

# YENİ BİR KLİNİK KORUMA YAKLAŞIMI DÖRDÜNCÜL ÖNLEME: KAVRAMSAL BİR BAKIŞ

*Hatice GÜNEŞ<sup>1</sup>*

## A New Clinical Prevention Approach: Quaternary Prevention From a Conceptual Perspective

### Extended Summary

Since the mid-20th century, with the largely eliminated of infectious diseases and the emergence of non-communicable chronic diseases as primary public health concerns, various approaches have been developed to prevent these conditions. Prevention and protection strategies in healthcare are of paramount importance for disease prevention, early diagnosis, treatment, rehabilitation, and health promotion. The fundamental aim of preventive approaches is to avert diseases, and these approaches can be examined under four main headings: Primordial, primary, secondary, and tertiary prevention. Primordial prevention aims to eliminate health risks, while primary prevention focuses on preventing the occurrence of diseases. Secondary prevention seeks to shorten the duration of illness or improve quality of life, whereas tertiary prevention aims to mitigate the effects of diseases.

In addition to these levels of prevention, there is another lesser-known approach: quaternary prevention, which forms the central theme of this study. This study addresses the conceptual aspects of quaternary prevention, the factors that give rise to it, and its relationship with medical ethics.

Quaternary prevention aims to prevent the risks of overmedicalization and to promote ethically acceptable interventions. This concept emerged as a critique of the risks posed by excessive medical interventions in modern medicine. It signals a shift from the traditional disease-centered model of care to a patient-centered and relationship-based model of preventive care.

The rapid development of modern medicine has given rise to the concept of quaternary prevention. Although modern medicine has brought significant advancements, these developments sometimes lead to overdiagnosis and overtreatment, causing harm to patients. Factors contributing to overdiagnosis include advanced medical technologies, commercial interests, the broadening of

<sup>1</sup> Arş. Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi, [haticeyigit@sdu.edu.tr](mailto:haticeyigit@sdu.edu.tr)

disease definitions, defensive medicine, incentives in healthcare system, cultural beliefs, and excessive reliance on early diagnosis. Advanced screening and diagnostic technologies often detect insignificant abnormalities, while economic motivations in the healthcare sector and tendencies among professional groups to increase diagnoses and treatments categorize more individuals as patients. Additionally, legal regulations that penalize healthcare professionals for underdiagnosis but overlook overdiagnosis encourage unnecessary tests and treatments. The societal belief that early diagnosis is always beneficial further exposes individuals to unnecessary interventions.

The overutilization of medical interventions not only threatens individual health but also wastes healthcare system resources and increases costs.

All these issues lead us to the question: How can overdiagnosis, overtreatment, and excessive medicalization be reduced? This question points us toward the principles of medical ethics, particularly the principle of non-maleficence and patient-centered approaches.

By focusing on the principle of "do no harm", this approach seeks solutions to unnecessary interventions. The concept of quaternary prevention is closely linked to the fundamental ethical principle of "primum non nocere" (first, do no harm) in terms of its origins and objectives.

Quaternary prevention is not merely a new term or systematic framing of the "first, do no harm" principle. It aims to encourage healthcare professionals to critically evaluate their decisions and to question ethical boundaries within healthcare systems. Its ultimate goal is to align clinical practices with medical ethics and bioethical principles. Quaternary prevention is grounded in the four fundamental principles of medical ethics: Non-maleficence (preventing unnecessary interventions and resource waste), beneficence (ensuring definitive benefit to patients through evidence-based practices), respect for autonomy (enabling patient participation in clinical decision-making), and justice (fair allocation of resources).

Additionally, by emphasizing the importance of the patient-physician relationship, quaternary prevention advocates for respect for the autonomy of both patients and physicians. Shared decision-making can reduce defensive medicine and overdiagnosis. As an ethical responsibility of modern medicine, quaternary prevention seeks to address unnecessary medical interventions and their potential harms, thereby contributing to the improvement of healthcare quality and standards.

Unlike other prevention approaches, quaternary prevention adopts a patient-centered approach rather than a biomedical perspective. It addresses unnecessary medical interventions and the ethical issues they may cause, critically questioning medical practices. It considers psychosocial impacts and highlights its increasing significance in modern healthcare through its focus on ethical principles.

Quaternary prevention represents one of the most tangible applications of the principle of non-maleficence in modern medicine. It should be regarded as a fundamental duty for all healthcare professionals involved in the delivery of

healthcare services at every stage. This is because the “unnecessary interventions” that quaternary prevention seeks to prevent are practical issues that can arise at all levels of healthcare services and medical practice. Therefore, the scope of quaternary prevention should be expanded to encompass practices across all levels of healthcare services. Preventing unnecessary and excessive medical interventions is critical not only for individual health but also for public health and the equitable distribution of healthcare resources. Quaternary prevention fosters a more humane and patient-centered modern medical practice.

This study lays the groundwork for a broader perspective on the quaternary prevention. Future research may focus on defensive medicine, evidence-based medicine, personalized medicine, and patient-centered approaches in relation to quaternary prevention, as well as on expanding the scope of quaternary prevention. Such research can contribute to the development of Turkish literature in this field.

**Key Words:** Preventive Medicine, Quaternary Prevention, P4, Overmedicalisation

### **Giriş: Dördüncül Önleme Kavramına Genel Bakış**

Geçtiğimiz yüzyılın ortalarından itibaren, bulaşıcı hastalıklar büyük oranda elimine edilmiş ve bulaşıcı olmayan, kronik hastalıklar yeni halk sağlığı problemleri olarak gündeme gelmeye başlamıştır. Bununla birlikte geçtiğimiz yüzyılın ortalarından itibaren bu hastalıklardan korunmaya yönelik yaklaşımlar geliştirilmeye başlanmıştır. Bu gelişmeler sağlık hizmetlerinde koruma ve önleme stratejilerini gündeme getirmiştir. Sağlık hizmetlerinde koruma ve önleme hastalıkların önlenmesi, erken teşhisi, etkili tedavisi, rehabilitasyonu ve sağlığın geliştirilmesi için kritik bir öneme sahiptir.

Koruyucu yaklaşımların temel amacı hastalığı önlemektir. Koruma, hastalık ve sakatlığın etkisinin ortadan kaldırılmasını; bu mümkün değilse en aza indirilmesini veya ilerlemesinin geciktirilmesini amaçlayan eylemler olarak tanımlanmaktadır (Porta, 2008: 192). Önleyici tıbbın amacı da benzer şekilde, bir hastalığın ortaya çıkmasını önlemek, bir hastalığı durdurmak ya da hastalığın başlangıcından sonra ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemektir (Clarke, 1974: 65). Bu iki ifadeden de anlaşıldığı üzere koruma veya önleyici tıp yalnızca hastalık meydana gelmeden önce değil hastalığın seyrinin herhangi bir aşamasında hastalığın ilerlemesini sınırlayacak tüm önlemleri içermektedir.

Bu çerçevede koruma ve önleme stratejileri temel (primordial), birincil (primer), ikincil (sekonder) ve üçüncül (tersiyer) önleme olmak üzere genellikle dört başlıkta ele alınmaktadır. İlksel de diyebileceğimiz temel önleme, sağlık tehlikelerini en aza indiren ve dolayısıyla hastalık riskini artırdığı bilinen süreç ve faktörlerin (çevresel, ekonomik, sosyal, davranışsal, kültürel) ortadan kaldırılmasını sağlayan her türlü eylem ve önlemlerden oluşmaktadır. Birincil önleme ise, hastalığın ortaya çıkmasını engellemeyi amaçlayan; bireyin çevresi, su kaynakları ve soluduğu havanın iyileştirilmesi, bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama gibi önlemleri kapsar. İkincil önleme, hastalığın süresini kısaltmayı, tedavi edilemediği durumlarda ise hayatta kalma süresini ve yaşam kalitesini artırmayı hedefler. Nadiren de olsa, hastalığın ortaya çıkmasını önleme potansiyeline de

sahiptir. Örneğin, tarama programları ve nüfus tabanlı tarama yöntemleri, erken klinik teşhisle genellikle ikincil önlemeye hizmet eder. Üçüncül önleme ise hastalık, sakatlık veya engellerin etkilerini hafifletmeyi, acıyı en aza indirmeyi dolayısıyla potansiyel kaliteli yaşam süresini en üst düzeye çıkarmayı hedefleyen önlemleri kapsar. Üçüncül önleme temel olarak bir rehabilitasyon görevi görür (Beaglehole et al.,1998: 93-101; Clarke, 1974: 65).

Bunlara ek olarak henüz yeterince bilinmeyen ve literatürde önleme düzeyleri arasında pek yer almayan bir yaklaşım daha vardır ki bu çalışmanın ana temasını da bu yaklaşım oluşturmaktadır. Literatürde bu yaklaşımı ifade eden farklı kavramlara rastlamak olasıdır. Kvarterner koruma, dördüncül önleme veya dördüncül koruma ya da P4 şeklinde karşımıza çıkan bu kavramların ifade ettiği şey aynıdır ve bu kavramlar birbirlerinin yerine kullanılabilir. Bu çalışmada tüm bunları kapsayacak şekilde, Türkçeye en uygun çeviri olarak dördüncül önleme kavramının kullanımı tercih edilmiştir. Bu çalışmada dördüncül önleme ile ilgili kavramsal bilgilere, dördüncül önlemeyi doğuran faktörlere ve dördüncül önlemenin tıbbi etik ile ilişkisine yer verilmiştir.

Kavramı ortaya atan ilk isimlerden Jamouille ve Roland, dördüncül önlemeyi “*aşırı tıbbileştirme riski taşıyan hastayı belirlemek, onu yeni tıbbi müdahalelerden korumak ve ona etik açıdan kabul edilebilir müdahaleler önermek için alınan önlem*” olarak tanımlamış (Jamouille & Roland, 1995:3), dördüncül önlemenin tanımı Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA)’nin 2003 yılında yayınlamış olduğu sözlüğe de bu şekilde (Bentzen, 2003: 115) geçmiştir. Norman ve Tesser (2019: 29) bu tanımın, aşırı tıbbileştirme riski, hastaların korunması ve etik alternatifler olmak üzere üç temel noktayı içeren iyi tasarlanmış bir tanım olduğunu ifade etse de, Brodersen ve arkadaşları (2014: 684-685) bu tanımı eleştirmiş ve yeni bir tanımlama önermişlerdir. Tüm önleme çabalarının insanları aşırı tıbbi müdahale riski altına sokma potansiyeli taşıdığı ve kimin bu risk altında olduğuna karar vermenin karmaşık bir iş olduğu gerekçesiyle bu tanımdaki “*aşırı tıbbi müdahale riski taşıyan hastalar*” ifadesinin, doktorlar için gereksiz bir zorluk oluşturacağını ifade etmişlerdir. Tanımın ikinci kısmındaki, “... ve ona etik olarak kabul edilebilir müdahaleler önermek” ifadesini ise oldukça dar kapsamlı olması bakımından eleştirmişlerdir. Dördüncül önleme tanımını, doktorlara her zaman dördüncül önlemeyi dikkate almaları ve bunu tüm nüfusa uygulanabilir bir ilke olarak görmeleri gerektiğini hatırlatacak şekilde “*bireyleri, yarardan çok zarara yol açması muhtemel tıbbi müdahalelerden korumak için alınan önlemler*” olarak düzenlemişlerdir. Brodersen ve arkadaşları (2014: 685)’na göre dördüncül önlemenin temel amacı aşırı teşhis ve aşırı tedaviyi içeren aşırı tıbbileştirmeyi ve iyatrojenezi (tıbbın neden olduğu zararları) azaltmaktır. Bunun yanı sıra, dördüncül önleme modern tıpta eleştirel bir yaklaşımı temsil etmekte ve onun pek çok sınırlılığını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, mevcut hegemonya karşısı bir kavramı temsil etmektedir (Depallens et al., 2020: 18).

Martins ve arkadaşları (2018: 109; 2019: 614) da Brodersen ve arkadaşları (2014)’nın dördüncül önlemeye ilişkin önerdikleri yeni tanımla, aslında yeni bir kavramsal model de önerdiklerini ve bu yeni kavramsal modelde, dördüncül önlemenin alanının genişlediğini ifade etmektedir. Tıbbi zararları önleme fikrinin klinik faaliyetlerin tüm yönlerinde ve düzeylerinde mevcut olması gerektiğini,

diğer önleme türlerinin (birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül önleme) yöneldiği alanlarda da aşırı medikalizasyon, aşırı tedavi ve zarar riski altında olan hastaların var olduğunu belirtmişlerdir. Çağdaş tıpta, insan, gebe kalma anından itibaren; çocukluk döneminde, tüm sağlıklı yaşamı boyunca, engelliliğe neden olabilecek bir hastalık, kronik veya ölümcül bir hastalıkla mücadele sırasında tıbbi müdahalelerden zarar görebilir. Bu nedenle dördüncül önleme, aşırı teşhis veya aşırı tedaviyi ve bunlardan doğabilecek zararları önlemenin de ötesine geçerek tıbbi müdahalelerle ilişkili her türlü zararı önlemeyi içerir. Özetle, Tesser (2014: 2)'in de ifade ettiği gibi dördüncül önleme, diğer önleme türleri de dahil olmak üzere tüm klinik ve sağlık faaliyetlerine odaklanır.

Dördüncül önleme temelde tıp ve sağlık ile ilgili tüm sektörlerin insani boyutunun eksikliğinden ve kurumsal bozulmalarından (Light et al., 2013; Rodwin, 2013; Gotzsche, 2013; Andrade & Redondo, 2021; Deruelle, 2022), modern tıbbin aşırıya kaçma tehlikesinden (Moynihan et al., 2012; Brodersen et al., 2014; Bulliard & Chiolerio, 2015; Jamouille, 2015a; Büyükokudan & Avcı, 2023) ve geleneksel tıbbi bakımdaki yaklaşım değişikliği ihtiyacından doğmuştur. Geleneksel olarak sağlık hizmetleri ve tıbbi bakım, önleme, teşhis ve tedavi adımlarının belirli bir sıra içinde uygulandığı kronolojik bir modele dayanır. Bu aynı zamanda hastalık merkezli bakıma işaret eder. Örneğin, bir hastalık erken/teşhis edilir ve ardından tedavi edilir. İşte bu kronolojik bakım modelinden, dolayısıyla hastalık merkezli bakımdan hasta merkezli ve ilişki temelli bir önleyici bakım modeline geçiş, hekimlerin uygulamalarına yeni bir bakış açısı sunar. Bu paradigma değişimine dair ihtiyaç, eleştirel bir bakış açısı olan ve tıbbi faaliyetlerde zarar vermeme gerekliliğine vurgu yapan dördüncül önleme kavramını gün yüzüne çıkarır (Jamouille, 2014: 72-73; Jamouille, 2015b: 51; Jamouille, 2015c: 1).

### **Modern Tıbbın "Aşırıya Kaçma" Tehlikesi ve Dördüncül Önleme**

Her zaman "önlemek, tedavi etmekten daha iyidir" ilkesi dile getirilir ve bu tartışmasız bir gerçektir. Önleme kavramı, primordial, birincil, ikincil ve üçüncül düzeylerden oluşur. Ancak önleme kavramı yıllar içinde önemli değişikliklere uğramış (Pandve, 2014: 309), modern tıbbın hızlı teknolojik ve bilimsel gelişiminin beraberinde getirdiği riskler, bu düzeylere bir yenisini daha eklemiştir: Dördüncül önleme. Modern tıp her ne kadar hayat kurtaran birçok yeniliği ve imkânı getirirse de bu ilerlemeler ve yenilikler bazen hastaların zararına olabilmektedir. Dördüncül önleme, bu zararları önlemek için bir denge kurmayı amaçlamaktadır. Hastaların sağlık hizmetlerinden gerektiği kadar ve gerektiği şekilde yararlanmasını sağlamak hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından kritik öneme sahiptir.

Modern tıp hem bireysel hem de toplumsal anlamda sağlıkta önemli ilerlemelere katkı sağlarken, aynı zamanda bireylerin yaşamlarını daha fazla denetim altına almakta ve yaşamı beden üzerinden bir tıbbileştirme sürecine tabi tutmaktadır (Kurttaş, 2017: 985). Modern tıp anlayışında yaşlanma, menstrüasyon, gebelik gibi bazı doğal süreçler gereksiz şekilde tıbbi müdahale gerektiren durumlar haline gelmiş, tarama testleri vb. müdahaleler popülerleşmiş, erken teşhisin her durumda faydalı olduğu algısı gereksiz tarama programlarının yaygınlaşmasına

neden olmuştur. İnsanlar artık, modern tıbbın her türlü sağlık sorununu çözebileceğine ve mükemmel sağlık durumuna ulaşmayı sağlayabileceğine inanmaktadır. Bu da bireyleri gereksiz müdahalelere açık duruma getirmektedir.

Moynihan ve arkadaşları (2012: 5) aşırı teşhise neden olan faktörleri gelişmiş tıbbi teknolojiler, ticari ve profesyonel çıkarlar, genişletilmiş hastalık tanımları, defansif tıp, sağlık sisteminin teşvik mekanizmaları, kültürel inançlar ve erken teşhise aşırı güven olarak sıralamaktadır. Günümüzde kullanılan teknolojiler, daha küçük ve genellikle klinik olarak önemsiz olan "anormallikleri" tespit edebilir hale gelmiştir. Sağlık endüstrisinin ekonomik motivasyonları ve bazı profesyonel grupların teşhis ve tedaviyi artırma eğilimleri, hastalık sınırlarını genişleten ve daha fazla bireyi "hasta" kategorisine sokan rehberler aşırı teşhisin yaygınlaşmasında etkili olmaktadır. Sağlık çalışanlarını yetersiz teşhis nedeniyle cezalandıran ancak aşırı teşhisi dikkate almayan yasal düzenlemeler, sağlık sisteminin daha fazla test ve tedaviyi destekleyen finansal ve yapısal teşvikleri gereksiz teşhislere ve müdahalelere yol açmaktadır. Son olarak toplumda yaygın olan "Daha fazlası daha iyidir" anlayışı ve riskler dikkate alınmadan "erken teşhisin her zaman faydalı olduğu" inancı bireyleri gereksiz test ve müdahalelere yöneltmektedir.

Örnekleme gerekirse tarama programları aşırı teşhise ve aşırı medikalizasyona yol açan faktörlerden biridir. Taramanın altında yatan varsayım, anormalliklerin ve patolojinin her zaman ilerlediğidir. Tarama testleri zararsız, yavaş ilerleyen patolojileri hastalık olarak etiketlemekte ve bu da gereksiz tedavilere, strese, psikolojik problemlere ve potansiyel zararlara yol açabilmektedir (Brodersen et al., 2014: 685). Bu aşırı teşhisin ana ve en kötü sonucu da aşırı tedavidir. Halbuki bazı durumlarda erken teşhis ve çeşitli tıbbi müdahaleler faydadan çok zarar getirebilmektedir (Bulliard & Chioloro, 2015: 1).

Dördüncül önleme, bireyleri aşırı medikalizasyonun getirdiği risklerden ve yeni tıbbi müdahalelerden korumak amacıyla yapılan eylemleri ifade eden tanımından da anlaşılacağı üzere, medikalizasyon ve aşırı medikalizasyon kavramlarıyla bütünleşmiştir (Tesser & Norman, 2021). Tıbbın iyatrojenik olaylar üretme kapasitesinin her zamankinden daha fazla artması ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit eden riskler yeni bir önleme yaklaşımını gerekli kılmıştır. İlaçların ve tıbbi teknolojilerin gereğinden fazla kullanılması, "hastalık yaratma" olgusunu ciddi bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir. Bu faktörlere ek olarak, biyomedikal tedavilerin kronik hastalıklardaki sınırlılıkları, artan maliyetleri ve yan etkileri, sosyal ve kültürel değişimlerle birleşerek sağlık alanında bir paradoks yaratmıştır. Tüm bu etkenler, önleme yaklaşımlarında bir değişimin ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır (Martínez González, et al., 2014:1; Tesser, 2017: 4, 6) Tıbbileştirme, ticarileşme ve hastalık yaratma gibi olgular modern tıbbın aşırıya kaçma tehlikesini beraberinde getirmiş, bu durum "hastalık yaratma" fenomenine karşı geliştirilen ve tıbbileştirmeyi sınırlamayı hedefleyen dördüncül önlemeyi doğurmuştur

Aşırı tıbbi kullanımın hastalar ile sağlık sistemi üzerindeki olumsuz etkileri sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine ilişkin giderek daha fazla endişe yaratmaktadır. Aşırı tıbbi kullanım, gereksiz tedavilere, maliyet artışına ve kaynak israfına yol

açarak hem bireylerin refahına hem de sağlık sistemlerine zarar vermekte ve sistemin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir (Oktay et al., 2024).

Tüm bu gelişmeler ve olgular Aşırı teşhis, aşırı tedavi dolayısıyla aşırı medikalizasyon nasıl azaltılır? (Bulliard & Chiolero, 2015: 3) sorusunu akla getirmektedir. Bu soru ise, tıp etiği ilkelerine -özellikle zarar vermeme ilkesine- ve hasta merkezli yaklaşımların önemine dikkat çekmektedir.

### **Primum Non Nocere: Dördüncül Önlemenin Etik Temelleri**

Dördüncül önleme, şefkati, farklı bilgi türlerini, metalaştırılmamış, insan odaklı tıp anlayışını ve tıbbın etik değerlerini geri kazanmayı amaçlayan bir harekettir (Jamouille, 2017: 1-2; Jamouille et al., 2018: 11). Tıp etiğinde sıklıkla vurgulanan Primum non nocere yani “önce zarar verme” ilkesi ise hekimlerin iyatrojenik zararlara neden olmaktan kaçınmasını gerektirir (Akdeniz & Kavukçu, 2017: 80). Bu yaklaşım, "zarar vermeme" ilkesine odaklanarak gereksiz müdahalelere karşı bir çözüm arayışı sunar. Dördüncül önleme yaklaşımı temelde ortaya çıkış gayesi ve hedefleri bağlamında tıp etiğinin önemli ilkelerinden biri olan “önce zarar verme” ilkesi ile sıkı bir ilişki içerisindedir.

Dördüncül önleme, eski bir kavram (önce zarar verme-primium non nocere) için yeni bir terim olarak ifade edilmektedir. Bu kavram, kanıta dayalı tıp, kalite güvencesi, defansif tıp, yanlış pozitif tanılardan kaçınma ve hasta ile empati kurma vb. etik sorunlarla ilişkilendirilir (Jamouille, 2015b: 51). Ancak kanaatimizce bugün dördüncül önleme, bazı yazarların da iddia ettiği gibi (Wagner, 2015: 557; Akdeniz & Kavukçu, 2017: 80), sadece bu ilkenin yeni bir terimle ifade edilmesi veya sistemleştirilmesi değildir. Dördüncül önleme, hekimler, sağlık profesyonelleri ve sağlık yöneticilerince etik sınırların sorgulanmasını; kendi kararları ve faaliyetleri hakkında eleştirel değerlendirmeyi teşvik ederek, sağlık sistemlerine daha eleştirel bir bakış açısı kazandırmayı hedeflemektedir.

Dördüncül önlemenin tanımında yer alan “etik olarak kabul edilebilir” ifadesi de dördüncül önlemenin nihai amacının, klinik uygulamaları tıp etiği ve biyoetik ilkeler çerçevesinde yönetmek olduğunu belirtmektedir. Dördüncül önleme ilk olarak “zarar vermeme” ilkesine vurgu yaparken; ikinci olarak “yarar sağlama” ilkesi ile hastalar için zarar yerine kesin bir tıbbi fayda sağlamayı hedeflemektedir. Bunun için hekimler kanıta dayalı uygulamalar yapmalı, çeşitli fayda ve zarar olasılıklarını değerlendirmelidir. Üçüncü olarak ise hastaların klinik karar verme sürecine katılımını sağlayarak “otonomiye saygı” ilkesi hayata geçirilmelidir. Hastaların klinik kararlara katılımı yani ortak karar verme hastaları güçlendirir, bu da dördüncül önlemenin hedeflerinden biridir. Bununla birlikte ortak karar verme defansif tıbbi önlemeye katkı sağlayabilir ve böylece aşırı teşhis ve tedaviyi önleyebilir. Yanı sıra dördüncül önleme tıbbın bir ilişkiye dayandığını ve bu ilişkinin hem hastanın hem de hekimin otonomisine saygı gösterilerek, gerçek anlamda tedavi edici bir işlev görmesi gerektiğini savunur. Son olarak ise dördüncül önlemede aşırı kullanımı (ilaç, tedavi, teşhis vb) önleme çabası, yalnızca zarar vermeme ilkesini değil, aynı zamanda kaynak israfını azaltarak ve kaynakların doğru tahsisine katkıda bulunarak “adalet” yükümlülüğünü de yerine getirmeyi hedefler. Özetle dördüncül önlemeyi uygulamak tıp etiğinin 4 temel ilkesine dayanmaktadır (Jamouille; 2015c: 2; Jamouille et al., 2018: 6-7; ). Wagner

(2015: 557)'in de ifade ettiği üzere dördüncül önleme temelde, daha iyi klinik bakım uygulamak ve insanları aşırı ilaçtan (teşhis, tedavi olarak genişletilebilir) korumak için etik bir yaklaşımdır.

Nihayetinde dördüncül önleme, modern tıbbın etik bir sorumluluğu olarak, gereksiz müdahalelere ve potansiyel zararlara karşı bir çözüm üretmeye odaklanır. Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının, tıbbi müdahalelerin sınırlarını sorgulayarak etik sorumluluklarını yerine getirmeleri, sağlık hizmetlerinin niteliğini artıracak ve sağlık hizmetleri kullanımında kalitenin artırılmasına katkı sağlayacaktır.

## **Sonuç ve Değerlendirme**

Dördüncül önleme hastanın iyiliği ve yaşam kalitesini ön planda tutan, bireyleri modern tıbbın beraberinde getirdiği aşırı teşhis, tedavi, medikalizasyon ve anlamlı olmayan tanılardan dolayısıyla psikolojik, fiziksel ve ekonomik zararlardan korumayı hedefleyen, daha çok etik temelli ve hasta merkezli sağlık hizmetleri bağlamında ele alınan bir koruma yaklaşımıdır. Hastaya yararlılık yalnızca tedavi etmekle değil, aynı zamanda gereksiz tedavi ve müdahalelerden korumakla da mümkündür.

Bu yaklaşım amacı, müdahale zamanlaması ve uygulanış biçimi itibariyle diğer koruma yaklaşımlarından belirgin farklılıklar göstermektedir. Birincil, ikincil, üçüncül önleme yaklaşımları daha çok biyomedikal boyuta odaklanırken dördüncül önleme gereksiz tıbbi müdahalelerden kaynaklanabilecek etik sorunlara çözüm üretmeye odaklanarak birey odaklı yani hasta merkezli bir yaklaşım benimser. Doğrudan tıbbi müdahalelerin kendisini sorgular ve eleştirel bir bakış açısı içerir. Psikososyal etkileri de dikkate alır ve etik ilkelere daha fazla vurgu yapar. Bu farklılıklar, dördüncül önlemenin modern sağlık hizmetlerinde giderek artan önemini açıklamaktadır.

Dördüncül önleme temelde klinik koruma yaklaşımlarından, aile hekimlerinin uygulamaları ve aile hekimlerinden doğmuş olsa da, sağlık hizmet sunumunun her aşamasında yer alan tüm hekimlerce asli görevlerinden biri olarak kabul edilmelidir. Çünkü dördüncül önlemenin hastayı korumayı amaçladığı etik sorunlara, mali yükümlülüklerle ve hasta güvenliği risklerine yol açabilecek “gereksiz işlemler”, sağlık hizmetlerinin ve tıbbın her seviyesinde meydana gelebilecek pratiklerdir. Zira kavrama sonradan katkı yapan çeşitli araştırmacılar (Brodersen et al., 2014; Martins et al., 2018: 109; Martins et al., 2019: 614; Tesser, 2017: 2) da kavramı bu yönde genişletmeyi önermiştir.

Dördüncül önleme, zarar vermeme ilkesinin modern tıptaki en somut uygulamalarından biridir. Gereksiz ve aşırı tıbbi müdahalelerin önlenmesi, sadece bireylerin değil, toplumun genel sağlığı ve sağlık kaynaklarının adil dağılımı açısından da kritik öneme sahiptir. Bu yaklaşım hasta haklarına saygı ve etik ilkeler çerçevesinde hareket ederek, modern tıbbın daha insancıl ve hasta merkezli olmasını sağlar.

Sonuç olarak bu çalışma, konuyla ilgili daha geniş bir bakış açısına zemin hazırlamaktadır. Gelecekteki araştırmalar, dördüncül önleme ile ilişkilendirilebilecek defansif tıp, kanıta dayalı tıp, kişiselleştirilmiş tıp, hasta merkezli yaklaşım gibi konularda ve dördüncül önleme yaklaşımının kapsamının



genişletilmesi üzerine yoğunlaşarak, bu alandaki Türkçe literatürün gelişimine katkı sağlayabilir

### KAYNAKÇA

Akdeniz, M., & Kavukçu, E. (2017). Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Türk Aile Hek Derg*, 21(2), 74-81. <https://doi.org/10.15511/tahd.17.00274>.

Andrade, G., & Redondo, M.C. (2021). The need for "gentle medicine" in a post Covid-19 world. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 24(4), 475–486. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10046-z>

Beaglehole, R., Bonita, R., & Kjellström, T. (1998). Temel Epidemiyoloji (Çev. Nazan Bilgel). Nobel & Güneş Tıp Kitabevi, İstanbul.

Bentzen, N. (2003). Wonca Dictionary of General/Family Practice. Wonca International Classification Committee. <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/0000052.pdf>

Brodersen, J., Schwartz, L. M., & Woloshin, S. (2014). Overdiagnosis: How cancer screening can turn indolent pathology into illness. *APMIS : Acta Pathologica, Microbiologica, et Immunologica Scandinavica*, 122(8), 683–689. <https://doi.org/10.1111/apm.12278>

Bulliard, J.L. & Chiolero, A. (2015). Screening and overdiagnosis: Public health implications. *Public Health Rev* (36):8. <https://doi.org/10.1186/s40985-015-0012-1>

Büyükokudan, U., & Avcı, K. (2023). Dördüncül koruma ve aşırı medikalizasyon. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 17(4): 572 - 581

Clarke E. A. (1974). What is preventive medicine?. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 20(11), 65–68.

Depallens, M.A., Guimarães, J.M.M., & Almeida Filho, N. (2020). Quaternary prevention: A concept relevant to public health? A bibliometric and descriptive content analysis. *Cadernos de Saude Publica*, 36(7), e00231819. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00231819>.

Deruelle, F. (2022). The pharmaceutical industry is dangerous to health. Further proof with COVID-19. *Surgical Neurology International*, 13, 475. <https://doi.org/10.25259/SNI.377.2022>

Gotzsche, P. (2013). Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted healthcare (1st ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9780429084034>

Jamouille, M. & Roland, M. (1995). Quaternary prevention, WICC annual workshop: *Wonca Congress Proceeding*, Hong Kong.

Jamouille, M. (2014). He four duties of family doctors: Quaternary prevention – First, do not harm, *Hong Kong Practitioner*, 36(2): 72-77.

Jamouille M. (2015a). 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>

Jamouille, M. (2015b). First do not harm. *Journal of Mid-life Health*, 6(2), 51–52.

Jamouille, M. (2015c). Quaternary prevention: First, do not harm. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 10(35):1-3. Available at: [dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1064](dx.doi.org/10.5712/rbmf10(35)1064)

Jamouille, M. (2017). Round table. Quaternary prevention(P4) or first do not harm, 2017 *EACME Annual Conference, Justice in Health Care – Values in Conflict*. September 7 – 9. Barcelona. Spain <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/213152/1/Round%20table%20on%20P4%20EACME%202017%20Barcelona.pdf>

Jamouille, M., Roland, M., Bae, J. M., Heleno, B., Visentin, G., Gusso, G., Godycki-Cwirko, M., Pizzanelli, M., Ouvrard, P., La Vallev, R., Gomes, F., Widmer, D., Bernstein, J., Marino, M., Lima Wagner, H., & Rossi, I. (2018). Implications éthiques, pédagogiques, sociopolitiques et anthropologiques de la prévention quaternaire [Ethical, pedagogical, socio-political and anthropological implications of quaternary prevention]. *Revue Médicale de Bruxelles*, 39(4), 383–393.

Kurtdaş, M.Ç. (2017). Medikalizasyon süreci, sağlığın ticarileşmesi ve bedenin denetlenmesine sosyolojik bir bakış. *Adyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (27), 983-1012. <https://doi.org/10.14520/adyusbd.336644>

Light, D.W., Lexchin, J., & Darrow, J.J. (2013). Institutional corruption of pharmaceuticals and the myth of safe and effective drugs. *The Journal of Law, Medicine & Ethics : A Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 41(3), 590–600. <https://doi.org/10.1111/jlme.12068>

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>

Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Heleno, B., & Brodersen, J. (2019). Quaternary prevention: An evidence-based concept aiming to protect patients from medical harm. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 69(689), 614–615. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X706913>

Martínez González, C., Riaño Galán, I., Sánchez Jacob, M., & González de Dios, J. (2014). Prevención cuaternaria. La contención como imperativo ético [Quaternary prevention: Containment as an ethical necessity]. *Anales de Pediatría (Barcelona, Spain: 2003)*, 81(6), 396.e1–396.e3968. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.04.029>

Moynihan, R., Doust, J., & Henry, D. (2012). Preventing overdiagnosis: How to stop harming the healthy. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344, e3502. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3502>

Norman, A.H., & Tesser, C.D. (2019). Quaternary prevention: A balanced approach to demedicalisation. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 69(678), 28–29. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700517>

Oktay, S., Tetik, G., & Kaya, A., (2024). Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında yeni bir boyut: Dördüncül koruma ile hastanın gereksiz bakımdan korunması/ A new dimension in classification of health services: Protecting the patient from unnecessary care with quaternary protection . *Tokat 3.Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Kongresi*, 28-30 Ağustos 2024, Tokat. (pp.56-57). Tokat, Turkey

Pandve H.T. (2014). Quaternary prevention: Need of the hour. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 3(4), 309–310.

Porta, M. (2008). A Dictionary of Epidemiology, Fifth Edition, Oxford University Press, Inc. New York.

Rodwin M. A. (2013). Introduction: Institutional corruption and the pharmaceutical policy. *The Journal of Law, Medicine & Ethics : A Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 41(3), 544–552. <https://doi.org/10.1111/jlme.12062>

Tesser C. D. (2017). Why is quaternary prevention important in prevention?. *Revista de Saude Publica*, 51, 116. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000041>

Tesser, C.D. & Norman, A.H. (2021). Quaternary prevention and medicalisation: Inseparable concepts, *Interface (Botucatu)*, 25: e210101. <https://doi.org/10.1590/interface.210101>

Wagner H. (2015). Quaternary Prevention and the Challenges to Develop a Good Practice Comment on "Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Overmedicalization". *International Journal of Health Policy and Management*, 4(8), 557–558. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.98>