçlandığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Demirbaşın yaptığı çalışmada Adana ilinde aile hekimliğinde müracaat başı düşen zaman dilimi 5 dakikanın altında

bulunmuştur (100). Görüldüğü üzere özellikle ülkemizde hekime müracaat sayısının fazlalığı, hekim yetersizliği, performans baskısı gibi nedenlerle hasta muayene süresi dünya ortalamasının oldukça altındadır. Hekimlerin hastalarına tanı koyabilmeleri için gereken zamana sahip olmamaları defansif tıp yaklaşımına gereksiz tetkik ve tahlil istenmesine, aşırı tanılamaya ve ilaç kullanımına neden olan başlıca problemlerdendir.

Başer ve arkadaşlarının çalışmasında Defansif tıp kavramını bilenlerin kayıtlı hasta sayısını az tutarak hastalarına daha fazla zaman ayırdıkları, kayıtlarını daha dikkatli tuttukları ve hastalarına daha fazla bilgi verdikleri bulunmuştur (101). Yurtdışında yapılan bir çalışmaya göre hastalara 15 dakikadan kısa zaman ayırmanın, uygun olmayan reçete yazımına ve gastrointestinal sistem yan etkilerinin iyi yönetilememesine yol açabilmektedir. Birleşik Krallıkta yapılan çalışmalarda, muayene süresinin 6,7 dakikadan 8,2 dakikaya çıkarılması durumunda daha iyi anamnez alınabildiği, taramalarının (hipertansiyon vb.) daha etkin yapılabildiği bildirilmiştir. ABD’de yapılan bir çalışmaya göre birinci basamak hizmet başvurusu üzerinden yapılan çalışmada, kısa muayene sürelerinin koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan zamanı kısalttığı gösterilmiştir (102) (103) (104).

Çalışmamızda dördüncül koruma bilgi düzeyi ölçülürken önemli değerlendirme noktalarından biriside aile hekimliği uzmanlık eğitimde mevcut farklı tipte asistanlık süreçleri olmuştur. Katılımcıların %51’i tam zamanlı aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlisi olarak saptandı sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı eğitim süreci aktif birinci basamak hekimliği ile beraber devam ettiği için dördüncül koruma tutumun değerlendirilmesi özellikle önemlidir. Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlileri ve aile hekimi uzmanları arasında defansif tıp davranışı anlamlı farklılık göstermiştir. Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlilerinin bu çalışmada PDTU ortalama puanı $32,67 \pm 6,37$, NDTU ortalama puanı $19,45 \pm 4,50$ olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %56,7’si mevcut mesleki kariyerlerinden memnuniyet durumu sorgulandığında hayır veya kararsızım yanıtını verdi. Ülkemizde son zamanlarda artan iş yükü, düşük ücret, hasta baskısı, sağlıkta şiddet ve malpraktis gibi konuların hekimlerde memnuniyeti ve mesleki tatminini düşürdüğü bilinmektedir. Hekimler mesleklerini icra ederken bir yandan da bu sorunlarla uğraşmak zorunda

kaldığından, çoğu zaman yanlış meslek seçtiklerini düşünmektedir. Literatürde de benzer pek çok çalışma hekimlerin mesleki memnuniyetinin düştüğünü göstermektedir. Baysal ve arkadaşlarının yaptığı birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının aile hekimliği modelinden memnuniyet durumları ve bu konudaki görüşleri başlıklı çalışmasında; sağlık çalışanlarının aile hekimliği modelinden memnuniyet durumları incelenmiş ve aile hekimlerinin %46.8'inin aile hekimliği modelinden memnun olmadıkları saptanmıştır (105). Tekin ve arkadaşlarının Malatya il merkezinde yaptıkları bir çalışmada ise katılımcı aile hekimlerinin %46.5'inin aile hekimi olarak çalışmaktan memnun olduğu vurgulanmıştır (106). Baykan ve arkadaşlarının aile hekimlerinde tükenmişlik durumunu incelediği çalışmada katılımcıların yalnızca %53,2'si aile hekimi olarak çalışmanın kendisi için uygun olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada "Aile hekimlerinin büyük bir kısmı aile hekimliği uygulamasının hekimler arasındaki rekabeti, iş yükünü ve stresini, etik yozlaşmayı artırdığını; ayrıca sosyal hayatlarına ve mesleki gelişimlerine ayırdıkları zamanı azalttığını düşünmektedir" (107)

Çalışmamızda katılımcı hekimlerin cinsiyet dağılımları benzer bulunurken %49'u kadındı. Çalışmamızın örnekleminin alındığı ilde yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %34,8 i kadın olarak bulunmuş. Bu çalışmada hekimlerin aile hekimliğinden memnun olma durumu %62.2 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise bu oran 43.3 bulunmuştur (108). Katılımcılara sorulan defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz? Sorusuna kadın hekimlerin %33.3'ü erkek hekimlerin % 66.7 ü evet cevabını vermiştir. Çalışmamızda daha önce malpraktis davası açılan hekimlerin ise %66,7'si erkekti. Erkek katılımcıların daha fazla malpraktis davasına maruz kalmış olması "Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz" sorusuna daha fazla evet cevabını vermelerinin nedeni olabilir. "Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz" sorusuna verilen yanıtlar arasında fark olmasına rağmen defansif tıp tutumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Banaz ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, araştırmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğu hekimlik görevini yerine getirdiği süre zarfında malpraktis davası açılmadığını ifade etseler de defansif tıp tutumlarının yüksek olduğu görülmektedir. Malpraktis davası sonucunda hekimlik performansını etkileyebileceği inancına hekimlerin tamamına yakını katılmıştır. Araştırmaya katılan erkek hekimlerin

ise daha fazla negatif defansif tıba yöneldiği saptanmıştır (109). Yorulmaz ve arkadaşlarının sağlık hizmetleri arzında defansif tıp ve hekimlerin karar verme algısı çalışması incelendiğinde cinsiyet ve medeni durum değişkenleri ile defansif tıp uygulamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (110).

Yapmamak", "yapmayı" kabul etmek kadar kolay değildir. İleri tetkiklerin yapılması ve defansif tıp yaklaşımının kullanılması hem hastanın kaygısını hem de doktorun kaygısını ortadan kaldıracaktır. "Yapmama" tavsiyesi, hasta ile doktor arasında güven olduğu takdirde uygulanabilir (111) Yüksel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmanın sonucunda aile hekimlerinden %23'ünün daha önce defansif tıp kavramını duymadığını, %62'sinin defansif tıp uygulamaları kavramının içeriğini yeterince bilmediğini, %6'sının malpraktis nedeni ile kendisine dava açıldığını, %48'inin önümüzdeki 10 yıl içerisinde herhangi bir dava açılabileceğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Malpraktis davaları medyada fazlaca yer buldukça mesleğimi icra ederken tedirginlik hissediyorum diyen aile hekimlerinin oranı; tutum ölçen sorular arasında en büyük yüzdeye sahip olan seçenek olarak ilk sırada çıkmıştır.

Asher ve arkadaşlarının İsrail'de defansif tıp çalışmasında aile hekimlerinin %18'inin malpraktis davasına maruz kaldığı, hekimlerin %60'ının defansif tıp yapmak zorunda kaldığını belirttiği, defansif tıp uygulamayla en sık ilişkilendirilen faktörler ise cerrahi branş, daha önce dava edilme ve erkek cinsiyet olarak bildirildi (112).

Defansif tıbbin sağlık hizmetlerindeki ekonomik maliyetinin araştırıldığı Brateanu ve arkadaşlarının çalışmasında ise defansif tıba atfedilen maliyet artışı %3.3 olarak bulunmuştur. Oransal bu düşüklüğün sebebinin çalışmanın birinci basamakta yapılmış olmasından olabileceği cerrahi branşlarda yapıldığında oranın yüksek çıkacağı belirtilmiştir (113). Birleşik Arap Emirliklerinde doktorlar arasında defansif tıp uygulamasının araştırıldığı bir çalışmada hekimlerin %54.6'sının PDTU'nun farkında olduğu, %50.7'sinin hastalardan ve refekatecilerden korktuğu, %31.1'inin defansif tıp yaklaşımı kullandığını bildirmişlerdir (114). Oleari ve arkadaşlarının Amerika'da defansif tıp ile ilgili klinik ve eğitimsel deneyimleri ile ilgili yapmış olduğu çalışmada gayri resmi tıbbi müfredatın hekim uygulamaları üzerinde ciddi bir etkisi olduğunu üniversitede eğitim alan hekimlerin yanlış tedavi korkusunun bir sonucu olarak daha az özerk davrandıkları ve defansif tutum sergiledikleri ayrıca pratisyen hekimlerde de defansif tıp kavramının oldukça yaygın olduğu bildirilmiştir (115).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Dördüncül koruma kavramı asıl olarak önce zarar verme ilkesini benimser. Hastayı korumanın tedaviden bile daha önemli olduğunu, aşırı tanı, gereksiz tetkik, aşırı tedavi ve tıbbileştirmenin en masum olanlarının bile, hastada zarar meydana getirebileceği öne sürülmüştür. Bu doğrultuda tüm hekimlerin tanı ve tedavi süreçlerinde aşırıya kaçmasını önlemek için dördüncül koruma hakkında bilinçlendirilmesinin önemi ortaya çıkmıştır. Yaptığımız çalışmada araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile aile hekimi uzmanlık öğrencilerinin dördüncül koruma bilgi düzeyi ve tutumlarını değerlendirilmiş, bu tutumlarını defansif tıbbın ne yönde etkilediğine bakılmıştır.

- Katılımcıların %49'u (n=51) kadın, %58,7'sinin (n=61) evli olduğu belirlendi. Aile hekimliği araştırma görevlilerinin ise %51'i (n=53) "tam zamanlı aile hekimliği uzmanlığı" programındaydı.
- Katılımcıların %92,3'ü (n=96) "dördüncül koruma" kavramını daha önce duyduğunu, %16,3'ü (n=17) ise kavram hakkında detaylı bilgiye sahip olduğunu ifade etti.
- Çalışmaya katılanların %49,0'ı (n=51) dördüncül koruma hakkında eğitim daha önce eğitim aldığını belirtti.
- Çalışmaya katılan hekimlere göre gereksiz tıbbi uygulamaların en sık nedenleri hekimlerin bilgi düzeyindeki yetersizlik, hasta baskısı, malpraktis korkusu, zaman kısıtlılığı, sağlık sistemi ve defansif tıp uygulamalarıydı.
- Medeni duruma göre bekarların ortak karar vermeye evlilere göre sıcak baktığı bulundu.
- Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlilerininin aşırı tıbbileştirme, aşırı tedavi, hastalık tacirliği farkındalığı konularındaki farkındalıkları tam zamanlı aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlilerine göre yüksek saptandı.
- Katılımcılardan hastalarına yeterince zaman ayırabildiğini düşünenlerin tıbbi tedavi yönetimini düşünmeyenlere ve kararsız olanlara göre daha doğru ve daha etkin şekilde yapabildiği bulundu.

- Dördüncül koruma hakkında daha önce eğitim alanların aşırı tanı ve aşırı tedavi konularındaki bilgi düzeyleri eğitim almayanlara göre yüksek bulundu.
- Çalışmaya katılanların %97,1'i (n=101) malpraktis davalarının hekimlik performansına üzerinde etkili olduğunu düşündüğü bulundu. Katılımcıların %5,8'i (n=6) hekimlik mesleği süresince malpraktis davası ile karşı karşıya kaldığını belirtti. Ama pozitif veya negatif defansif yaklaşımla daha önce malpraktis davası açılması arasında bir ilişki bulunmadı.
- Çalışmamızda mesleki kariyerlerinden memnun olanların kanıta dayalı tıp uygulamalarına daha sık başvurduğu görülürken mesleki kariyerinden memnuniyetsiz olanların ve kararsız olanların gereksiz taramaya daha sık yöneldiği görüldü.
- Çalışmaya katılanların %88,5'i defansif tıp uygulamaları daha önce duyduğunu ifade ederken yalnızca %49,0'ı defansif tıp hakkında detaylı bilgi sahibi olduğunu belirtti.
- Defansif tıp uygulamaları kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip olanların aşırı tanı ve aşırı tıbbileştirme konularında yeterli bilgi sahibi olmayanlara göre bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu.
- Erkeklerin, evli olanların ve mesleki kariyerinden memnun olmayanların defansif tıp uygulamaları kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu bulundu.
- Pozitif defansif tıbbi başvuran bireylerin büyük ölçüde negatif defansif tıbbi da başvurduğu bulundu. Bu da kendini korumak için aşırı tanı, aşırı tedaviye başvuran hekimlerin, yüksek riskli gördüğü hastalardan da kaçınarak yine kendini korumaya çalıştığını göstermektedir.
- Pozitif defansif yaklaşım aşırı tanı, aşırı tedaviye yöneldiği için DKFF aşırı tanı ve aşırı tedavi alt boyutları arasında negatif korelasyon saptandı. Yine hekim kendini korumak için bilimsel kaynaklardan daha sık faydalandığı için DKFF kanıta dayalı tıp uygulamalarına başvurma alt boyutu ile pozitif korelasyon saptandı.
- Negatif defansif yaklaşım ile kanıta dayalı tıp uygulamalarına başvurma, aşırı tanı, aşırı bilgiye maruz kalma ve aşırı tıbbileştirme alt boyutları arasında pozitif korelasyon saptandı.

6.2. Öneriler

Son yüzyılda tıp alanındaki gelişmeler ve insan ömrünün uzaması gibi nedenler sağlık algısında değişimlere yol açtı. Günümüzde pek çok kişi sağlığı ile ilgili endişelere sahip ve bilgiye ulaşabilecekleri pek çok kaynak var. Bu bireylerin yanlış tıbbi bilgiye ulaşarak sağlıkları hakkında endişelerini arttırıp tıbbi başvuru sıklığını arttırabilir. Sağlık okuryazarlığı arttırılarak dördüncül korumada hasta hekim iş birliği ve güven ortamı daha iyi oluşabilir. İnternet kullanımının aşırı yaygınlaştığı çağımıza yanlış bilgi veren internet sitelerinin engellenmesi, güvenilir bilgi kaynaklarının sertifikasyonu gibi tedbirler alınabilir.

Hekimler tıbbi kötü uygulama-malpraktis davaları ve özellikle de bu gibi durumların aşırı medyate edilmesi, aşırı iş yükü, düşük ücretler gibi nedenlerle mevcut koşullarından giderek daha az memnuniyet duymaktadır. Defansif tıp anlayışı doğuran bu durumlar hekimleri aşırı tanılama, aşırı ilaç kullanımı, çok tetkik isteme gibi pozitif defansif tavırları sergilemelerine yol açarken bir yanda da riskli hastalara müdahale etmekten kaçınma, daha az sorumluluk gerektiren branşlara yönelme, aşırı sevk gibi negatif defansif tutumlarda da neden olmaktadır. Çalışmamızda da elde edilen sonuçlar hekimlerde defansif tutum eğiliminin yüksek olduğunu göstermiştir. Malpraktis davalarına karşı hekimler için daha yüksek teminatlar içeren sigorta yapılanması, hastalara ayırabilecekleri sürenin uzatılması, pozitif hasta memnuniyeti odaklı performans ödemeleri uygulamalarından vazgeçilmesi, sağlıkta popülist ve bilimsellikten uzak politikalarından vazgeçilmesi, tedavi odaklı değil koruma odaklı yaklaşımın ve hekimliğin teşviki gerekli olabilir.

Aşırı tetkik ve görüntülemenin kısmen azaltılabilmesi amacıyla sigorta primlerinin düzenlenmesi artış veya azalış yönünde önerilebilir. Koruyucu önleyici sağlık hizmeti alanlarda sağlık sigortası primlerine indirim uygulanabilir.

Bireylerin kendi sağlıklarının sorumlulukları sadece sağlık çalışanlarına bağlamaları ve sağlık kurumlarını sadece tedavi edici rolünü kullanmaları engelleyebilmek için eğitim müfredatına sağlıklı yaşam ve sağlık bilgisi daha geniş eklenmelidir.

Aile Hekimliği birimlerin nüfuslar standardize edilmeli koruyucu hekimlik yapabilecek sınırlı kayıtlı nüfus sağlanmalıdır. Ülkemizde pek çok aile hekimi aynı anda tanı tedavi koruma ve nleme uygulamalarını 4000 kayıtlı kişiye sunmaya devam etmektedir. Nfusların azaltılması şüphesiz hekimlerin hastalarına ayırabildikleri zamanı ve koruyucu hekimliğin tüm basamaklarına uygun hareket edebilmelerini sağlayacaktır.



7. KISITLILIKLAR

Çalışmamız evreni ülkemizdeki tüm aile hekimliği asistanlarını yansıtmamaktadır. Katılımcı sayısı artırılarak uzmanlık eğitim tipleri arasındaki farklılıklar anlaşılabilir.

Kullanılan ölçüm yöntemi hekimlerin koşulları idealize etmesine ve gerçek tutumlarının tam olarak anlaşılmasına yol açmış olabilir.



KAYNAKÇA

1. **Allen J.** The European Definition of General Practice / Family Medicine **2023**
<https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>.
2. **Prof. Dr. Nusret Fişek'in** Kitaplaşmamış Yazıları Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları No:144, **1982** https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html.
3. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/health-priorities/lifetime-prevention-schedule/cppr-lifetime-prevention-report-2009.pdf>.
4. Clinical Prevention Policy Review Committee. A Lifetime of Prevention: A Report of the Clinical Prevention Policy Review Committee. Clin Prev Policy Rev Comm. **2009**;December:75.
5. **Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., Van der Zee, J., & Groenewegen, P. P. (2010).** The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC health services research, 10, 1-13.
6. **Yeşiltaş A, Erdem R.** Defansif tıp uygulamalarına yönelik bir derleme. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. **2018**;10(23):137-50.
7. **Reschovsky JD, Saiontz-Martinez CB.** Malpractice claim fears and the costs of treating medicare patients: a new approach to estimating the costs of defensive medicine. Health Services Research. **2018**;53(3):1498-516.
8. **Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C, O'Sullivan JW, Aronson JK, Woloshin S.** Aşırı tanı: ne olduğu ve ne olmadığı. BMJ Kanıtı Dayalı Tıp **2018**;23:1-3.
9. **Akdeniz M, Kavukçu E.** Dördüncül koruma: önce zarar verme. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi **2017**;21(2):74-81.
10. **Ak, M. (2010).** Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği. Journal of Turgut Ozal Medical Center, 17(4), 403-405.
11. **Atlı, Y., & Yücel, N. (2018).** Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü. Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2(2), 45-64.
12. **Yardım, N., Gögen, S., & Mollahaliloğlu, S. (2011).** Sağlık Geliştirilmesi (Health Promotion): Dünyadave Türkiye'de Mevcut Durum. Journal of Istanbul Faculty of Medicine, 72(1).
13. **Kara F, Öztürk İ.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi (Benchmarking): Türkiye ve İspanya Örneği. Med J West Black Sea. **2021**;5(1):19-26.
14. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmî Gazete Tarihi: 25.01.2013 Resmî Gazete Sayısı: 28539 Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü.
15. **Akman, E., & Kopuz, K. (2021).** Katastrofik Sağlık Harcamalarında Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Rolü. Journal of Healthcare Management and Leadership(1), 1-14. <https://doi.org/10.35345/johmal.780830>.
16. **Gençoğlu, P. (2018).** Türkiye'de İllerin Gelişmişlik Düzeyi Dikkate Alınarak Sağlık Hizmetlerinin Kümeleme Analizi Aracılığıyla Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi(52), 301-324. <https://doi.org/10.18070/erciyesiibd.323409>.
17. **Şimşek, E.;** Dağcıoğlu, Basri Furkan. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Kavram: Kineri Ölçme. Ankara Tıp Dergisi , **2023**, 23.1.

18. **Akdur R.** Halk Sağlığı. Antip Yayınevi. Ankara 1998. <https://www.recepakdur.com/media/1275/04-akdur-r-ve-ark-halk-sag-lig-i-antip-1998.pdf>.
19. **Porta M.** Dictionary of Epidemiology. Oxford Publishing. **2008**
20. **Büyükokudan U, Avcı K.** dördüncül koruma ve aşırı medikalizasyon. TJFMPC. **2023**;17(4):572-81..
21. **Jamouille M. (2015).** First do not harm. Journal of mid-life health, 6(2), 51–52.
22. **Kisling, L. A., & M Das, J. (2023).** Prevention Strategies. In StatPearls. StatPearls Publishing.
23. The Association of Faculties of Medicine of Canada Public Health Educators' Network. Chapter 4: Basic concepts in prevention, surveillance, and health promotion. In AFMC Primer on Population Health; The Association of Faculties of Medicine of Canada.
24. **Özdemir, M., & Koçoğlu, F. (2019).** Sivas İlinde Aile Hekimliği Modelinin Değerlendirilmesi. Ahi Evran Medical Journal, 3(2), 59-65.
25. **Tengs, T. O., Adams, M. E., Pliskin, J. S., Safran, D. G., Siegel, J. E., Weinstein, M. C., & Graham, J. D. (1995).** Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. Risk analysis : an official publication of the Society for Risk Analys.
26. **Selçuk EB.** COVID-19 Pandemisi Öncesi Türkiye'de Koruyucu Sağlık Hizmetleri. :3.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Kontrol Programı, **2021**, Ankara https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf.
28. **Rakel R.E.,Rakel D.P.,Çev ed. Saatçı E.** Aile Hekimliği Dokuzuncu Baskı Sf. 82.
29. **Öztürk A, Özenç S, Canmemiş S, Bozoğlu E.** Yaşlılık Döneminde Koruyucu Sağlık Bakımı. TJFMPC. **2016**;10(1). .
30. World Health Organization. Guide to cancer early diagnosis. ed. 1 **2017**; 1-48
31. **Bonita, Ruth; Beaglehole, Robert; Kjellström, Tord.** Basic epidemiology. World Health Organization, **2006**.
32. **Özdemir, O., Ocaktan, E., & Akdur, R. (2003).** Sağlık reformu sürecinde Türkiye ve Avrupada birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 56(4).
33. Primary Health Care Classification Consortium, Wonca Uluslararası Sınıflandırma Komitesi. Quaternary Prevention. **2019**: <http://www.ph3c.org/P4>.
34. **Bentzen, N. (2004).** Family medicine research: implications for Wonca. The Annals of Family Medicine, 2(suppl 2), S45-S49.
35. **Aaron, S. D., Vandemheen, K. L., Boulet, L. P., McIvor, R. A., FitzGerald, J. M., Hernandez, P., ... & Fergusson, D. (2008).** Overdiagnosis of asthma in obese and nonobese adults. Cmaj, 179(11), 1121-1131.
36. **Ellen, M. E., Wilson, M. G., Vélez, M., Shach, R., Lavis, J. N., Grimshaw, J. M., ... & Synthesis working group Sarah Garner Roberto Grilli Justin Peffer Kevin Samra Joshua Shemer Terry Sullivan. (2018).** Addressing overuse of health services in health systems: a critical interpretive synthesis. Health research policy and systems, 16, 1-14.
37. **Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Heleno, B., & Brodersen, J. (2018).** Quaternary prevention: reviewing the concept: Quaternary prevention aims to protect patients from medical harm. European Journal of General Practice, 24(1), 106-111.

38. **Jamouille, M., & Roland, M. (1995, June).** Quaternary prevention. In Hong-Kong Wonca Classification Committee. Research group, Fédération des Maisons Médicales, 1995;1-6.
39. A Lifetime of Prevention, The Report of the Clinical Prevention Policy Review Committee **2009**.<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/health-priorities/lifetime-prevention-schedule/cppr-lifetime-prevention-report-2009.pdf>.
40. **Jamouille M.** Information et informatisation en medecine generale [internet]. .
41. **Pandve, Harshal Tukaram.** Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. Archives of Medicine and Health Sciences 2(2):p 254-256, Jul–Dec **2014**. | DOI: 10.4103/2321-4848.144366
42. **Jamouille M.** Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. **2015** Feb 4;4(2):61-4. doi: 10.15171/ijhpm.2015.24. PMID: 25674569; PMCID: PMC4322627.
43. **Jamouille M.** Quaternary prevention: first, do not harm. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. **2015** Jun. 24 [cited 2024 Apr. 16];10(35):1-3.
44. **Akdeniz M.** Dördüncül koruma: Önce zarar verme Türk Aile Hek Derg. **2017**; 21(2): 74- 81.
45. **Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Heleno, B., & Brodersen, J. (2018).** Quaternary prevention: reviewing the concept. The European journal of general practice, 24(1), 106–111. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1422177>: A.
46. **Jamouille M. (2015).** Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. International journal of health policy and management, 4(2), 61–64. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.24>.
47. **Bae, J. M., & Jamouille, M. (2016).** 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 = Yebang Uihakhoe chi, 49(6), 343–348. . <https://doi.org/10.3961/jpmph.16.059>.
48. **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. J Prev Med Public Health. 2015;48(6):271-273. doi:10.3961/jpmph.15.059.
49. **Akdeniz M, Kavukçu E.** Kuaterner önleme: Birincil, Yapmak Olumsuz zarar. Türk Aile Hekim Derg.**2017**;21(2):74 - 81 (doi:10.15511/tahd.17.00274).
50. **Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Heleno, B., & Brodersen, J. (2018).** Quaternary prevention: reviewing the concept. The European journal of general practice, 24(1), 106–111. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1422177>.
51. https://www.researchgate.net/publication/287038484_The_four_duties_of_family_doctors_Quaternaryprevention_-_First_do_no_harm.
52. **Jamouille M.** The four duties of family doctors. Quaternary prevention: first, do no harm. The Hong Kong Practitioner **2014**;36:46-9.
53. **Jamouille M.** Quaternary prevention: first, do not harm [internet]. Brezilya; **2011**. http://docpatient.net/mj/P4_Brasilia2011_en.pdf.
54. **Bulc M, Rochfort A, Sigurdsson JA, Vinker S, Visentin G.** Overdiagnosis and action to be taken. <https://www.woncaeurope.org/kb/overdiagnosis-and-action-to-be-taken-%E2%80%93-position-paper-2018>.
55. **Veloso, T. S., & Cambão, M. S. (2015).** Migraine treatment: a chain of adverse effects. SpringerPlus, 4, 409. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-1206-1>.

56. **Borraccimtsac PA, Mauromtsac VM.** Medical professionalism, models of regulation and professional. *Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiologia* **2015**;83:242-4.
57. **Bajwa SJS, Kalra S, Takrouri MSM.** Quaternary prevention in anesthesiology: Enhancing the socio-clinical standards *Anesthesia: Essays and Researches*; **2014**;8(2):125-126.
58. **Jamouille M, Roland M.** Quaternary prevention. *WICC annual workshop: Hongkong, Wonca congress proceedings*; **1995**. . <http://hdl.handle.net/2268/173994>.
59. **Moshi, S. J. (2012).** Epidemiology in gynecological diseases.425-34, Erişim tarihi: <https://www.glowm.com/pdf>. https://www.glowm.com/pdf/Chap-33_Moshi.pdf.
60. **Kalra, B., & Malik, S. (2014).** Quaternary prevention and menopause. *Journal of mid-life health*, 5(2), 53–54. <https://doi.org/10.4103/0976-7800.133986>.
61. **Loeb S, Bjurlin MA, Nicholson J, et al.** Overdiagnosis and overtreatment of prostate cancer. *Eur Urol.* **2014**;65: 1046-55.
62. **Pinsky, P. F., Prorok, P. C., Yu, K., Kramer, B. S., Black, A., Gohagan, J. K., Crawford, E. D., Grubb, R. L., & Andriole, G. L. (2017).** Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial with median follow-up of 15 years. *Cancer*, . <https://doi.org/10.1002/cncr.30474>.
63. **Birinci ř.** Sağlık İstatistikleri Yıllığı. TC. Sağlık Bakanlığı Ankara **2022**
64. **Mansur, F., & Ceylan, Ö. (2021).** Defansif Tıp ve Defansif Tıp Konusunda Yapılan Akademik Çalışmalar Üzerine Bir Derleme. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(3), 721-744. <https://doi.org/10.26745/ahbvuibfd.994079>.
65. **Başer, Aysel, et al.** İzmir Karşıyaka ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*, **2014**, 16: 24.
66. **Daniel Kessler, Mark McClellan,** Do Doctors Practice Defensive Medicine?, *The Quarterly Journal of Economics*, Volume 111, Issue 2, May 1996, Pages 353–390
67. **Kolcu G. Defensive Medicine in Family Physicians. (2021).** *Progress in Nutrition*, 23(3), e2021212.
68. **şahin, B., & Alçalı, Ö. (2020).** Defansif Tıp Kavramı Ve Defansif Tıbbi Uygulamaların Hekimin Hukuki Sorumluluğu Kapsamında Değerlendirilmesi. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 1(41), 483-510.
69. **Catino, M. (2011).** Why do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side-Effects of Medical. <https://hdl.handle.net/10281/21781>.
70. **Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., & Brennan, T. A. (2005).** Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*, 293(21), 2609–2617. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2609>.
71. **Akgül N, Palteki T, şimşek EE, Bayram M, Erkan I, Ulutin HC.** Bir grup kamu hastanesine ait Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi şikâyet başvurularının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences.* **2016**;1(1):1-7.
72. **Polat O, 2015.** Tıbbi Uygulama Hataları, Ankara, Seçkin Yayıncılık, s:245-260.
73. **Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T et al, 2006.** Defensive Medicine Practices Among Gastroenterologists in Japan. *World Journal of Gastroenterology*, 12(47), 7671-7677 .
74. **Asher, E., Greenberg-Dotan, S., Halevy, J., Glick, S., & Reuveni, H. (2012).** Defensive medicine in Israel - a nationwide survey. *PloS one*, 7(8), e42613. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042613>.

75. **Williams S, 2011.** On The Defensive, United Kingdom Casebook, Cilt: 19, Sayı: 1, ss. 8-11. Akt: Selçuk 2015.
76. **Berlin L. (2017).** Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. *Diagnosis* (Berlin, Germany), 4(3), 133–139. <https://doi.org/10.1515/dx-2017-0007>.
77. Türk Tabipleri Birliği. Hekimlik meslek etiği kuralları; **1998.** https://www.ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=5755966a-a285-11e7-9205-300896da83fe.
78. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, TTB, **2005** https://www.ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=5755966a-a285-11e7-9205-300896da83fe.
79. **Sirovich BE, Woloshin S, Schwartz LM.** Too Little? Too Much? Primary Care Physicians' Views on US Health Care: A Brief Report. *Arch Intern Med.* **2011**;171(17):1582–1585. doi:10.1001/archinternmed.2011.437
80. **Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M.** Reducing Roentgenography Use: Can Patient Expectations Be Altered? *Arch Intern Med.* **1987**;147(1):141–145. doi:10.1001/archinte.1987.00370010139029
81. **Souza, J. P., & Pileggi-Castro, C. (2014).** On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. *Cadernos de saude publica*, 30, S11-S13.
82. **Otte JA, Llargués Pou** MENablers and barriers to a quaternary prevention approach: a qualitative study of field experts *BMJ Open* **2024**;14:e076836. doi: 10.1136/bmjopen-2023-076836
83. **Lumbreras, B., Donat, L., & Hernández-Aguado, I. (2010).** Incidental findings in imaging diagnostic tests: a systematic review. *The British journal of radiology*, 83(988), 276-289.
84. **O’Sullivan, J. W., Muntinga, T., Grigg, S., & Ioannidis, J. P. (2018).** Prevalence and outcomes of incidental imaging findings: umbrella review. *BMJ*, 361.
85. **Tosun, M.** Aile hekimlerinin dördüncül koruma hakkındaki farkındalıkları ve tıp alanındaki defansif tutumlarının değerlendirilmesi: Konya örneği. *Tez Danışmanı Karaoğlu N.* **2022.** Tno: 718433, https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=5XiSE4yCP_gmnukpMEp65ZH11eLWw-pzplxwn_wEK7GOO-C1bytSnyepMXIJHX
86. **Little, Paul et al.** “Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study.” *BMJ* (Clinical research ed.) vol. 328,7437 (**2004**): 444. . doi:10.1136/bmj.38013.644086.7C.
87. **Tesser, C. D. (2017).** Why is quaternary prevention important in prevention?. *Revista De Saúde Pública*, 51, 116.
88. **Cerier, E., Beal, E. W., Chakedis, J., Chen, Q., Paredes, A., Sun, S., ... & Pawlik, T. M. (2018).** Patient-provider relationships and health outcomes among hepatopancreatobiliary patients. *Journal of Surgical Research*, 228, 290-298.
89. **Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009).** The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *British Journal of General Practice*, 59(561), e116-e133.
90. **Kutlu, M., Çolakoğlu, N., & Özgüvenç, Z. P. (2010).** Hasta Hekim İlişkisinde Empatinin Önemi Hakkında Bir Araştırma. *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi*, 2(2), 127-143.
91. **Yılmaz, E. (2014).** Türkiye’de Hastaların İnternette Tıbbi Enformasyon Arama Davranışlarının Doktor-Hasta İletişimine Etkileri. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*93-108.
92. **Saygılı, Meltem, et al.** Aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanım durumları ve bilgi arama davranışları Family physician’s evidence based medicine applications and information se–arching behaviours. **2013.**

93. **Kahveci R, Meads C.** Is Primary Care Evidence-Based in Turkey? A Cross-sectional Survey of 375 Primary Care Physicians, *Journal of Evidence-Based Medicine*. **2009**; 2(4): 242-251.
94. **Cuba Fuentes, M. S., Zegarra Zamalloa, C. O., Reichert, S., & Gill, D. (2016).** Attitudes, perceptions and awareness concerning quaternary prevention among family doctors working in the Social Security System, Peru: a cross-sectional descriptive study. <https://doi.org/10.5867/medwave.2016.03.6433>.
95. **Büyükokudan U, Avcı K.** dördüncül koruma ve aşırı medikalizasyon. *TJFMPC*. **2023**;17(4):572-81.
96. **Yılmaz, K., Polat, O., & Kocamaz, B. (2014).** Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açıdan İncelenmesi. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 5(16).
97. **Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P.** The Cost of Satisfaction: A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality. *Arch Intern Med*. **2012**;172(5):405–411. doi:10.1001/archinternmed.2011.1662
98. **Aydın, S. (2015).** “Hekime Başvuru Sayısının Artış Hikayesi”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 35, 6- 13.
99. TTB, Sağlık Alanında “Hizmet Kaynaklı Zarar”:Hekimler Ne Diyor? Birinci Baskı, Haziran **2011**, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/hizmetzarar.pdf>.
100. **Demirbaş, Samet Kaan.** Birinci basamakta sağlık raporlarının incelenmesi . Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Adana Tıp Fakültesi / Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı :, **2023**.
101. **Başer A.** İzmir Karşıyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi* **2016**; 16-24
102. **Morrell DC, Evans ME, Morris RW, Roland MO.** The "five minute" consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *Br Med J (Clin Res Ed)*. **1986**;292(6524):870-873. 23. .
103. **Wilson, A., McDonald, P., Hayes, L., & Cooney, J. (1992).** Health promotion in the general practice consultation: a minute makes a difference. *BMJ (Clinical research ed.)*, 304(6821), 227–230. <https://doi.org/10.1136/bmj.304.6821.227>.
104. **Lafata JE, Shay LA, Brown R, Street RL.** Office-Based Tools and Primary Care Visit Communication, Length, and Preventive Service Delivery. *Health Serv Res*. **2016**;51(2):728-745. (22-25).
105. **Yalçınöz Baysal, H., Hacıoğlu, N., Yıldız, E., Öztürk, S. (2014).** Birinci Basamakta Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği Modelinden Memnuniyet Durumları Ve Bu Konudaki Görüşleri. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 22-29.
106. **Tekin Ç.** Malatya İl Merkezinde Çalışan Aile Hekimleri ile Aile Sağlığı Elemanlarının, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri, İş Doyumu Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler *Fırat Tıp Derg/Fırat Med J* **2014**; 19(3): 135-139.
107. **Baykan Z.** Burnout among family physicians and its associated factors. *Türk Aile Hek Derg* **2014**; 18 (2): 121-132
108. **Efeoğlu, İbrahim Efe ve Erdal Özcan.** “Aile Hekimlerinin İş Doyumu: Adana İl Merkezinden Bir Çalışma”. *Cukurova Medical Journal*, c. 38, sy. 4, **2013**, ss. 567-73.
109. **Banaz, M., & Yalçın Balçık, P. (2022).** Hekimlerin defansif tıp tutumlarının incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(3), 501-516
110. **Yorulmaz M.& Sabırlı H.(2019),**Sağlık Hizmetleri Arzında Defansif Tıp Ve Hekimlerin Karar Verme Algisi,*BMIJ*, (2019), 7(2): 579-590

111. **Jamouille, M. (2015).** Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 61.
112. **Asher E, Greenberg-Dotan S, Halevy J, Glick S, Reuveni H (2012)** Defensive Medicine in Israel – A Nationwide Survey. *PLoS ONE* 7(8): e42613. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042613>
113. **Brateanu, A., Schramm, S., Hu, B. O., Boyer, K., Nottingham, K., Taksler, G. B., ... & Rothberg, M. B. (2014).** Quantifying the defensive medicine contribution to primary care costs. *Journal of medical economics*, 17(11), 810-816.
114. **Al Awar, S., Ucenic, T. E., & Elbiss, H. (2023).** The practice of defensive medicine among physicians in the United Arab Emirates: A clinician survey. *Medicine*, 102(34), e34701.
115. **O'Leary, K. J., Choi, J., Watson, K., & Williams, M. V. (2012).** Medical students' and residents' clinical and educational experiences with defensive medicine. *Academic Medicine*, 87(2), 142-148.
116. **Jamouille, M. (2015).** Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 61-64. doi: 10.15171/ijhpm.2015.24



EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Değerli meslektaşım; Aşağıda size yöneltilen sorular hekimlerin dördüncül koruma hakkındaki farkındalıklarını değerlendirme konusunun araştırılmasını amaçlayan bir tez çalışmasına veri sağlamak amacı ile oluşturulmuştur. Ankete isminizi yazmanıza gerek yoktur. Tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Size uygun yanıtları boşlukları doldurarak veya kutucukları işaretleyerek yanıtlayınız. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

1-) Cinsiyetiniz:

Erkek Kadın

2-) Yaşınız:yıl

3-) Medeni Durumunuz: Evli Bekar

4-) Araştırma Görevlisi durumunuzu seçiniz:

Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı Asistanlığı

Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlığı Asistanlığı

5-) Asistanlıkta kaçınıcı yılınız:

1. Yıl (Sahu 1-2 yıl)

2. Yıl (Sahu 3-4 yıl)

3. Yıl (Sahu 5-6 yıl)

6-) Mesleki kariyerinizden memnun musunuz

Evet Hayır Kararsızım

7-) Hastalarınıza yeterince zaman ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?

Evet Hayır Kısmen

8-) Daha önce “**Dördüncül Koruma**” kavramını duydunuz mu ?

Hayır, hiç duymadım Evet, fakat kavramın içeriği hakkında bilgim yok

Evet, orta düzeyde bilgi sahibiyim Evet, konu hakkında detaylı bilgi sahibiyim

9-) “**Dördüncül Koruma**” hakkında daha önce herhangi bir eğitim aldınız mı?

Evet Hayır Hatırlamıyorum

10-) Eğitim almadıysanız almak ister

misiniz

Evet Hayır Kararsızım

11-) Sizce gereksiz tıbbi uygulamaların nedeni/nedenleri nelerdir?

Ek 2. Dördüncül Koruma Farkındalık Formu

Değerli meslektaşım; Aşağıdaki sorularda Tamamen katılıyorum=5; Katılıyorum=4; Kararsızım=3; Katılmıyorum=2; Kesinlikle katılmıyorum=1 rakamları ile ifade edilmektedir. Yanıtınızı buna göre seçiniz.					
	5	4	3	2	1
1-) Birinci basamak sağlık hizmetleri gereksiz tanı ve tedavinin engellenmesinde önemli rol oynar.					
2-) Bazen hastalardan gelen baskılar yüzünden gereksiz test istenebilmektedir.					
3-) Bazen hastalardan gelen baskılar yüzünden gereksiz tedavi uygulanabilmektedir.					
4-) İnternet, sosyal medya ve TV programları gereksiz tıbbi uygulamalara yol açmaktadır.					
5-) Hastalar sağlık hizmeti alırken gereksiz tanı açısından tehlikede altındadır.					
6-) Hekimler tanı atlamamak için gereğinden fazla test istemeye yönelmektedir.					
7-) Tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan hastalar vardır.					
8-) Daha fazla test isteyen hekim daha iyi hekim olarak görülür.					
9-) Hastaya en kısa zamanda tanı konmalıdır.					
10-) Hastalar tıbbi olarak uygun olmayan tetkikler istediğinde, bu durumun getireceği zararlar ve maliyetler konusunda uyarılmalıdırlar.					
11-) Hastalar sağlık hizmeti alırken gereksiz tedavi açısından tehlikede altındadır.					
12-) Tanı testleri sırasında tesadüfi saptanan bulgular, gereksiz tanı ve tedaviyi arttırır.					

13-) Tesadüfen saptanan kitlesi olan hastalar ileri tetkik için acilen sevk edilmelidir.					
14-) Bel ağrısı olan hastada alarm semptomları yoksa ilk altı hafta görüntüleme yapmaya gerek yoktur.					
15-) Kardiyak açıdan düşük riskli ve asemptomatik hastaların yıllık EKG ile taranmasına gerek yoktur.					
16-) Tanı atlama korkusu nedeniyle hastadan ek tetkik isterim.					
17-) Gereksiz taramalar hastaların aslında tedavi gerektirmeyen durumlarda bile tedavi almasına neden olabilir.					
18-) Sağlık hizmetlerinin bir alanındaki aşırı kullanım başka bir alanındaki kullanım kapasitesinin azalmasına yol açabilir.					
19-) Mesleki deneyim artışı, gereksiz tıbbi kullanımı azaltır.					
20-) Tıbbi endikasyon olmayan durumlarda da koruma amaçlı olarak tedavi başlanabilir.					
21-) Her hastada kılavuzların önerdiği hedefe ulaşmak gerekir.					
22-) Her hastada kılavuzların önerdiği dozlarda tedavi başlamak gerekir.					
23-) Hastaya uygulanacak test ve tedavinin gerekli olup olmadığı düşünülmelidir.					
24-) Hasta istediği için hastalık belirtisi olmaksızın tetkik ve taramalar yapılabilir.					
25-) Hastaya yetersiz tedavi uygulama, gereksiz tedavi uygulanmasından daha önemli bir konudur.					
26-) Gereksiz tanı-tedavi kullanım konusu, tıbbi tartışmalarda genellikle gözden kaçırılmaktadır.					
27-) Gereksiz tıbbi kullanımı önleme ulusal sağlık politikaları içinde önemli bir yere sahip olmalıdır.					
28-) Hastalara tedavi seçenekleri anlatılarak tedavi karar verme sürecine dahil edilmeleri gerekir.					

29-) Bazı hastalar tetkik yapılmadan sadece muayene ile tatmin olmaz.					
30-) Hastalar, “bekleyelim ve görelim” diyen hekimden değil, hemen bir şeyler yapan hekimden memnun olur.					
31-) Hekim hastalarına yazdığı reçetede ilaçların kullarımlarını tarif etmelidir.					
32-) Hekim kronik hastalıkları olan hastalarının ilaç kullarımlarını düzenli olarak takip etmelidir.					
33-) Hekim uygunsuz ilaç kullarımlı olduğunu düşündüğü hastasını bu konuda uyarmalıdır.					
34-) Hekim hastalarının ihtiyacı olduğunu düşündüğü tedavileri, genel tıp pratiğinde yeri olmasa bile uygulayabilir.					
35-) Medya organlarındaki yanıltıcı yayınlar toplumdaki hastalık korkusunu artırarak gereksiz tanı ve tedaviye sebep olabilmektedir.					
36-) Kılavuzların yaygın kronik hastalıklarda normal eşikleri düşürmesi, toplumun büyük bir kısmını gereksiz yere hasta kategorisine sokmaktadır.					
37-) Uzmanlar tarafından geliştirilen tıbbi kılavuzlara güvenilmelidir.					
38-) Mesleki uygulamalarda kanıta dayalı tıp kaynaklarına göre davranılmalıdır.					
39-) Kılavuzlar, hekimlerin gereksiz tanı ve tedaviden kaçınma özgürlüklerini kısıtlar.					
40-) Tıbbi yaklaşım kişiye özel olduğu için kanıta dayalı tıbbi daha mesafeli durulmalıdır.					
41-) Kanıta dayalı tıp bazı konularda klinik deneyimi yok sayar.					
42-) Yayınlanan tıbbi makalelerin hepsi bilimsel normlara uygundur.					

Ek 3. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği

Değerli meslektaşım; Aşağıdaki ölçekte size uygun yanıtı kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak belirtiniz. Tamamen katılıyorum=5; Çok Katılıyorum=4; Orta Derecede Katılıyorum=3; Az Katılıyorum=2; Hiç katılmıyorum=1 rakamları ile ifade edilmektedir.		5	4	3	2	1
1.	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.					
2.	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.					
3.	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.					
4.	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.					
5.	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.					
6.	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum.					
7.	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum.					
8.	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.					
9.	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.					

10.	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.					
11.	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.					
12.	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.					
13.	Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.					
14.	Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum.					
		Evet	Hayır			
15.	Hekimlik mesleğiniz süresince malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?					
16.	Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?					
17.	Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?					
18.	Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?					