

KANITA DAYALI TIBBİ UYGULAMALARDA BİREYLERİN SAĞLIK KARARLARINA KATILIMI VE İLETİŞİM

Patient Participation in Health Decisions and Communication in Evidence-Based Medical Practices

Prof. Dr. Esra Meltem KOÇ¹, Prof. Dr. Yasin BULDUKLU²

¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi e-mail: emeltemkoc@gmail.com

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi e-mail: yasin.buldukluk@ikcu.edu.tr

ORCID ID: EMK: 0000-0003-3620-1261 **YB:** 0000-0001-9997-8663

DOI: 10.69999/emedi.1708994

E-ISSN: 3023-4115

MAKALE BİLGİLERİ	ÖZET
<p>Makale Bilgisi</p> <p>Makale Türü: Derleme Makale</p> <p>Geliş Tarihi: 31.05.2025</p> <p>Kabul Tarihi: 09.10.2025</p> <p>Yayın Tarihi: 26.12.2025</p> <p>Anahtar Kelimeler: Kanıt dayalı tıp, Sağlık iletişimi, Hasta katılımı, Ortak karar verme, Sağlık okuryazar</p>	<p>Kanıt dayalı tıpta iletişim, yalnızca bilgi aktarımı değil; hasta ile sağlık profesyonelleri arasında güven inşa eden ve ortak karar alma süreçlerini destekleyen temel bir beceridir. Etkili iletişim, tedaviye uyumu artırmakta, hasta memnuniyetini yükseltmekte ve sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili kararlara aktif biçimde katılabilmeleri için kritik öneme sahiptir. Yeni medya okuryazarlığı ise, dijital bilgiye erişimin artmasıyla birlikte sağlık bilgilerini doğru değerlendirebilme kapasitesini ifade eder. Sağlık hizmetlerinin kişiselleştirilmiş bir biçimde sunulabilmesi; empati, açık ve anlaşılır dil kullanımı, güven temelli ilişki ve hasta merkezli yaklaşım gibi iletişim ilkelerinin sağlık profesyonellerince içselleştirilmesini gerektirir. İkna odaklı ve kanıt dayalı bir iletişim yaklaşımı, sadece bireylerin sağlık süreçlerine katılımını değil, aynı zamanda kaynakların daha etkili kullanılmasını da sağlar.</p>

ARTICLE INFO	ABSTRACT
<p>Article Information</p> <p>Article Type: Compilation Article</p> <p>Received: 31.05.2025</p> <p>Accepted: 09.10.2025</p> <p>Published: 26.12.2025</p> <p>Keywords: Evidence-based medicine, Health communication, Patient participation, Shared decision-making, Health literacy</p>	<p>In evidence-based medicine, communication is not merely the transfer of information; it is a foundational skill that builds trust and supports shared decision-making between patients and healthcare professionals. Effective communication enhances treatment compliance, increases patient satisfaction, and improves clinical outcomes. Health literacy is essential for enabling individuals to actively participate in decisions about their health. With growing access to digital resources, media literacy is equally important to ensure the accurate interpretation of health information. Personalized healthcare requires empathy, clarity in language, trust-based relationships, and a patient-centered approach to be fully adopted by healthcare providers. A persuasive and evidence-based communication strategy not only encourages greater patient engagement but also contributes to more efficient use of healthcare resources.</p>

GİRİŞ

Kanıt, doğruluğun ispat edilmesi anlamına gelmektedir. Doğruluğundan emin olunmayan bir hususun teyit edilmesi, yanlış olmadığına tespit edilmesi kanıtı tanımlamaktadır. Sağlık uygulamalarında kanıt denildiğinde ise akla bilimsel ve teknik süreçlerle konunun değerlendirilmesi ve belirsiz alanların ortadan kaldırılmasına yönelik adımları içinde barındırmaktadır. Sağlık uygulamaları genellikle bireyin yaşam hakkına yönelik yapıdadır ve atılacak tüm adımların şüpheye yer bırakmayacak şekilde planlanması ve uygulanması hayati zorunluluktur. Bu yapısına rağmen sağlıkta uygulamaların tam olarak kanıtı temelli olması her zaman olası değildir. Hizmeti alan ve sunan arasındaki eşitsizlik, zaman zaman kanıt temeline dayanmayan uygulamaların da birey üzerinde hayata geçirilmesi anlamına gelmektedir.

Kanıtı dayalı tıp; tanı ve tedavi sürecinde karar verirken var olan en iyi kanıtların dikkatli, özenli ve akılcıca kullanılmasını ifade etmektedir (Sincan, 2003). Kanıtı dayalı tıp; klinik kararlarda mevcut, güncel, en güvenilir bilgilerin kullanılmasını, bu bilgilerin hastanın değer ve beklentileri, hekimin klinik tecrübesi ve yargı becerisi ile birleşmesini öngörmektedir (Sackett vd., 1996).

Kanıtı dayalı tıp, hastanın tedavi süreçlerine yönelik olarak alınacak kararlarda uygulamaların en iyi kanıtlarının dikkatli, şeffaf ve akılcı kullanımınıdır (Sackett vd., 1996). Bu haliyle kanıtı dayalı tıp, tüm tıbbi süreçlerde kararların bilimsel ve teknik temellere göre alınması gerekliliğini ifade etmektedir ve güncel ve güvenilir bilgiler ışığında uygulamaların yönetilmesi esastır.

Gelişen bilgi işlem ve iletişim araçları bireylerin yoğun bilgiye maruz kalmalarını artırmış bu durum, zaman zaman tam iyilik halini tehdit eden bilgilerin sosyal düzeyde yayılmasına neden olur hale gelmiştir. Gelişen teknoloji aynı zamanda hekimlerin tanı ve tedavi kararlarını

almalarını da zorlaştırmıştır. Geçmişten daha fazla olmak üzere kanıtı dayalı uygulamalar sağlık halinin devamı için zorunluluk haline gelmiştir. Sağlıkta tedavi boyutunun ötesine daha fazla evrilen ve özellikle geliştirilmesi boyutu ile daha fazla öne çıkan sağlık hizmetlerinde sistimli bir yaklaşım ve politika oluşturma bu haliyle bir gereklilik haline gelmiştir. Bireyin daha fazla odağa alındığı bugünkü durumda hizmet alanların kanıtı dayalı iknası bir zorunluluk olmuştur. Bu çalışma kanıtı dayalı uygulamalar yoluyla bireylerin sağlık kararlarına etkin katılımlarının sağlanmasına yönelik stratejileri ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Kanıtı Dayalı Tıbbi Uygulamalarda İletişim

Sağlık hizmetlerinde etkinlik ve verimliliğin ilk adımı hasta ve yakınlarının hizmet alım süreçlerinin içine dahil olmasının sağlanmasıdır. Hastayı odağa alan bir bakış açısını geliştiren teknoloji ve yenilenen sağlık sektörü için zorunluluk haline almıştır. Sağlıkta paternal bakış açısından hizmet alanı odağa alan bir yaklaşıma evrilmesi, hastayı merkeze konumlandıran bir yaklaşımla sağlık mal ve hizmet sunumunu mecburi kılmıştır. Teknolojinin giderek sağlık hizmetlerinin içine daha fazla dahil olması hizmet sunucuları için kolaylaştırıcı işlev sunması yanında merkezde hastanın yer aldığı uygulamalar hizmet sunucuları için bazı sorunları ortaya çıkarmaktadır. Bunların başında özellikle ağ teknolojisi üzerinden bilgiye kolay erişen hastalar gelmektedir. Zira hizmetin talep tarafı sağlık hizmeti sunucularına gelmeden önce doğru ya da yanlış olduğuna bakmaksızın hiçbir denetimin olmadığı mecralarda bilgi aramakta; bulduğu bilgiler ile tutum ve en kötüsü davranış geliştirmektedir. Her şey için veri sunan yeni medya teknolojileri bu çerçevede bireysel ve toplumsal sağlık için bir tehdit oluşturma potansiyeli ile daha fazla sağlık iletişimi çalışmalarının konusunu oluşturmaktadır. Bu çerçevede günümüz hasta ve yakınlarını ikna etmek, onların sağlığını bazen onlara rağmen korumak daha yoğun biçimde ikna

odaklı bir bakış açısını zorunlu hale getirmiştir. Denetimsiz ve hızla yayılan bilgi sağlık hizmeti tüketimini artırma yanında tüm canlılar için sağlığı riske edici hususları da gündeme taşımaktadır. İkna ve hasta odaklılık kavramları esasen kanıta dayalı uygulamaları akla getirmektedir. Kanıt iknânın en etkili aracıdır ve hasta ya da yakınının tutum, inanış ve görüşlerinin değiştirilmesi günümüz uygulamalarında zorunluluk haline gelmiştir. Halkın daha fazla önemli hale gelmesinin sonucu olarak sürece dahil edilmesi zaruri olan hasta ve/veya yakınlarının kendi kararlarını vermesi mecburiyet arz etmektedir. Bu merkezci yaklaşım kaynakların etkin ve verimli kullanılması için de gerekliliktir.

Hasta Odaklı Bakım ve İletişim

Hasta odaklı bakım, sağlık hizmeti sunucuları ile hastalar ve yakınları arasında karşılıklı iletişime dayanan, birlikte karar almayı gerektiren bir anlayışla sağlık hizmetinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesi yaklaşımıdır. Hasta odaklı bakım, her demografik koşul ve sosyoekonomik statü için geçerlidir ve bu durum, her hizmet alıcının en azından temel düzeyde sağlık okuryazarı olmasını gerektirir. Zira sağlık hizmetlerinin özünde bilgi eşitsizliği vardır ve bilginin asimetrik oluşu iktidarı hizmet sunucu yönünde toplamaktadır. Sağlık bilgisinden yoksun ya da yeterli düzeyde sağlık okuryazarı olmayanlardan karar ortaklığında sorumluluk almasını beklemek her açıdan yanlıştır. Bakım en basit haliyle kişinin ihtiyaç sahibi olmasını gerektirir ve sıradan bireylerden farklı olarak yüksek sosyo-ekonomik statü sahiplerinin bile sağlık okuryazarlığı konusunda yetkinlik sorunları olduğu bilinmektedir. Hasta merkezli bakım esasen sağlık okuryazarlığı noktasında bir açmazla sahiptir ve etkili iletişimin ilk adımını anlamak oluşturur. En basit tıbbi terimleri bile okumak ya da anlamak konusunda noksanlık içinde olanların bakım almakta karar vermesi aşırı iyi niyetli bir yaklaşımdan başka bir şey değildir.

Hasta odaklı bakım ya da hizmet, sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve profesyonellerinin hastaları ve ailelerini bakım sürecine anlamlı şekillerde tam olarak dahil etmelerini gerektirir. Hasta merkezli bakım sağlamanın sağlık profesyonellerinin eğitiminin odaklanması gereken ilk temel yeterlilik olduğu vurgusu sağlık komisyonlarında ortaya konulmuştur (Long, 2013). Bu vurgu, sağlık hizmetlerinin hastaların ihtiyaçlarına ve tercihlerine göre sunulmasının açık biçimde ifadesinden başka bir şey değildir. Geline nokta hastaların ve yakınlarının sağlık karar alma süreçlerine dahil edilmesi, sağlık uygulayıcıları ve politika yapıcıları için bir öncelik haline gelmiştir ve artık önde gelen sağlık örgütleri tarafından onaylanmaktadır (WHO, 2015; NHS, 2023). Sağlık hizmetlerinde daha fazla hasta katılımına doğru kayma, bir dizi sosyo-politik değişiklik tarafından yönlendirilmiştir. 1960'larda, kadın ve sivil haklar hareketi, hastaların güçsüzleştirilmesine katkıda bulunduğu gerekçesiyle tıbbi paternalizme aktif olarak meydan okumuş ve hasta katılımının değerini ortaya koymuştur (Charles, Gafni ve Whelan, 1997). Benzer şekilde, biyoetik ve tıp hukuku alanındaki hareketler 1970'lerden bu yana hasta özerkliğine daha fazla saygı gösterilmesi gerektiğini her defasında daha yüksek sesle dile getirir olmuştur (Beauchamp ve Childress, 2001). Günümüze geldikçe artan kararlara katılım, bilgi teknolojisindeki aklın sınırlarını zorlayan gelişmeler ve internet aracılığıyla sağlık bilgilerine daha fazla açık erişim daha zor tıbbi süreçleri doğurmuştur (Eaton, 2002). Daha fazla katılım ile beklenen esasen daha etkin sonuçlardır (O'Connor ve diğerleri, 2003).

Hastaların ve yakınlarının iknasını önceleyen hasta odaklı hizmet sunumu, yalnızca tıbbi müdahalelerin doğruluğuna değil, aynı zamanda etkili iletişime de gereklilik sonucunu yaratır. İletişimi odağa almaya gerektiren yeni durum, aynı zamanda delillerle iknayı ortaya çıkarır. Kanıta dayalı tıp (KDT), en güncel ve güvenilir bilimsel kanıtlar ile hasta ile etkili iletişim felsefesi

ile süreci yönetmek demektir. Kanıta dayalı tıbbi süreçler elbette klinik uzmanlık ve hasta değerleriyle birleştirilerek sağlık hizmetlerini yönlendiren bir yaklaşıma dayanır (Boykins, 2014). Bu süreçte hastaların sağlık hizmetlerine aktif katılımını sağlamak ve bilinçli kararlar almasını teşvik etmek için etkili iletişimin tüm sağlık profesyonelleri tarafından içselleştirilmesi gereklidir (Henly, 2016). Boykins'e (2014) göre, etkili iletişim hastalar ve bakım sağlayıcıları arasında iki yönlü bir süreç ile görüşmeyi yönetmeyi akla getirir. Etkili iletişime ilişkin detaylar ilerleyen sayfalarda verilmektedir. Ancak en basit haliyle görüşmede her iki tarafın eşit şekilde iletişime katıldığı, tarafların birbirlerinin sözünü kesmeden konuştuğu ve dinlediği iletişim desendir. Eşit katılım, adil süre kullanımı için ise öncelikle fikirlerin açık olmasına, savunmacı olmayan açık bir iletişim anlayışına gerek olduğu belirtilmelidir. Karşılıklı bilgi alışverişinde bulunmak ve diğerlerinin ne demek istediğini tamamen anlamak için ise sağlık okuryazarlığı temel gerekliliktir. Henly (2016), klinik etkileşimlerde etkili iletişimin zorunlu olduğunu ileri sürer ve sağlık ve hastalığın yaşam kalitesini etkilediğini, dolayısıyla sağlık iletişiminin kritik öneme sahip olduğunu ileri sürer. Hasta merkezli yaklaşımda ayrıcı unsurun iletişim olduğunu savunur ve bakımın bireyselleştirilmesi ve hastanın sağlık endişelerine duyarlı olunmasının etkili sağlık sonuçlarına ulaşmak için temel olarak görür.

Gelişen bilgi ve iletişim teknolojileri katılım için hasta ya da yakınını daha istekli olmaya güdülemiş, bu sayede katılım da artmıştır. Artan katılım, kaçınılmaz olarak doktorların ve hastaların görüşmede bir rol değişimini, beklentilerde ve ilişkilerde farklılıkları yaratmıştır. Geleneksel paternalist yaklaşımda, doktor baskın bir roledir ve hasta adına kararlar alabilme iktidarına sahiptir. Süreçte hasta edildir ve sadece "tabi" olmakla mükelleftir (Emanuel ve Emanuel, 1992). Değişen koşullar giderek daha katılımcı bir hasta yapısını yaratmıştır. Hastaların daha 'aktif' bir role evrilmeleri sonucunu

yaratan bu dönüşüm, hastaların ve doktorların ortaklık içinde çalıştığı, bilgi alışverişinde bulunduğu, her ikisinin de tercihlerini ayrıntılı olarak açıkladığı ve ardından seçeneklere birlikte karar verdiği paylaşımlı karar alma yaklaşımıdır (Charles, Gafni ve Whelan, 1999). Hizmet sunucuları ve hastalar arasındaki saygı ve bağlı önemli kılan yeni tip terapi modellerinde açık iletişim yoluyla belirsizliği azaltmak ana motivasyon olmalıdır. Bilgilenmek ve aktif katılmak yoluyla karar alma sürecinin odağına konulanan hasta, sorumluluk alır hale gelmiştir. Yeni tip hastanın ilaç ve tedavi planlarına uyumu da aslında bu sayede artırılabilir.

Etkili sağlık hizmet sunucusu ile hasta iletişimi hastayı sürece dahil ederek etkili bakım sonuçlarına erişmek ekseninden hareket eder. Hasta merkezli yaklaşımda iletişim, aslında pazarlamadaki müşteri odaklılıktan hareket eder. Kişiyi merkeze alan yaklaşım pazarlama iletişimi açısından "müşteri velinimettir" anlayışının kutsandığı bir felsefeye sahiptir. Ancak konu sağlık hizmeti olunca hem müşteri nitelemesi hem de eksik bilgi ile karar almaya zorlamak sektör açısından önemli risklere neden olabilmektedir. Hastaları ve ailelerini bakım ihtiyaçları hakkında karar alma süreçlerine aktif olarak katılmaya ve müzakere etmeye davet eden ve teşvik eden bir süreç kutsansa da konu müşteri gibi ekonomik eksene çekildiğinde bilinçli olma hali elzem olmaktadır. Açık iletişim sağlık hizmetleri açısından tavsiye edilir olsa da iletişim önce tıbbi terminolojiden haberdar olmaya ihtiyaç duyar. Bilgi, sağlık hizmetlerinde en belirgin güçtür ve bakım planlarının, sağlık talimatlarının ve hizmet sunucularının ifade ettiklerinin anlaşılması önce bilmeyi gerektirir. Hasta merkezli bakım ve iletişimin birbirine bağlı doğası göz önüne alındığında, hasta merkezli bakım ve iletişimin engellerinin ortadan kaldırılması gerekliliktir.

Hasta merkezli bakım ya da ortaklık modeli, hastaların ve doktorların çabaladığı bir yaklaşım olarak anılsa da dar bir şekilde hastaların tedavi

seçenekleri arasında seçim yapmasına odaklanma eğilimi, katılımın daha 'incelikli' yönlerini kabul etmekte başarısız olur (Entwistle ve Watt, 2013). Hastalar farklı statü ya da yetkinliklerine göre değişik rol tanımlamaları yapmışlardır. Rol tanımlama yanında seçimlerde bilmekle eş doğrultulu bulunmuştur. Hastanın süreçteki rolü hakkında nasıl hissettiği gibi katılımın daha geniş yönleri de bu değişkenlerden etkilenmiştir. Karar alma sürecine daha fazla katılım, karmaşık sağlık bilgilerini anlamak ve tercihlerini ifade etmek için hastanın okuryazarlık becerilerine daha fazla talepte bulunur. Özellikle düşük eğitim ve okuryazarlığa sahip bazı hastaların sürece katılımda zorluk çekebileceği konusunda artan bir endişe vardır. Düşük okuryazarlık, çoğu gelişmiş ülkelerde yaygındır ve okuryazarlık becerilerinin yüksek olması daha aktif katılım ve etkin süreç yönetimi anlamına gelmektedir. Düşük okuryazarlık, göreceli sosyal konumları, eğitim yeterliliklerinin eksikliği ve sınırlı istihdam fırsatları nedeniyle zaten dezavantajlı olan nüfuslar arasında daha da dezavantajlı hale getirmektedir.

Sağlık Okuryazarlığı ve Kanıtları Yorumlama

Okuryazarlık ve sağlık arasındaki ilişkiye olan ilgi, sağlık okuryazarlığı kavramının geliştirilmesine yol açmıştır (Nutbeam, 2008). Sağlık okuryazarlığı, 'bireylerin uygun sağlık kararları almak için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi' olarak tanımlanmaktadır (Tıp Enstitüsü, 2004). Ancak bazı uzmanlar sağlık okuryazarlığının sadece bilgi okuma yeteneğinden daha fazlası anlamına geldiğini; bir sağlık uzmanıyla etkileşime girme ve günlük durumlar üzerinde daha fazla kontrol sağlama yeteneğini de kapsadığını ileri sürmektedirler (Nutbeam, 2000). Sağlık okuryazarlığı, bireyler açısından tam iyilik halinin devamı ve geliştirilmesi için önemli bir kavram olarak giderek daha fazla ilgiye mazhar olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne

(WHO) göre, sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma kabiliyetleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal becerileri sağlık okuryazarlığını tanımlamaktadır Sağlık okur-yazarlığını, bireylerin uygun sağlık kararlarını almada ihtiyaç duydukları sağlıkla ilgili temel bilgileri en basit haliyle okuyabilme, anlayabilme becerisidir (Şahin ve Taşkaya, 2016).

Sağlık okur-yazarlığı, tüm toplumları ilgilendiren bir kavramdır. Ancak dünya üzerinde sağlık okur-yazarlığını ölçmeye yönelik yapılan ulusal düzeyli çalışmalarda, genel olarak sağlık okur-yazarlığının düşük olduğu tespit edilmiştir. Örneğin Amerika'da 2003 yılında yapılan bir araştırmada, nüfusun %36'sının sağlık okur-yazarlığının düşük olduğu saptanmıştır (Kutner ve diğ., 2006: 10). Avrupa ülkelerinin %47'sinin sağlık okur-yazarlığının sorunlu ve yetersiz olduğu bulunmuştur. Türkiye'de 2014 yılında 4924 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada ise, toplumunun %64,6'sının sağlık okuryazarlığı düzeyinin sorunlu ve yetersiz olduğu saptanmıştır. Buna göre Türkiye'de üç kişiden ikisi, Avrupa ülkelerinde 2 kişiden bir, Amerika'da ise 3 kişiden biri sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olarak saptanmıştır (Şahin ve Taşkaya, 2016).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmetini alanların arasındaki iletişimin esas unsurudur ve sorumlulukların paylaşılmasında ya da hastanın kararlara katılabilmesinde ilk etkili unsurdur. Hizmeti sunan ile alanların iletişim esnasında birbirini daha iyi anlamalarına katkıda bulunur. Görüşme ya da tıbbi karşılaşmada bilgileri bazen sadece anlamak değil, bilgilerin doğruluğunu ve güvenilirliğini başka kaynaklardan doğrulamak da bununla ilgili bir kavramdır. Yukarıda da ifade edildiği gibi hastalar artık geçmişte olduğu gibi pasif değil aktif moddadır ve hatta en yüksek meblağların döndüğü bir sektörde müşteri rolündedir.

Sağlık okuryazarlığını sağlık hizmetlerinin etkililiğinde esas husus olarak değerlendirmek-

tedir. Sağlık okuryazarlığı, işlevsel sağlık okuryazarlığı ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi belgeleyen birçok çalışma ile gündemde gelmiştir. Daha düşük işlevsel sağlık okuryazarlığına sahip hastaların önleyici sağlık faaliyetlerine daha az katıldıkları (Miller, Brownlee, McCoy ve Pignone, 2007) saptanmıştır. Eğitim ve işlevsel sağlık okuryazarlığı becerilerinin hastaların karar alma sürecine katılımı için gerekli olduğu görülmektedir. Lupton (1997), düşük sosyo-ekonomik gruplardan gelen yetişkinlerin daha fazla saygı duymaları nedeniyle doktorun tavsiyesini daha kolay kabul ettiğini, yüksek sosyo-ekonomik gruplardan gelenlerin ise doktora soru sorma konusunda daha rahat görüldüğünü bulmuştur. Düşük okuryazarlığa sahip hastaların soru sormada zorluk çektikleri ve doktorların onları dinlemediği de saptanmıştır (Roter, Erby, Larson ve Ellington, 2007). Hizmeti sunan ile alan arasındaki etkileşimini açıklamak için bir dizi sosyal ve dilsel bilgi düzeyine gerek vardır özellikle kanıtları yorumlamada sağlık okuryazarlığı elzemdir. Özellikle doktor ile hasta arasındaki statükoyu ve güç ilişkilerini dengelemek için kanıtlar son derece önemlidir. Kanıtları okumak ve yorumlamak ise en temel düzeyde işlevsel sağlık okuryazarlığını gerektirir. Özellikle yeni medya dolayimli teknolojiler işlevsel sağlık okuryazarlığı yanında yeni medya okuryazarlığını da gerektirir. Yaşanan COVID-19 süreci temel teknoloji okuryazarı olmayanların var bile kabul edilmediği bir süreci deneyimle göstermiş; her bir bireyi zorunlu teknoloji okuryazarı olarak kabul ederek politika ve uygulamaları hayata geçirmeye neden olmuştur. İşlevsel sağlık okuryazarlığı yanında yine en az bu düzeyde teknoloji okuryazarlığı günümüz sağlık hizmetleri için kaçınılmaz şartlardır.

İnsanların kendilerine sunulan hizmete müdahil olmaları, koşullara yönelik sorumluluk almaları, verilecek kararlara ortak olmaları sağlık ve yeni medya okuryazarı olmalarına bağlıdır. Bireylerin sağlık konulu paylaşımlarda kararlara müdahil olmaları, uzun vadeli sağlık planı

yapmaları, sağlıklarını geliştirebilmeleri bilgiyi anlama, yorumlama ve eyleme geçme becerisi gerektirir. Kanıtlar ise katılım ve karar almada en önemli kilometre taşlarıdır. İnsanları kendi sağlık ve bakımlarına dahil etmek, önce onların güven duymalarını gerektirir. Bireyi kendi bakımına ortak kılan esasen hizmet sunucusunun iktidarı paylaşma arzusudur ve karar için delillerin yorumlanmasına gerek vardır. Karar için ise farklı seçenekler olmalıdır ve bu seçenekler arasında tercih yapmak için yol ya da yöntemlerden birinin diğerine üstünlüğünün ispatı gereklidir. İspat beraberinde bilgi paylaşımı demektir ve tıbbi ya da tıbbi olmayan destek için önce ihtiyacın ifadesi şarttır. İhtiyacın ifadesi de okuryazar olmayı gerektirir. İhtiyaçların belirlenmesi, seçeneklerin tartışılması, eylemlerin planlanması, sağlığın bu çerçevede korunması ve geliştirilmesi de sağlık bilgisine sahip olmaya ihtiyaç duyar. Paylaşılan karar alma, sağlıklarında bir değişiklik yaşayan kişilerin, testleri, tedavileri, yönetimi veya destek paketlerini seçmek için klinisyenlerle birlikte çalıştığı bir süreçtir. Bu, mevcut en iyi kanıtlara ve bireyin bilgilendirilmiş tercihlerine dayanır.

Ortaklık kurma, terapötik ilişki ve iletişimde karar alma, kanıta dayalı bilgileri içermesi gereken bir konuşma veya konuşma dizisidir. Bu, hiçbir şey yapmamak da dahil olmak üzere tüm seçenekleri, bu seçeneklerin riskleri ve faydaları hakkında bilinenleri, karar desteği ve seçilen eylem yolunu kaydetme ve uygulama aracıyla birlikte içermelidir. Birden fazla seçeneğin olduğu herhangi bir kararda, kişinin riske karşı tutumu gibi değerleri ve tercihleri, hangi seçeneğin takip edileceğine karar vermede klinik kanıtlar kadar önemli olabilir. İnsanların hayatları, sağlıkları ve refahları üzerinde kontrole sahip olduklarını hissettiklerinde ve bakım, destek ve tedavilerini kendileri için önemli olan şeylere uyacak şekilde şekillendirebildiklerinde dönüştürülebilir. İnsanlar sağlıkları ve bakımları ile ilgili kararlara dahil olduklarında kişisel tercihleri ve hedefleriyle uyumlu hizmet erişim, destek veya tedavi

paketlerini seçme yönünde yetkinliğe de ulaşırlar. Karar destek araçları hastaya bu kapsamda tercih yapmayı kolaylaştıran tüm enstrümanları tarif eder ve bunun için günümüz sağlık sistemleri bireylere eşsiz olanaklar sunar. Buna göre e-nabızdan sağlık kurumlarının karara yönelik bilgilendirici içeriklerine kadar geniş bir yelpaze karar destek araçları olarak hizmet sunarlar.

Karar destek araçları, hastanın karar alma sürecine katılımını artırmanın tek yolu olmasa da iyi tasarlanmış karar destek araçlarının hasta bilgisini artırabileceği, hastanın karar alma sürecine katılımını destekleyebileceği ve karar çatışmasını azaltabileceği konusunda fikir birliği vardır (Stacey, Samant ve Bennet, 2008). Bilgilendirilmiş hastaların bakımlarına aktif olarak katılma, daha akıllıca kararlar alma, doktorlarıyla ortak bir anlayışa varma ve tedaviye daha fazla uyma olasılıkları daha yüksektir. Hastalara kanıt iletmeyen pratik, ilişkisel ve etik hedefleri vardır. Bilgilendirilmiş hastaların bakımlarına aktif olarak katılma, daha akıllıca kararlar alma, doktorlarıyla ortak bir anlayışa varma ve tedaviye daha fazla uyma olasılıkları daha yüksektir. Tıbbi kanıtlar ve hizmet sunucular tarafından bilgilendirilen aktif hasta tercih konusunda daha yüksek motivasyona sahip olacaktır. Karar almaya yöneltme ve hastaların kanıta dayalı karar yardımcılarını kullanması etkili bir sağlık eğitimi gerektirir. Sağlık eğitiminin ise nihai hedefi sağlık okuryazarı bireyler yetiştirmektir. Bu sayede kişiler tıbbi süreçlerde daha güçlü olurlar, seçenekler hakkında daha fazla bilgiye erişebilirler, her bir seçeneğin yarar ya da zararına ilişkin etkin çıkarımlarda bulunabilirler. Sağlık bilgilerini istenen düzeyde alımlayan ve yorumlayan bireyler en başta kanıtın niteliğini anlar, tedavi seçeneklerinin ve tarama önerilerinin etkililiğini sorgular, bu sayede olası riskleri minimize eder. Aslında bu sayede sağlık kaynaklarının etkililiği ve verimliliğine de dolaylı olarak katkıda bulunulabilir. Buna göre gelişmişlik ile sağlık ve teknoloji okuryazarlığı arasında iki yönlü pozitif bir korelasyon vardır.

Yeni medya, yarattığı etkileşim ağı ile daha fazla bireyi yalnızlaştırmakta ve daha bağımsız bir yapıya evirmektedir. Sosyal medya ile gerçek ile sanal yer değiştirmiş; insanların eyleyiş, düşünüş, yaşayış biçimleri de farklılaşmıştır. Kişilerin sanal biçimde bağlı ama bağımsız hale gelmesini dikte eden yeni medya, yalnızlığa bir çözüm olarak öne çıkarılan mecralar vurgusuyla son zamanlarda akademik çalışmalara daha çok konu olmaktadır. Sosyal izolasyonla başa çıkmakta bir çare olarak konumlandırılan yeni medya konusunda özellikle yaşlıların dezavantaja sahip toplum kesimi oldukları da ortadadır. Yeni medya içeriğini kullanabilmekteki teknik becerilerinin eksikliği, algılama, güncellemele-re uyum sağlama ve yarar odaklı kullanmada ortaya çıkan sorunlar, hasta ile iletişimde de aşılması gereken sorunlar olarak ortaya çıkmaktadır. Bir aracı kullanmakta teknik beceri yanında onun iletilerini anlamlandırma, yorumlama, analiz etme yeteneklerinin benimseme üzerindeki etkisi düşünüldüğünde yeni medya okuryazarlığı kavramı önemli hale gelmektedir. Yeni medya, teknik ve teknolojik gelişmelerdeki sürekliliği ve sürekli devinimi ifade eden biçimde her daim güncel kalma zorunluluğunun sonucu olarak toplumların yaşantısının başköşesine konumlanmıştır. Yeni medya, yaşlı izleyicileri pasif ve televizyon karşısında oturan bireylerden aktif, hayatın içinde ve yaşamın her yerinde dinamik olma zorunluluğu taşıması gereken kullanıcılara dönüştürdü. Yeni medya, ağ temelli alt yapı üzerinden işleyen, bilgi işlem ve haberleşme sistemlerini içine alan, bireylerin mobilize olmasına imkân sunan, sayısal dili kullanarak geleneksel kitle iletişim biçimlerini de bünyesine eklemeyen tüm araçları kapsamaktadır. Yeni medya, ses ve görüntüyü birleştirerek, ileti alışverişinde önemli avantajlara sahiptir. İnsanların birbirleriyle etkileşimini ve özellikle yaşlılar ile toplum arasında etkileşimi sağlamaktadır. Yaşlılıkla birlikte artan yalnızlık sorunlarıyla başa çıkmada yeni medya sosyal etkileşim ve bilgi alışverişi potansiyelini artırmaktadır. Yeni med-

ya, sosyal ağlar, e-posta, web siteleri, sohbet odaları, anlık mesajlaşma ve görüşme platformları ile bunları bir arada sunan mobil teknolojilerden oluşur. Yeni medya, geniş bir alanı içine almaktadır ve her bir yeni mecranın kendine has özellikleri ve kendine özgü kuralları vardır. Farklı iletişim biçimleri, farklı sosyo-ekonomik kullanım koşullarına tabidir, toplumdaki her birey yeni medya teknolojilerini kullanmayabilir ya da kullanamayabilir. Gazete, televizyon ve radyo gibi geleneksel medyanın tek bir dijital cihazda bir araya gelmesi olarak tanımlanabilecek yeni medya, özellikle yaşlılıkta izolasyon seviyesini en aza indirir ve katılımcılar arasında anında etkileşim olanağı sunar. Yeni medya, kitle iletişimini salt ileti aktarımı boyutunun ötesine evirmekte; eğitim, hukuk, bankacılık sistemleri, siyaset ve sağlık gibi çok sayıda alanın iş ve işlemlerini yapabilmek için zorunlu bir alan olarak öne çıkmaktadır. Yeni medya, bilgi ve iletişim teknolojisi sistemlerine yüksek düzeyde bağımlıdır ve bu sistemlerdeki her bir aksaklık ya da ihmal, kişi ve toplumları etkileme kabiliyetine sahiptir (Bulduklu, 2023). Medya okuryazarlığı geleneksel manada kitle iletişim aracının içeriğine erişme, bunu araç olarak kullanma, değerlendirme, anlama ve yorumlama becerisi olarak tanımlanmaktadır (Hobbs, 2010). Bu çerçevede yeni medya okuryazarlığı, dijital temelli ortamlarda yayınlanan içerikleri kullanma; anlama, yorumlama, değerlendirme, geliştirme ve kişisel veriler zarar görmeden içerik üretebilme becerisi (Davies vd., 2011) olarak tanımlanabilir. Medya okuryazarlığı, bugünün dijital toplumlarında herkes için temel bir beceri olmak zorundadır. Medya okuryazarlığının katkıda bulunduğu üç temel alan vardır (Livingstone vd., 2005):

- Demokrasi, katılım ve aktif yurttaşlık,
- Seçim, rekabet gücü ve bilgi ekonomisi,
- Yaşam boyu öğrenme, kültürel ifade ve kişisel tatmin

Yeni medya okuryazarlığı becerisinin en az temel düzeyde olması, bir diğer deyişle onu amacına uygun bir araç olarak kullanabilecek teknik bilgiye; oradaki içeriklerin yarar ya da zarara yol açabileceğinin bilinciyle onu kullanabilmek, bu çağ için bir gereklilik halini almıştır. Hastaların belirli sorunlardan kaynaklı olarak yeni medya içeriğini anlama, analiz etme ve değerlendirmede aşırı anlam yükleyen tutumları sağlık üzerinde sorunlara da neden olabilmektedir. Artık teknoloji olmaksızın hayat sürmek neredeyse olası değildir ve tüm tıbbi kanıtların aracısı da bu araçlardır. Reçetelerin, tetkik ve raporların bu araçlar üzerinden takip edildiği, aşılanmanın denetimlerinin bu araçlara gönderilen kodlarla yapıldığı düşünüldüğünde yeni medya okuryazarlığı ayrı bir çalışmada değerlendirilecek kadar geniş bir kon olduğu görülmektedir.

Sağlık İletişimi ve İkna

İnsanlar karar verme sürecinde farklı tutumlara sahiptirler ve değerlendirme süreci, seçeneklerin sayısı, algılanan yarar, ödül beklentisi, güven, bilinmezlik ya da belirsizlik düzeyi gibi değişik etmenler kararın alınışını etkileyen unsurlardır. Her düzeyde karar vermek olası belirsiz alanların niteliğini ve niceliğini veya riskleri minimize etmek motivasyonundan hareket eder. İşte bu noktada özellikle ikna devreye girer ki alternatifler arasında seçim yapmak söz konusu olduğunda ikna zorunlu bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. İkna iletişimin ilk hedefidir ve iletişimin deyim yerindeyse çekirdek ögesidir. İletişimin başlamasında sürdürülmesine kadar tüm süreç adımlarının temel ögesi ikna etmektir. Biri ile sözel iletişim göz önüne alındığında ilk akla gelen şey onun diğer iletilerden koparılması ve en başta zamanını karşısındakine ayırması ilk adımdır. Bunun için de kişinin sözel iletişime razı edilmesi gerekmektedir. Gelinen noktada kişilerin çok sayıda ileti arasından mesajı alımlaması bile bir karar verme sürecidir ve karara iten de yine iknadır. İkna için seçici algıya seslenmek de iletişim kurmanın temelinde yer alır.

İkna insanlık ve iletişimin ilk formları için bile belirleyici unsur olmuştur. MÖ 4.yüzyılda Aristo'nun yazdığı ve iknanın yolları üzerinde tavsiyelerde bulunduğu Retorik adlı eser düşünüldüğünde kavramın geçmişi ve insanlık için ifade ettiği değer daha net anlaşılabilir. En temel haliyle ikna, iletinin hedefte beklenen etkiyi yaratması için onun inanışında, tutumunda, görüşünde ve nihayet eyleminde değişikliğe yol açmaya yönelik rıza oluşturma sürecidir. Buna göre ikna hedefte gönüllülük yaratmaya yönelik rıza oluşturma işidir. Elbette bunu yaratmak önce hedef kitleyi tanımayı gerektirir. Hedefi tanımak ise o kişi ya da gruba ilişkin bilgiye erişmek anlamına gelmektedir. İkna her zaman gönüllük çerçevesinde ve demokratik ortamda işler ve aksi durum baskı yoluyla tahakküm kurmak anlamına gelir. Dolayısıyla sağlık hizmet sunumunda her türden dengesizlik ya da dengenin kaybına yönelik algı iknaya değil tahakküme hizmet eder.

İkna kişi ya da grupları eyleme yöneltme hedefine doğrudan ve nihai hedef olarak yönelmeyi gerektirir ve hedefte beklenen tutumu oluşturmak eylemselliğin ilk adımıdır. İkna sadece sözel boyuta odaklanmak ile başarılabilecek bir hedef değildir. Söz ile söz dışının etkili kullanımını olmadan beklentiye ulaşmak olası değildir. İletişimcilerin tavrı, tarzı, duruşu, beden dili ile sözün uyumu gibi çok sayıda unsur iknaya giden amacın en önemli adımlarını oluşturur. Kaynak bu yolla karşı tarafa güven telkin eder ve iletişim de kaynak güvenilirliği güvenin en belirgin boyutuna karşılık gelir. İletişim tek taraflı bilgi aktarımı değildir ve onun karşılıklılığı iletişimi süreç haline getirir. Sağlık hizmetlerindeki karşılaşmalarda iletişimin bütünsel değerlendirmesi olmadan rızanın inşa edilmesi olası değildir. Buna öncelikle sağlık iletişiminin temel çerçevesini tanımlamak yoluyla katıda bulunmak ve anlaşılır olmak önemlidir.

Sağlık iletişimi en basit haliyle konusu sağlıklı olan tüm mecralardaki anlam paylaşımıdır. Konu hasta ve doktor ilişkisi bağlamında ele

alındığından kişilerarası sağlık iletişimi, kitle iletişim araçları olduğunda kitlesel sağlık iletişimi adını almaktadır. Kişilerarası boyutta sağlık iletişimi hizmeti alan ile sinan arasındaki bilgi alışverişi olarak (Bulduklu ve Koçak, 2010) değerlendirilebilir. Bu çift yönlü iletişim, bireylerin anlam paylaşımıdır ve araştırmalar, etkili iletişimin sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve kalitesinin artırılması için kritik öneme sahip olduğunu göstermektedir (Bulduklu, 2015). Sağlık hizmet sunumunda etkili iletişim için bazı temel unsurların altı çizilmelidir. Bunlar (National Cancer Institute, 2001):

•**Medyanın doğru anlamlandırılması becerisi:** Yukarıda ifade edildiği şekilde medya okuryazarlığı bu kapsamdadır ve hedef kitleye hangi medya kanalları ile iletinin aktarılacağına kararını vermek etkili iletişim stratejilerinin ilk aşamasını oluşturur. Medya okuryazarlığı, kitle iletişim araçlarına erişme, iletileri anlama, yorumlama ve kullanabilme yeteneğidir. Sağlık içeriklerinin etkili bir şekilde kullanılabilmesi için temel düzeyde medya okuryazarı olmak önemlidir.

•**Medya savunuculuğu:** Medyanın karar alma süreçlerini etkileme gücünü kullanmayı içerir. Medya, özellikle toplumsal sağlık konularında politikaları yönlendirebilir ve belirli konulara müdahale ederek çalışmalarını şekillendirebilir. Bu sayede, sağlığı etkileyen sosyo-politik ortamlar üzerinde etkili olunabilir. Sağlığı olumsuz etkileyebilecek unsurlara erişimin engellenmesi için yasal düzenlemeler yapılması konusunda medya kuruluşlarıyla iş birliği yapılabilir.

•**Halkla ilişkiler:** Hedef kitlenin bir konu, kurum veya marka hakkındaki görüşlerini yönetmeyi amaçlar. Hedefte sempatiye odaklanan halkla ilişkiler, kamuoyunda güven oluşturarak ikna etmeye odaklanır ve iki yönlü iletişim yoluyla bunu başarmaya yönelik sistemli çabalarıdır. Bir sağlık sorunu hakkında kamuoyunu bilgilendirmek, bireysel ve toplumsal odaklı halkla ilişkiler faaliyetlerini gerektirir.

•**Sağlık Reklamcılığı:** Aslında iki birbiri ile çelişen kavram, sağlık geliştirme amaçlı olarak bir araya getirilebilir. Bir ürün veya hizmetin satın alınmasını sağlamak amacıyla bilgi verme, farkındalık yaratma, algıyı şekillendirme, ikna etme ve harekete geçirme amacıyla medyayı bedeli mukabilinde kullanmak reklamcılığı tanımlar. Sağlıkla ilgili bir hizmet, cihaz veya ürün hakkında farkındalık yaratmak için kamuoyuna iletilecek mesajların medya kanallarında veya halka açık alanlarda ücreti karşılığında sunulması reklam iletişimini gerektirir.

•**Eğitim:** En etkili mecra giderek ve daha fazla gündem olarak medya haline gelmiştir. Özellikle yeni medya inanılmaz bir eğitim platformuna dönüşmüştür ve insanlar artan oranda eğlenceye yöneldikçe eğlence sırasında eğitim veya algı biçimlendirme daha kolay hale gelmiştir. Sağlık konusunda farkındalık yaratacak ve sağlıklı yaşamı teşvik edecek mesajların da bu yolla yayılması sağlık içerikleri kampanyalar açısından üzerinde ısrarla durulması gereken hususların başında gelmektedir. Toplum tarafından gözlemlenebilen etkinlikler aracılığıyla iletilerin aktarılmasını sağlamak sağlık iletişimi açısından çok önemlidir. Eğitim, tutumları değiştirme ve davranışları yönlendirme konusunda en etkili yollardan biridir. Eğlendirici içeriklerle sunulan eğitimler, sağlık değerine ilişkin farkındalığı artırır. Örneğin, alkol ve madde bağımlılığının zararlarıyla ilgili dizi ve filmlerde bahsedilmesi, hedef kitleye mesajı eğitim ve eğlence yoluyla aktarmanın bir yoludur.

•**Anlam yaratma:** İletişim anlama ve anlatma yoluyla anlamların paylaşımıdır. Sağlık davranışını hedefleyen eğitimler ya da kampanyalar da anlama odaklı olarak bireyleri etkileme girişimleridir. Anlam için rıza ya da gönüllü katılım önemlidir. Zira anlam ortaklığı eşit temsil ile olasıdır. Bireylerde davranış değişikliği hedefleyen sağlık kampanyalarında ikna anlamı paylaşmak ile mümkündür. Sağlık davranışı değişikliği ortak düşünce dünyası da bu yolla yaratılır. Anlaşmayı

hedefleyen bir iletişim tasarımı, katılımcı desteği almak için önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda iletişim ve özellikle hekimin tutumu son derece önemlidir. Hasta ya da yakınına karşı sıcak ve samimi bir etkileşim kurabilen, onlarla aynı dili konuşabilen profesyonellerin malpraktis gibi hususlara muhatap olma olasılıkları düşüktür. Hastanın duygu ve davranışlarını anlayabilen, geribildirimleri yorumlayabilen kişiler mesleki tatmin konusunda da eşsiz fırsatlara sahip olurlar. Hasta ve hizmet sunucusu arasındaki ilişkinin önemini vurgulayan sekiz temel nokta mevcuttur. Bunlar (Roter ve Hall, 2006):

•**İkna edici iletişim:** Hastaların rahatsızlıklarını ifade etmeleri ve sağlık personelinin gerekli bilgilere ulaşabilmesi için iletişimin etkin bir şekilde ikna odaklı yönetilmesi gerekir. İletişimin kalitesi, hizmet kalitesini doğrudan etkiler ve bu durum her iki tarafın çabasıyla sağlanır. İkna edici iletişimde hekimin uzmanlığı yanında hastanın kendini ifade etmesine olanak tanıması elzemdir.

•**Bilgi iktidarının paylaşımı:** Hastalar, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarını iletişim yoluyla aktardıklarında, bilginin dengelenmesi sağlanır. Hasta kendi durumunun en iyi açıklayıcısıdır ve kendi koşullarının uzmanıdır. Durumu hakkında bilgiyi paylaşımsal bir ortamda aktarması hizmet etkililiğini sağlayacaktır.

•**Çerçevenin sınırlandırılması:** Hastalar, sağlık sorunlarını aktarırken öncelikli ve temel sorunlarına odaklanmalıdırlar. Kontrolsüz aktarım zaman israfıdır ve onların konu çerçevesinde kalması için sınırlandırma etkililik için gerekliliktir. Sorunların sınırlandırılmaması, asıl meselenin gözden kaçmasına neden olabilir ve bu taraflar için etkinsizlik anlamına gelir.

•**Sözel iletişimi etkili kullanmak:** Sağlık sektöründe, sağlık personelinin sözel iletişim becerileri büyük önem taşır. Hizmet veren, sorunları aktarırken açık ve anlaşılır bir dil kullan-

malı, uzmanlık alanına odaklanarak konudan sapmamalıdır. Sözü etkili kullanmak doğru kelime seçme yanında bağlam ve hedef ile uyumlu kodlamayı da gerektirir.

•**Empati:** Hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişim sadece sözel değil, aynı zamanda duygusal unsurları da içerir. Sağlık kuruluşları, iletişim stratejilerini geliştirirken empati yeteneğini ön plana çıkarmalıdır.

•**Açık ve anlaşılır dil:** Tıbbi terminoloji boş geçen görüşme anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinde iletişim, her iki taraf için de açık ve anlaşılır olmalıdır. İletişimi başlatan kişi, mesajını dikkatlice ifade etmeli, böylece karşı tarafın konuya yoğunlaşması sağlanmalıdır.

•**Beklentilerin bilinmesi:** Sağlıkta iletişim, her iki tarafın beklentilerini karşılayacak düzeyde olmalıdır. Hem hizmet sunan hem de hizmet alan, kendilerini özgürce ifade edebilmelidir. İletişim modeli, hastaların fiziksel ve kültürel özelliklerine göre uyarlanmalıdır.

•**Güven:** İletişim, hasta ve hizmet sunucusu arasındaki etkileşime odaklanmalıdır. Bu etkileşim, iki taraf arasında bir güven ilişkisi oluşturmalıdır. Güvene dayalı bir etkileşim, tedavi sürecinde karşılaşılabilecek sorunların aşılmasına yardımcı olur. Her iki tarafın da bu etkileşimde aktif rol alması önemlidir.

Sağlıkta iletişim, kanıtlara dayalı bir yaklaşımla alternatifleri inceleyerek ve oradan bir yol seçerek sorunları çözmeye yönelik iki yönlü bir süreçtir. Genellikle hizmetin yararlanıcıları sağlık konulu etkileşim hakkında temel gerçekler hakkında yetersiz bilgiye sahiptir ve hizmetin sunucuları hastaların bilmesi gerektiğini düşündükleri ile hastaların bilmek istedikleri arasında ayrıma odaklanmak zorundadır. Daha fazla bilgi daha çok paylaşım ya da daha etkili anlam ortaklığı anlamına gelmez.

Kanıt Dayalı İletişim ve Tedavi Sonuçları Üzerine Etkisi

İletişim, hasta ile sağlık hizmet sunucusu arasında gerçekleşen anlama, anlatma ve nihayet anlaşma sürecidir. İki yönlü ve tarafların sosyo-kültürel özellikleri ile şekillenen iletişim, terapötik ilişkinin kurulması, sürdürülmesi ve etkili sağlık sonuçları için son derece önemlidir. İki yönlü olması iki tarafın da iletişim becerilerinin gelişmiş olmasına ihtiyaç duyar. Etkili iletişim, terapötik ilişkide taraflar pozitif bir algının gelişmesine yardımcı olur. Ayrıca anamnez alma aşamasında hasanın kendini rahat hissetmesi yoluyla doğru girdi etkili çıktı hedefine katkıda bulunur. Doğru teşhis için doğru bilgiye ihtiyaç vardır. Doğru bilgi ancak doğru iletişim ile alınabilir. Hastanın tedavi protokollerini anlamasını, kabullenmesini, tutum değişimini ve davranışların benimsenmesini sağlar. Etkili iletişim ile taraflar sorumluluklarını bilirler ve bu çerçevede eylem geliştirirler.

Tıbbi kanıtlar doğru biçimde aktarıldığında iletişim anlamında güvenin tesisi daha kolay olacaktır. Hasta ya da yakınına olası tercihler için seçeneklerin dengeli bir şekilde sunulması ve kanıtlar arasında yönlendirici bir üslup yerine tercihin tümüyle hastaya bırakılması tekili tedavi için gerekliliktir. Hastayı merkeze alan ve paylaşılma yoluyla uzlaşılan seçenekler sağlık kurumlarının rekabette öne çıkması için de elzemdir. Hastanın ikna olmadan güven algısının oluşmayacağı gerçeğinden hareketle tıbbi kanıtların raporlanması ve yorumlanması için verinin anlaşılır biçimde sunulması gerekir. Özet, açık ve sade biçimde veriyi gören, anlayan ve anlamı doğru yaratan hasta, karar verme yönünde yüksek motivasyona sahip olacaktır. Diğer taraftan kafa karıştırıcı, düzensiz ve ekonomik güdülerle yönlendirilen verinin güvensizlik yaratacağı akıldan çıkarılmamalıdır. Veriler aynı zamanda tedavi seçenekleri hakkında açık olarak sunulmuş olmalıdır. Hasta ve yakınlarının tıbbi kanıtlara güvenmesi verinin tutarlı olmasına ve veri

gizliliğine riayet edilmesine bağlıdır. Bu noktada en önemli hususun veri gizliliği olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

Tıbbi kararlarda etkililiğin çok sayıda bileşen vardır. Bu bileşenlerden ilki, insanların mevcut en iyi tıbbi kanıtlara zamanında erişebilmesidir. İkinci olarak hizmet sunucuları klinik uzmanlıklarına dayalı ve önyargısız biçimde hastaya yaklaşmalıdır. Son olarak, hastanın ve ailenin tercihleri (hedefler ve endişeler) hasta katılımıyla da ortaya çıkarılmalı ve tam olarak dikkate alınmalıdır (Wennberg, Barbeau ve Gerry, 2009). Tüm bu süreçlerde akıldan çıkarılmaması gereken husus her hastanın eşsiz olması ve her yanıtın ya da girişimin hastaya özgü olduğudur.

Hasta odaklı hizmet sunumunda paylaşılan karar alma sürecinde hastalar görüşmenin ya da sürecin eşit ortağı olarak görülmelidir. Bu çerçevede hastayı sürece ortak etmenin tıbbi kanıt ile yakın ilişkisi vardır. Kanıtın anlaşılır olması tedavi için önemlidir. Bu çerçevede hastanın rolünün anlaşılması iyileştirici yönde işlev görür. Çoğu hasta, bakım sağlayıcısının daha iyi bakım için bilimsel kanıtları temel olarak tartıştığı bir zamanı hatırlayamaz ancak hastaların çoğunluğu, bakımlarıyla ilgili nihai kararları kendileri verip vermemelerine bakılmaksızın, kendilerine sunulan seçenekleri bilmek ve bunlar hakkında konuşmak ister (Carman, 2009). Etkili iletişim, paylaşılan karar almayı teşvik eden giderek daha popüler hale gelen hasta odaklı modelin temelinde yer alır. Tıbbi süreçlerde kanıt, farklı kişiler için farklı şeyleri ifade eder. Bazıları için, riskleri ve faydaları da dahil olmak üzere bir tedavi hakkındaki kanıtlar, sağlam tıbbi kararlar almak için temel teşkil eder. Kanıtlar hakkında kamuoyu söylemi, tıbbi karşılaşmalarda korku yaratabilir. Etkili terapi kanıta dayalı yöntemler olmadan gerçekleşemez.

Sağlık hizmet sunucuları için ilgili bilgileri toplamak, hastalık bağlamını anlamak ve hasta ihtiyaçlarını yeterli şekilde karşılamak için günümüzde hem daha az zaman hem de daha çok

rakip var. Bu da daha az zaman insanların sürekliliği koşullarında zorunda oldukları meşgalelerle ilgilidir. Hiçbir iş yapmayan kişilerin bile sosyal medyada bakmaları gereken paylaşımlar, merak ettikleri kullanıcılar vardır. Diğer taraftan insanların daha çok çalışmak zorunda oldukları da bilinmektedir. Aynı zamanda bilginin tek kaynağı sağlık profesyonelleri değildir. Birincil olarak sağlık bilgi kaynağı olma yolunda yeni medya hızla yükselişe geçmektedir ve çoğu kullanıcı deneyimlerini açık biçimde anlatmakta, deneysel olarak etkisi daha fazla olmaktadır. Bu denli dengesiz ve çok bileşenli bir ortamda hayal kırıklığı, stres, kaygı, olumsuz düşünceler kaçınılmaz hale gelmektedir. İhtiyaçlar tüm alanlarda olduğu sağlık sektöründe de çeşitlenmiş, hastalar karşılanmayan ihtiyaçları nedeniyle hayal kırıklığına daha çabuk maruz kalmaya başlamışlardır. Yine kendini suçlama ve damgalanma hissi de yeni medyanın getirilerindedir.

Ulusal Bilimler Akademisi'nin Tıp Enstitüsü (IOM), Amerikan sağlık hizmetlerinde etkinlik, kaynak kullanımı ve hasta ile hizmet sunucu arasındaki zayıf iletişimle ilgili bir "uçurum" olduğunu ifade etmektedirler. IOM, hasta merkezli bakımı teşvik ederek bunu değiştirmeye yönelik çabalar göstermektedir. Bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı bakım sağlamak ve hasta değerlerinin tüm klinik kararları yönlendirmesini sağlamak hasta odaklı bakımın temelini teşkil eder. Gelişmiş iletişim becerilerinin ve hasta merkezli bakımın hasta-sağlık hizmeti sağlayıcı memnuniyetine katkısı bilinmektedir. Sağlık hizmeti sunucusunun tıbbi kayıtlara ilk ve en önemli girişi hastanın anlatısıdır ve hastanın kendi sözcükleriyle kendini anlatması bile terapötik açıdan değerlidir. Hastanın anlatısı neden ve sonucu birbirine bağlar ve fiziksel hastalıkla birlikte ilişkisel ve psikolojik boyutları da kapsar. Bu çerçevede hastanın biyolojik boyutu yanında psikososyal yönü de dikkate alınmalıdır. Hastanın serbest biçimde öyküsünü aktarması, anlatma ve soruları yanıtlama fırsatı sunar. Bu oldu-

ğunda ise güven yavaş yavaş ortaya çıkmaya başlar. Hastanın öyküsünü anlatmalarına izin verirken sempatik değil empatik bir yaklaşım benimsemek de terapötik ilişkiye olumlu katkıda bulunur. Empati, kişinin, karşısındaki insanın duygularını ve deneyimlerini anlamasına için bir kavram iken sempati, bir kişinin, karşısındaki insanın duygularını aynen hissetmesidir. Sağlık hizmet sunumunda birebir duyguyu deneyimlemek ya da bu algıyı yaratmak istenmeyen koşullara neden olur. Sempatik bir kişi, karşısındakinin üzüntüsünü veya sevincini onun gibi yaşar ve bu durum, hastaları rahatsız eden davranışların başında gelir. Empati ise bakış açısını anlamaya yöneliktir. Empati yargılamadan dinlemeyi gerektirir ve bu yolla hastanın anlaşıldığı mesajı hastaya gönderilmiş olur. Sağlık hizmet sunucularının hasta ile empati kurmalarını engelleyen bazı hususlar aşağıda verilmektedir:

•**Aşırı iş yükü:** Toplumsal ve teknolojik gelişmeler yanında bilimdeki ilerlemeler ortalama yaşam süresini artırmıştır ve bu durum kaçınılmaz olarak sağlık sistemi üzerinde yük oluşturmaktadır. Artan iş yüküne rağmen sağlık işgücünün aynı oranda artması önündeki ekonomik engellerin yükselişi sağlık profesyonellerinin iş yoğunluğunu artırmıştır. Artan iş yükü ise maalesef ilk olarak iletişimden feragat sonucunu yaratmaktadır. En etkili iletişim bakışına bile hastanın yönlendirilmesi sorunu yaşanmaktadır.

•**Sağlık sisteminden kaynaklanan kısıtlar:** Modern sağlık hizmetine dayatılan zaman temelli ve organizasyonel faktörler ile performans dayalı ödeme sistemleri etkili iletişim ve empati önünde engeller oluşturmaktadır. Aynı şekilde sürekli hastayı güçlendiren ve hukuki olarak tıbbi süreçlere yönelik baskı yaratan düzenlemeler de iletişime harcanan süreyi azaltmaktadır. Terapötik ilişkiler geliştirme konusundaki hukuki baskı daha resmi prosedürlere sadakat anlamına gelmektedir. Hukuki ve etik yükümlülüklerin dengesindeki sapma da başlı başına empati önünde set oluşturmaktadır.

•**Ödeme sorunları:** Türkiye’de sigorta sisteminin yapısından kaynaklanan ve kamu finansmanı modelinin yaygın olmasından köken alan sorunlar empati önüne engeller oluşturmaktadır. Sigorta geri ödeme oranlarındaki farklılık, bazı sağlık kuruluşlarının ilave ödeme alması, hekimlerin uzmanlık ve unvanlarından kaynaklanan farklar empati farklılıkları yaratmaktadır. Geri ödeme yapısı prosedürlerde daha fazla gelir odaklı yaklaşım sonucunu doğurmuştur ve hekimlerin daha profesyonel bir meslek anlayışına yönlendirmelerine neden olmuştur. Bu durum da hekimlerin uygulama seçmesi ya da cüzdana göre tutum geliştirmesi gibi sonuçlara neden olmuştur.

•**Beklenti farklılıkları:** Hasta ile hekimin karşılaşması en başında bir beklenti mücadelesidir ve bu mücadelede beklentinin en zengin tarafı hasta tarafıdır. Hasta en basit haliyle hem kısa zamanda evine, işine ya da doğal hayatına dönmek, hem hekim ile daha uzun zaman geçirmek hem tüm anlattıklarını dinlettirmek, hem en kapsamlı tetkiklere girmek hem de en uygun maliyet ile en kısa sürede tedavi olmak ister. Karşılaşmanın uygulayıcı tarafı ise saygı görmek, güvenilmek ve olağan hayatından da kopmamak ister. Dolayısıyla tarafların üzerinde uzlaştığı tek husus hızlı biçimde olağan hayata dönmektir. Kısa süreli görüşmelerde bile etkili iletişim tatmini artırma işlevine sahiptir. Bu da zamanı iyi kullanmayı ve beklentiyi doğru yönetmeyi gerektirir. Beklentilerin farkında olunmadan memnuniyet olası değildir. Endişeleri hasta merkezli bir etkileşim içinde ele alınan hastalar, karşılaşma süresine takılmamaktadırlar.

Sağlık hizmetlerinin kanıta dayalı biçime evrilmesinde elektronik kayıt sistemleri büyük avantajlar sağlar. Bu sistem, kaliteyi, güvenliği ve verimliliği teşvik eder, hastanın diğer hekimlere danışmasına imkân sunar. Sağlık eşitsizliklerini azaltmak; hastaları ve aileleri sürece dahil etmek; bakım koordinasyonunu iyileştirmek için elektronik kayıtlar eşsiz fırsatlar yaratır. Ancak

bu noktada bilgi güvenliğine ve gizliliğine riayet temel kriter olarak benimsenmelidir. Bu sistemlerde birincil amaç hasta bakımını kolaylaştırmak ve geliştirmektir. Elektronik kayıt aynı zamanda iletişim açısından avantajlar sağlar. Tıbbi kayıtlara erişim ve farklı uzmanların görüşlerini alabilme kolaylığı bir güven algısı yaratır. Aile üyeleri ile hastanın verdiği yetkiyle tüm belgelere tam erişim sağlanması sağlık hizmet sunucuları için de benzersiz olanaklar sağlamaktadır. Hizmet sunucuları hasta bakımı konusunda iş birliği yapmak için de bu sistemleri kullanırlar. Aynı zamanda aynı tetkiki çok sayıda uzmanın görebilmesi kaynak etkililiği de yaratmaktadır.

Elektronik kayıt sistemleri ile birlikte tele-tıp ve uzaktan danışmanlık hizmetleri de artmıştır. Tele-tıp, mesafenin kritik bir faktör olduğu durumlarda, hastalık ve yaralanmalardan korunma, tanı, tedavisi; araştırma, değerlendirme ve sağlık çalışanlarının sürekli eğitimi ile bireylerin ve toplumlarının sağlığını geliştirmek ile ilgili bilgi alışverişi için, sağlık profesyonelleri tarafından, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak sağlık hizmeti sunumu olarak tanımlanmıştır. COVID-19 bu hizmetleri daha fazla kullanmak için hem hukuki hem de mental bir zemin oluşturmuştur. Bu çerçevede belki uzunca yıllar alacak olan bu uygulamalar meşruiyet kazanmıştır. Diğer taraftan tele-tıp etkili iletişime doğal engellerin geliştirebileceği de ileri sürülmektedir. En basit haliyle tele tıp hastalar ve hizmet sunucular arasında yüksek kaliteli iletişimi katkıda bulunmaz. Diğer taraftan kanıta dayalı uygulamalar terapötik ilişkiye aşağıdaki katkılarda bulunur:

•**Bilgi Uyarılama:** İletilecek bilgi miktarı ve hızı, hastanın bireysel ihtiyaçlarına ve tercihlerine göre kanıtlar çerçevesinde uyarlanabilir. Kanıtlar zaten var olan fiziksel durum yanında hastanın tüm geçmiş öykülerine, zihinsel ve psikolojik geçmişine ilişkin de fikir verir. Ayrıca veriler arasındaki farklılaşma ile bilgi duruma ve koşullara uyarlanabilir.

•**Görsel Destek:** Kanıt sadece bilginin tek boyutuna dayalı yapıdan ötesini ifade eder. Özellikle görseller kanıt niteliği güçlü yordayıcılardır ve hastanın hem anlamasını hem de anlaşılmasını kolaylaştırır. Anlamayı kolaylaştırmak için diyagramlar ve diğer görsel yardımcıları kullanmak yüzlerce sayfalık ya da onlarca dakikalık iletişimin süresini kısaltır, etkinliğini artırır.

•**Gereksiz Tıbbi Uygulamalardan Kaçınmak:** Tıbbi süreçlerin en belirgin özelliği girdinin ve çıktının insan olmasıdır. İnsan sağlık hizmetlerinin uygulamalarında esas unsurdur. Ancak insan değerli bir varlıktır ve seçeneklerin değerlendirilmesinde gereksiz tıbbi uygulamalardan kaçınmak önemlidir. Kanıta dayalı uygulamalar da tam bu noktada katkıda bulunur.

•**Risk ve Olasılıkların Açıklanması:** Her tedavi seçeneği için olası sonuçlar ve riskler ancak ve sadece kanıtlar ile ortaya konulur. Daha riskli olan durumlar önceden saptanır ve bu yolla terapötik etkililik kazanılmış olur.

•**Hasta Katılımını Teşvik:** Geçmişte hastalar tıbbi süreçlerde bilginin sadece hekimde olduğu koşullarda hizmet almışlardır. Hekime istedikleri bilgileri sunmak ise hasta tarafının inisiyatifindeydi. Gelineen noktada hastaların hem bilgiyi bildikleri hem de bunu hekim tarafından görüldüğünden haberdar oldukları bir sistem yaratılmıştır. Bu durum hastanın sürece aktif katılımı önündeki çok sayıda engeli ortadan kaldırmıştır.

•**Zaman Tanıma:** Hastalara sunulan bilgiler esasen sağlık hizmet sunucularının görüşmeye hazırlanmaları için zaman kazandırır. Diğer taraftan hekim görmeden hastanın da sonuçlarına ilişkin araştırma yapması için çok sayıda imkân vardır. Bu iki durum birleştiğinde konunun belli bir odakta toplanması kolaylaşmaktadır.

•**Anlayış Denetimi ve Geçmişin Etkililiğinin Saptanması:** Hastanın bilgiyi doğru anlayıp anlamadığının denetimi ya da eski süreçlerin etkisinin ne düzeyde olduğu geçmiş kayıtlardan saptanır. Anlayışın denetlenmesi ve önceki uy-

gulamaların sürece katkısı denenmiş denememesi boyutunda katkı sunar ve bu da kaynak etkililiği anlamına gelir.

SONUÇ

Hastalarla başarılı iletişim, klinik sonuçlar üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilir. Bazı hizmet sunucuları iyi iletişimciler olsa da eğitim ile bu durumun profesyonel boyuta evrilmesi gerekir. Başarılı iletişimin büyük bir kısmı, hastanın hastalığın açıklayıcı modelini anlamakla ilgilidir. Semptomların yorumlanması, nedensel atıflar ve tedaviden beklentileri ve bunu hizmet sunucularının belirgin verilerden elde ettiği anlayışla uzlaştırmak terapötik ilişkinin ilk adımıdır. Hastalar teşhis değil semptomlar yaşarlar. Hastalar semptomlarla sağlık kuruluşlarına giderler. Bu anlayışın tüm organizasyon için içselleştirilmesi, rekabet avantajı yanında güven oluşturur.

Doktorlar ve hastalar arasındaki yanlış iletişim sözlü ve sözsüz olabilir. Dil, selamlama tarzı, yakınlık, fiziksel temas, göz teması, cinsiyet ve cinsellikle ilgili olabilir. İletişimin belirsizlikleri minimuma indiren bir biçimde yönetilmesi terapötik ilişkinin kalitesi açısından önemlidir. Belirsizlik, sağlık ve sağlık hizmeti kanıtlarının doğasında vardır ve kullanımını sınırlayabilir. Belirsizlik, zorluklar da dahil olmak üzere birden fazla zorluk yaratır. Bunların en başında tıbbi süreçlerdeki karmaşıklık ve her girişimin içinde barındırdığı risk oranıdır. Çok paydaşlı yapısı da sonuçları belirsiz kılmaktadır. Belirsizliğin sunumunu optimize ederek, kanıt yaratıcılarla ikna ise tüm iletişim mecralarını etkin kullanmayı gerektirir. Kanıtlarla hizmet sunumu, hasta ya da yakınlarının yanında profesyonellerin mümkün olan en iyi kararları almasını sağlar. Tıbbi süreçlerde bir olayın meydana gelme şansı veya olasılığı tam da belirsizlik nedenidir. Sağlık hizmetlerinde etkili iletişim ve tıbbi bilgi paylaşımı, hasta güvenliği ve bakım kalitesinin sağlanmasında kritik bir rol oynar¹. Bu süreç, sağlık profesyonellerinin karmaşık tıbbi bilgileri, teknik

olmayan bir dille hastalara aktarabilme yeteneğini içerir.

Sağlık hizmetlerinde iletişim, yalnızca bilgi aktarımı değil, aynı zamanda hasta ile sağlık profesyoneli arasında güvene dayalı bir ilişki kurma sürecidir. Etkili iletişim, hastaların tedavi süreçlerine aktif olarak katılmalarını teşvik eder, böylece tedaviye uyumları artar ve sağlık sonuçları iyileşir. Yöneticiler, sağlık ekipleri arasında etkili iletişimi teşvik eden kurum politikaları geliştirmeli, eğitimler düzenlemeli ve geri bildirim mekanizmaları oluşturmalıdır. Kanıta dayalı tıbbi uygulamalarda etkili iletişim, hasta merkezli bakımın temel bileşenlerinden biridir. Hasta katılımını artırmaya yönelik stratejiler arasında sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, paylaşılan karar alma süreçlerinin desteklenmesi ve sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin güçlendirilmesi yer almaktadır. Bu bağlamda, gelecekteki araştırmaların, sağlık iletişimi eğitiminin klinik sonuçlar üzerindeki etkisini incelemesi ve dijitalleşmenin hasta-hekim iletişimine etkilerini detaylandırması önerilmektedir. Ayrıca, sağlık politikalarının hasta merkezli iletişimi teşvik edecek şekilde yapılandırılması büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- Aguirre-Raya, K. A., Castilla-Peón, M. F., Barajas-Nava, L. A., Torres-Rodríguez, V., Muñoz-Hernández, O., & Garduño-Espinosa, J. (2016). Self-perception and knowledge of evidence based medicine by physicians. *BMC Medical Education, 16*(1), 1–9.
- Ay, P. (2011). Kanıta dayalı halk sağlığı. *Kanıta Dayalı Tıp Dergisi, 1*(2), 129–139.
- Babaoğlu, M. Ö., Yaşar, Ü., Dost, T., & Kayaalp, O. (2009). Kanıta dayalı tıp: Kavramlar, örnekler ve görüşler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 9*(5).
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). Oxford University Press.
- Boykens, A. D. (2014). Core communication competences in patient-centered care. *The ABNF Journal, 25*(2), 40–45.
- Buldoklu, Y. (2023). Yaşlılık döneminde iletişim ve medya kullanımı. In M. Şeker, M. A. Karan, E. Erdoğan & N. Yücel (Eds.), *Gelişimsel anatomi – Yaşlılık anatomisi* (pp. 361–371). Nobel.
- Carman, K., et al. (2010). Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs, 29*(7).
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? *Social Science & Medicine, 44*(5), 681–692.
- Davies, A., Fidler, D., & Gorbis, D. (2011). *Future work skills 2020*. Institute for the Future for University of Phoenix Research Institute.
- Davies, K. (2007). The information-seeking behaviour of doctors: A review of the evidence. *Health Information and Libraries Journal, 24*(2), 78–94.
- Densen, P. (2011). Challenges and opportunities facing medical education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association, 122*, 48–58.
- Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology, 148*, 1262–1279.
- Eaton, L. (2002). A third of Europeans and almost half of American use internet for health information. *BMJ, 325*, 989.
- Ely, J. W., Burch, R. J., & Vinson, D. C. (1992). The information needs of family physicians: Case-specific clinical questions. *Journal of Family Practice, 35*(3), 265–269.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician–patient relationship. *Journal of the American Medical Association, 267*, 2221–2226.
- Entwistle, V., & Watt, I. (2013). Treating patients as persons: A capabilities approach to support delivery of person-centered care. *American Journal of Bioethics, 13*, 29–39.
- French, P. (2002). What is the evidence on evidence-based nursing? An epistemological concern. *Journal of Advanced Nursing, 37*(3), 250–257.
- Grandage, K. K., Slawson, D. C., & Shaughnessy, A. F. (2002). When less is more: A practical approach to searching for evidence-based answers. *Journal of the Medical Library Association, 90*(3), 298–304.
- Guyatt, G. (1991). Evidence-based medicine. *ACP Journal Club, 114*(2), A16.
- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., & Haynes, B. (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA, 268*(17), 2420–2425.
- Henly, S. J. (2016). Health communication research for nursing science and practice. *Nursing Research, 65*, 257–258. <https://doi.org/10.1097/NNR.000000000000171>
- İlhan, M. N., Maral, I., Güney, Z., Haznedaroğlu, Ş., Çakır, N., Tunaoğlu, F. S., & Sözen, S. (2007). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde kanıta dayalı tıp eğitimi: İlk yıl deneyimi. *Tıp Eğitimi Dünyası, 24*, 46–50.
- Kitchener, H. (2002). Evidence-based medicine applied to cervical cancer. *Virus Research, 89*(2), 175–181.
- Köse Uysal, E., & Özenç Uçak, N. (2013). Tıp akademisyenlerinin kanıta dayalı bilgi gereksinimleri ve bilgi arama davranışları. *Bilgi Dünyası, 14*(1), 37–61.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006–483)*. National Center for Education Statistics.
- Kuzma, N., Kersten, H. B., & Thompson, E. D. (2019). Evidence-based medicine in the clinical learning environment of pediatric hospital medicine. *Pediatric Clinics of North America, 66*(4), 713–724.
- Livingstone, S., Van Couvering, E., & Thumim, N. (2005). *Adult media literacy: A review of the research literature on behalf of Ofcom*. London School of Economics and Political Science. <https://dera.ioe.ac.uk/5283/1/aml.pdf>

- Long, K. A. (2003). The Institute of Medicine report on health professions education: A bridge to quality. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 4*(4), 259–262. <https://doi.org/10.1177/1527154403258304>
- Miller, D. P., Brownlee, C. D., McCoy, T. P., & Pignone, M. P. (2007). The effect of health literacy on knowledge and receipt of colorectal cancer screening: A survey study. *BMC Family Practice*, 8*, 16.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15*(3), 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67*, 2072–2078.
- O'Connor, C., Michaels, S., Chapin, S., & Harbaugh, A. G. (2017). The silent and the vocal: Participation and learning in whole-class discussion. *Learning and Instruction*, 48*, 5–13. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc>
- Rosenberg, W., & Donald, A. (1995). Evidence based medicine: An approach to clinical problem-solving. *BMJ*, 310*(6987), 1122.
- Roter, D. L., Erby, L. H., Larson, S., & Ellington, L. (2007). Assessing oral literacy demand in genetic counseling dialogue: Preliminary test of a conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 65*(7), 1442–1457.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits** (2nd ed.). Praeger Publishers.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312*(7023), 71–72.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, S., Rosenberg, W., & Haynes, B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM**. Churchill Livingstone.
- Sincan, M. (2003). Kanıta dayalı tıp ve tıp kütüphaneciliği. *Bilgi Dünyası*, 4*(1), 64–72.
- Stacey, D., Samant, R., & Bennett, C. (2008). Decision making in oncology: A review of patient decision aids to support patient participation. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58*(5), 293–304.
- Sur, R., & Dahm, P. (2011). History of evidence-based medicine. *Indian Journal of Urology*, 27*(4), 487–489.
- Şahin, B., & Taşkaya, S. (2016). Bir kavramdan fazlası: Sağlık okuryazarlığı. In E. Tecim (Ed.), *Sağlık sosyolojisi yazıları** (p. 157). Açılım Kitap.
- Türk Dil Kurumu. (2024). *Güncel Türkçe Sözlük**. Retrieved from <https://sozluk.gov.tr/>
- Uysal, O. A. (2019). Kanıta dayalı tıp (KDT). *Tıp Fakültesi Klinikleri*, 2*(3), 83–89.
- Yılmaz, E., & Çöl, M. (2014). Kanıta dayalı tıp. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5*(6), 537–542.
- Yılmaz, F. Ö., Koç, E. M., Duman Çil, V., & Kahveci, R. (2017). Evidence-based medicine and health technology assessments. *Family Practice & Palliative Care*, 2*(1), 17–22.
- Wennberg, D., Barbeau, B., & Gerry, E. (2009). Power to the patient: The importance of shared decision making. *Health Dialog**. http://www.bupa.com/media/243488/research_report_-_power_to_the_patient__october_2010.pdf
- White, S. J. (1997). Evidence-based practice and nursing: The new panacea? *British Journal of Nursing*, 6*(3), 175–178.
- World Health Organization. (2015). *Health literacy toolkit for low- and middle-income countries**. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. http://www.searo.who.int/entity/healthpromotion/documents/hl_toolkit/en/