

KANITA DAYALI SAĞLIK İLETİŞİMİNDE KAMPANYA TASARIM TÜRLERİ*

Esra BOZKANAT
Kırklareli Üniversitesi, Türkiye
esra.bozkanat@klu.edu.tr
<https://orcid.org/0000-0002-6050-25350>

**Bu makale yazarın doktora tezinin literatüründen üretilmiştir.*

ÖZ

Sağlık iletişimi, iletişim dünyasına 1970'lerden itibaren dâhil olmuş bir çalışma alanıdır. Sağlık iletişimi, sağlık hizmeti sunumu ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kişiler ve medya aracılı iletişim tarafından gerçekleştirilen bir uygulama alanına sahiptir. Sağlık iletişimi uygulamalı bir çalışma alanıdır çünkü hem sağlık hizmetinin sağlanması ve halk sağlığının teşviki konusundaki insan iletişiminin pragmatik etkilerini inceler hem de bu alandaki çalışmalar genellikle sağlık hizmetlerinin sunum kalitesini arttırmak için kullanılır. Toplumda istendik sağlık davranışlarını ortaya çıkarmak ve riskli sağlık davranışlarını önlemek amacıyla sağlık iletişim kampanyaları hazırlanmaktadır. Ancak bu kampanyaların amacına ulaşip ulaşmadığı tartışmaya ender gündeme taşınan bir konudur. Sağlık iletişimi, kitle iletişimi düzeyindeki uygulamaları sağlık iletişim kampanyaları aracılığıyla gerçekleştirmektedir. Bir sağlık iletişim kampanyasının başarısı ise kampanya öncesi ve kampanya sonrası mevcut durum kıyaslanarak ölçülmektedir. Kampanya sonuçlarının karşılaştırılması ise kanıta dayalı sağlık iletişiminin parçasıdır. Bu çalışma kampanya başarısının ölçülmesinde etkili bir olgu olan kanıta dayalı sağlık iletişimi tasarım aşamalarını anlatmaktadır. Çalışmada deneysel olmayan, yarı deneysel ve deneysel tasarımlar arasındaki benzerlik ve farklılıklar ortaya konmaktadır. Bu bağlamda nitel bir çalışma olan araştırma literatür taramasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacı kanıta dayalı sağlık iletişiminin kampanya tasarım safhalarını anlatarak uygulayıcılara kampanya hazırlık öncesi süreç için bir rehber sunmaktır. Böylece uygulayıcılar kendi hedef kitlelerine en uygun tasarımı seçebilecek ve uygulama hatalarından kaçınabileceklerdir.

Anahtar kelimeler: Sağlık İletişimi, Kanıta Dayalı, Kampanya, Kampanya Tasarımı

TYPES OF CAMPAIGNS IN EVIDENCE-BASED HEALTH COMMUNICATION

ABSTRACT

Health communication is a field of study that has been included in the communication world since the 1970s. Health communication has a field of application carried out by individuals and media-mediated communication in health service delivery and health promotion. Health communication is an applied field of study because it examines both the pragmatic effects of human communication on the provision of healthcare and public health promotion and studies in this area are often used to improve the quality of healthcare delivery. Health communication campaigns are prepared to reveal desired health behaviors in society and to prevent risky health behaviors. However, whether these campaigns achieve their goals is an issue that is rarely discussed. Health communication and its applications at the mass communication level are realized through health communication campaigns. The success of a health communication campaign is measured by comparing the current situation before and after the campaign. This brings us to the concept of evidence-based health communication. This study

describes the design stages of evidence-based health communication, which is an effective phenomenon in measuring campaign success. The similarities and differences among non-experimental, quasi-experimental and experimental designs were revealed in the study. The aim of the study is to explain the campaign design stages of evidence-based health communication and provide a guide to the pre-campaign preparation process for practitioners. Thus, practitioners will be able to choose the most suitable design for their target audience and avoid application mistakes.

Keywords: *Health Communication, Evidence-Based, Health Campaign, Campaign Design*

GİRİŞ

Sağlık iletişiminin, insanların değişen sağlık beklentilerine yanıt vermek üzere, modern dünya ihtiyaçlarına bir yanıt olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Sağlık iletişimi "sağlığı geliştiren bireysel ve toplumsal kararları etkilemek için iletişim stratejilerinin incelenmesi ve kullanılması" olarak tanımlanmaktadır (Schiavo, 2007: 5). Sağlık iletişimi, sağlık hizmeti sunumu ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kişiler ve medya aracılı iletişim tarafından gerçekleştirilen, 1970'lerde gelişim göstermeye başlamış bir çalışma alanıdır. Sağlık iletişimi uygulamalı bir çalışma alanıdır çünkü hem sağlık hizmetinin sağlanması ve halk sağlığının teşviki konusundaki insan iletişiminin pragmatik etkilerini inceler hem de bu alandaki çalışmalar genellikle sağlık hizmetlerinin sunum kalitesini arttırmak için kullanılmaktadır. Bu nedenle sağlık iletişimi genellikle, sağlık bakım ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sorunlarının belirlenmesi, incelenmesi ve çözülmesine dayalıdır (Kreps, Bonaguro ve Query, 2003:1). Özellikle, kitle düzeyinde gerçekleşen iletişimin, toplumdaki riskli sağlık davranışlarında değişikliği hedeflediği ve sağlığı teşvik amaçlı gerçekleştirildiği söylenebilir.

Yine Kreps vd. (2003) sağlık iletişimi alanının ortaya çıkışının sosyal bilimsel etkilerini kısaca şöyle açıklamaktadırlar: Onlara göre alanın ortaya çıkışının birden çok başlangıç noktası mevcuttur. Bunlardan bir tanesi iletişimin, sosyoloji ve psikoloji gibi aktif olarak sağlık hizmet sistemlerini çalışan disiplinlere öykünmesidir. Psikoloji alanı sağlık iletişiminin geliştirilmesinde çok etkili olan geniş bir literatür gövdesi oluşturmuştur. Carl Rogers (1951, 1957, 1961), Jurgen Ruesch (1957, 1959, 1961), ve Bateson, Ruesch ve Bateson, 1951; Kreps, 2003) örneklerinde olduğu gibi 1950 ve 60'ların hümanist psikoloji hareketi psikolojik sağlığın geliştirilmesinde terapötik iletişimin önemini vurgulamış ve sağlık iletişimine sağlık bakım sunum perspektifinin geliştirilmesinde etkili olmuştur.

Sağlık iletişimi, kitle iletişimi düzeyindeki uygulamaları sağlık iletişim kampanyaları aracılığıyla gerçekleştirmektedir. Bir sağlık iletişim kampanyasının başarısı ise kampanya öncesi ve kampanya sonrası mevcut durum kıyaslanarak ölçülmektedir. Kampanya sonuçlarının karşılaştırılması ise kanıt dayalı sağlık iletişiminin parçasıdır. Bu makale sağlık iletişimin tarihçesini kısaca ele alacak ve altta yatan iletişim sorunları nı vurgulayacaktır. Çalışmanın amacı kanıt dayalı sağlık iletişiminin safhalarını anlatarak uygulayıcılara kampanya hazırlık öncesi süreç için bir rehber sunmaktır. Bu bağlamda nitel bir çalışma olan araştırma literatür taramasına dayanmaktadır. Daha önce sağlık iletişim kampanya tasarım türlerinin kapsamlı bir değerlendirilmesinin yapılmamış olması çalışmayı diğer araştırmalardan ayırmaktadır. Makale dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sağlık iletişimi kavramı açıklanacak, ikinci bölümde "kanıt" olgusunun önemi anlatılacak, üçüncü bölümde kanıt dayalı sağlık iletişiminin tasarım aşamaları aktarılacak ve son kısımda çalışma kanıt olgusunu tartışmaya açacaktır.

SAĞLIK İLETİŞİMİ

Sağlık iletişimi, sağlık konusuyla alakalı olan kişi veya grupların, hedef kitlelerine yönelik gerçekleştirdikleri iletişimdir (Okay, 2014: 11). Schiavo'ya göre (2007), diğer iletişim biçimlerinde olduğu gibi, sağlık iletişimi de "ortak bir işaret ve davranış sistemi" kullanan iki yönlü bilgi alışverişine dayanmalıdır. İletişimciler ve hedef kitleler arasında, sağlık iletişimi programının iletişim sürecini etkilemek ve etkileşime girmek istediği tüm izleyicilere erişilebilir olmalı ve "karşılıklı anlayış ve sempati duyguları" yaratmalıdır. İletişim kanalları ve mesajlar, sağlık iletişim kampanyalarının hedef kitleye ulaşmasını sağlayan "bağlantı kapıları"dır (Schiavo, 2007: 5). Bir işlev

olarak iletişim, 1900'lerin ortalarından itibaren sağlık sektörüne entegre olmuştur. Fakat iletişimin önemi ve büyümesi son otuz yılda belirginliğe ulaşmıştır (Hicks, 2016:1). Ülkemizde ise iletişimin sağlık sektörüne entegre olması daha uzun sürmüştür.

Sağlık iletişimi, sağlık hizmeti sunumu ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kişiler ve medya aracılı iletişim tarafından gerçekleştirilen, 1970'lerde gelişim göstermeye başlamış bir çalışma alanıdır. Sağlık iletişimi uygulamalı bir çalışma alanıdır çünkü hem sağlık hizmetinin sağlanması ve halk sağlığının teşviki konusundaki insan iletişiminin pragmatik etkilerini inceler hem de bu alandaki çalışmalar genellikle sağlık hizmetlerinin sunum kalitesini arttırmak için kullanılır (Kreps vd., 2013:1). Sağlık iletişimi, bu bağlamda, geniş bir uygulama alanına sahiptir.

Kreps vd (2003) sağlık iletişimi alanının ortaya çıkışının sosyal bilimsel etkilerini kısaca şöyle açıklamaktadırlar: Onlara göre alanın ortaya çıkışının birden çok başlangıç noktası mevcuttur. Bunlardan bir tanesi iletişimin, sosyoloji ve psikoloji gibi aktif olarak sağlık hizmet sistemlerini çalışan disiplinlere öykünmesidir. Bu öykünmenin bir izi olarak "İletişim Dergisi" (Journal of Communication) 1963 yılında bir sayısının tamamını "Zihin Sağlığı ve İletişim" (Communication and Mental Health) konusuna ayırmıştır. İkna ve sosyal etkiyle ilgili psikolojik çalışmalar da (Bandura, 1969; Festinger, 1957; Fishbein ve Ajzen, 1975; Hoviland, Janis, ve Kelley, 1953; Katz ve Lazarsfeld, 1955; Rokeach, 1973) sağlık iletişimi alanına katkı sağlamıştır. Sosyal bilimsel teorilerin birleşimine dayalı dikkate değer ilk sağlık iletişim kampanya örneklerinden birisi "Stanford Kalp Hastalıklarından Korunma Programı"dır (Stanford Heart Disease Prevention Programme). 1970'lerin başlarında başlatılan bu çalışma, iletişim kampanyalarının kamu sağlığı üzerinde güçlü etkileri olduğunu ortaya koymuştur (Kreps vd., 2003: 4). Böylece iletişim disiplini, sağlık alanı ile buluşmuştur.

Psikoloji gibi tıbbi sosyoloji de Kreps vd.'ne göre sağlık iletişimi alanının gelişimine etki etmiştir. Örneğin Zola (1966) hastaların sağlık problemlerini sunma şekillerine kültürün etkisini incelediği ünlü çalışmasında her hastanın geçmişini anlamayı ve duruma uygun olarak iletişim stratejisi geliştirmek gerektiğini göstermiştir (Kreps vd, 2003: 4). Hastalık salt hastalık olarak değil hastanın koşullarıyla birlikte ele alındığında sağlık iletişimi devreye girmektedir.

Sağlık iletişimin tarihçesinden bahsetmek için Türkiye'de henüz çok eskiye dayanmayan bir tarihe sahip olması nedeniyle önce dünyadaki gelişimine bakmak gerekmektedir.

Sağlık iletişimi, modern tıbbın ortaya çıkışından önce, gayri resmi nitelikteydi. Halk hekimliğinin uygulayıcıları –yani neredeyse herkes- hastalıkların ve yaralanmaların tedavisi için doğal materyallerin kullanımını kapsayan maddeleri, teknikleri ve bilgiyi iletmekteydiler. Yirminci yüzyılın başlarında dahi birkaç kişi doktorları kullanabilmekteydi. Hiç kimsenin çoğu hastalığın tedavisinde gerekli becerilere sahip olmadığı göz önüne alındığında, tıbbi tarihçiler etkili iletişim becerilerine sahip kişilerin bir tedaviyi etkileme şansının yüksek olduğu görülmekteydi. Bugün ise zihin ve beden birbirine bağlı olduğu ve kişinin sosyal bağlamının sağlığı için önemli etkilere sahip olduğu bilinmektedir (Thomas, 2006: 40-41).

Sağlık iletişiminin gelişimini etkileyen faktörleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Thomas, 2006: 41-43).

Yeni Tıbbi Model

Sağlık iletişiminin gerilemesine neden olan durum, tıbbi modelin hüküm sürmesiydi. Sağlık alanı bilimsel hale geldikçe sağlık sorunları bireyden vücut sistemine, organa ve hücre yapısına indirgenmişti. Hasta geri planda bırakılmıştı. Bu bakış açısının iletişime etkisi olumsuz olmuştu. Durum 1960 ve 70'lere gelindiğinde de değişmedi ve ABD'de tıbbın "altın çağ" yaşanmaya başlanmıştı. Sağlık iletişimi daha da geri plana itildi. Hekimler, hastanın bütünlüğünü anlamaya çalışmaktan ziyade kişisel duyguların tıbbi ilerlemeye dahil olmaması için uzak durmayı tercih etmişlerdi.

Hastalarla iletişime geçmemek gibi bir seçenek olmadığı için hasta-hekim diyalogları mesleki jargon (tıbbi terimler) ile dolmuştu. Yeni bulunan her bilimsel bilgi hekimlere kendi yeteneklerini gösterme

ve eğitimsiz hastalarına ayırım yapma fırsatı sunmaktadır. Hekimler hastalarına tıbbi terminolojiyi açıklamaya gönülsüz hale gelmişlerdi. Dahası, ilişkinin asimetrik doğası, hastalar doktorların beyanlarını sorgulamaya başlamasınlar diye hastaların soru sorma cesaretini kırmaktaydı. Bu gelişmeler, doktor-hasta etkileşiminin kalitesinin düşmesine katkıda bulunmuştu.

Tüketimin Yükselmesi

1970'lerin sonuna gelindiğinde, tüketimin her alanda yükselmesinin etkisi doktor-hasta ilişkilerine de yansımıştı. Tüketici hareketi, özellikle hastaların ve sağlık tüketicilerinin genel olarak sağlık ve hastalık doğasını görmezden geldiklerini ve sağlık durumlarına anlamlı şekilde katkıda bulunamadıklarını bulmuştu. Gözlemciler, hekimlerin iletişim engellemesine, bilginin aktarılmasını engellemeye ve hastanın zihnindeki durumu gizlemeye yönelik kasıtlı çabaları ortaya koymuştu. Bu hareket kısmen sağlık sisteminin doğası ve etkinliği hakkındaki bilginin büyümesini yansıttı ve sağlık sistemi ve operasyonunun eleştirilmesine katkıda bulundu.

Sağlık Hizmetlerinde Ayrımcılık

Bu gelişmeler, toplumun birçok yönden artan endişeleri bağlamında gerçekleşmiştir. ABD toplumu içindeki bazı grupların iş, eğitim, konut ve toplumun diğer yararı açısından ayrımcılığa uğradığı kabul ediliyor olsa da, sağlık sistemi de toplumdaki birçok grup açısından ayrımcı hale geldi. Hekimler, az ya da çok "dili konuşabilen" iyi eğitim görmüş, zengin insanlarla iyi ilişkiliyken, azınlık topluluklarına ya da farklı sosyo-ekonomik geçmişlerden gelen insanlara pek ilgi göstermedi. Hekimlerin iletişim yöntemlerinde bulunan farklılıklar, sağlık durumuna, sağlık davranışına ve alınan tedavi biçimine ilişkin olarak toplumdaki çeşitli gruplar arasındaki farklılıklara katkıda bulunmuştur.

Önleyici Tedaviye İlginin Artması

20. yüzyılın son çeyreği boyunca ortaya çıkan diğer bir eğilim, korunmanın potansiyel olarak sağlık durumunun iyileştirilmesinde tedaviden daha önemli bir rol oynayabileceğinin farkına varılması olmuştur. Bu, insanın hastalanan organının iyileştirilmesi gibi standart yaklaşımların önleyici tedbirler kadar etkili olmadığını anlaşıldığını sağlamıştır.

Sağlık Hizmetlerinde Pazarlamanın Kabul Edilmesi

Resmi sağlık iletişiminin ortaya çıkmasına büyük katkıda bulunan nedenlerden biri sağlık sistemine pazarlamanın dahil edilmesidir. Sağlık iletişimi, bir fikri, organizasyonu veya ürünü pazarlamak için tasarlanmamış birçok sağlık iletişim yönü olmasına rağmen, pazarlamanın bir alt kategorisi olarak düşünülebilir. Sağlık iletişimi sağlık hizmetlerinde pazarlamanın ortaya çıkışından açıkça faydalanmıştır. Bu gelişme, iletişim sürecinin daha iyi anlaşılması ve diğer avantajların yanı sıra daha etkili iletişim tekniklerine erişim çabalarını hızlandırmıştır.

Sağlık iletişimi yukarıdaki gelişmelerle değişip dönüşürken, iletişimde yaşanan bir sorun ortaya çıkmıştır. Bu sorun, sağlık iletişim kampanyaları sonrası hissedilen bir eksikliğe dayanmaktadır. Kampanyanın amacına ulaşip ulaşmadığını ortaya koyacak bir kanıt ihtiyacı kanıta dayalı sağlık iletişimi olgusunu doğurmuştur.

KANITA DAYALI SAĞLIK İLETİŞİMİNİN ÖNEMİ

Sağlık hizmeti sunan kurumlar, kararlarını istatistiksel açıdan önemli veriler, bilimsel bilgi ve mesleki yönergelerle dayandırmaya alıştırlar. Araştırmalar, genellikle organizasyonel veya hastalığa özgü yönergelerin geliştirilmesine yol açan büyük ölçekli klinik araştırmalar, yeni bilimsel keşifler ve klinik deneyim, yeni bir tıbbi pratik veya davranışa olan ihtiyacı destekleyecek kanıtlar sağlamaktadırlar (Schiavo, 2007: 185). Ancak aynı şeyi sağlık iletişim kampanyaları için söylemek çok mümkün değildir. Hedef kitlede davranış ya da bilgi düzeyinde bir değişiklik amaçlayan kampanyaların, kampanya öncesi araştırma yapması ve ardından sonuçları kıyaslaması çok sık rastlanan bir durum olarak karşımıza çıkmamaktadır.

Oysa sağlık iletişiminde kanıta dayalı hareket etmenin önemi sürekli vurgulanmaktadır. Steenholdt (2006) sağlık iletişiminin kanıta dayalı olmasını diğer unsurlarla beraber (belirlenmiş hedef kitle, davranış merkezlik, hasta merkezlik, kolay uygulanan öneriler ve araçlar, çok yönlülük ve tutarlılık)

anahtar bir element olduğunu söylemektedir (Schiavo, 2007: 185). Bir iletişim kampanyasının kanıtlarıyla değerlendirilmesi oldukça kabul gören bir olgu haline gelmiştir.

ABD’de sağlık iletişimi sosyal pazarlama ile birlikte ele alınmaktadır. Toplum Önleyici Hizmetler Görev Gücü, 1996 yılında ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı tarafından yaşamları kurtarmak, yaşam süresini uzatmak ve kalitesini arttırmak ve bilimsel olarak kanıtlanmış nüfus sağlığı kampanyalarını belirlemek amacıyla kurulmuştur. Bu birim, federal, eyalet ve yerel sağlık bölümlerinin, diğer devlet kurumlarının, toplulukların, sağlık hizmeti sağlayıcılarının, işverenlerin, okulların ve araştırma kuruluşlarının karar vermesine yardımcı olmak için tavsiyelerde bulunmaktadır. Görev Gücü’nün toplum sağlığını koruma ve geliştirme amaçlı kampanya hazırlayıcılara önerileri şöyledir (The Community Guide, 2018)

-Toplum temelli sağlığı geliştirme ve hastalık önleme programları, hizmetleri ve diğer kampanya yaklaşımları hakkındaki yayınlanmış bilimsel çalışmaların gücünü ve sınırlarını değerlendirin.

- Kampanya yaklaşımlarının sağlığı teşvik etmede ve hastalık, sakatlık ve sakatlıkların önlenmesinde etkili olup olmadığını değerlendirin.

- Bu kampanya yaklaşımlarının çeşitli popülasyonlara ve ortamlara uygulanabilirliğini inceleyin. Tavsiye edilen geçici kampanya yaklaşımlarının ekonomik analizini yapın.

Önerilerden de anlaşıldığı üzere kampanyaların sonuç elde etmeye odaklanmak istedikleri görülmektedir. Diğer bir deyişle kampanyalar etki odaklıdır. Eğer tasarlanan kampanya bilimsel verilere dayanmıyorsa, hastalıkları önlemede etkili değilse ya da uygulanabilir değilse kanıtlardan yoksun olduğu kabul edilmektedir.

Görev Gücü’nün kanıta dayalı sağlık iletişim kampanyalarına dair bulguları en kuvvetliden en zayıfa; “önerilir” (recommended), “yetersiz kanıt” (insufficient evidence), “karşı öneriler” (Recommended Against) olmak üzere üç türdür. Açıklamaları ise şöyledir:

Önerilir (recommended): sağlık iletişim kampanyalarının etkili olduğuna dair kanıtlar güçlü ya da yeterlidir. Bulgular rakamlara, iyi tasarlanmış ve uygulanmış çalışmalara ve sonuçların güçlü ve tutarlı olmasına dayanmaktadır.

Yetersiz kanıt (insufficient evidence): müdahalelerin etkili olup olmadığına karar vermek için yeterli kanıt olmadığı anlamına gelmektedir. Mevcut çalışma sayısı yetersiz ya da etkileri ölçmek için tutarlı çıkarım yapılabilecek çalışmalar bulunmamaktadır.

Karşı öneriler (Recommended Against): Stratejinin zararlı ya da etkisiz olduğuna dair güçlü kanıtların olduğu anlamına gelmektedir.

Yukarıdaki bilgiler ışığında kitle iletişim araçlarını ve sağlıkla ilişkili ürün dağıtımını içeren sağlık iletişim kampanyalarının ve alkol kullanımının azaltılması ve alkollü sürücülerle ilgili kitle iletişim kampanyalarının “önerilir” (recommended) kategorisinde olduğu yani bu kampanyaların rakamlara dayalı ve etkili olduğu anlaşılmıştır. Video ya da broşür gibi bilgilendirme amaçlı kullanılacak iletişim araçlarının etkisi de aynı şekilde “önerilir” kategorisindedir. Uygun aşlamayı artırmada evrensel olarak tavsiye edilen aşlamalar için kampanyaların “yetersiz kanıt” kategorisinde yer aldığı görülürken, şiddet azaltmaya odaklı çocuk ve gençlik okuluna dayalı programlarda “önerilir” olduğu görülmektedir. Cilt kanserinden koruma amaçlı gerçekleştirilen topluluk çapında çok bileşenli kampanyalar “kanıtlar yetersiz” olduğu için önerilmezken, çocuk güvenliği koltuk kullanımları kampanyaları, engelli doğumlarının önlenmesi ve fiziksel aktiviteyi geliştirme kampanyaları etkili oldukları için önerilmektedir (The Community Guide, 2018: 7). Görüldüğü gibi kampanya neticesinde bir kanıt elde edilmesi de yeterli görülmemekte, kanıtın hangi dereceye tekabül ettiği kampanyanın başarısında önem arz etmektedir.

KANITA DAYALI SAĞLIK İLETİŞİMİ

Kanıta dayalı sağlık iletişimini, toplumun sağlık tutum ve davranışlarında meydana gelmesi istenen davranış değişikliğini yaratması beklenen sağlık iletişim kampanya sonuçlarının başarıya ulaşip

ulaşmadığını ölçebilmek için kampanya öncesi durum ile kıyaslanması şeklinde açıklanabilir. açıklanabilir. Esasen kanıta dayalı sağlık iletişimi etkiyi ölçmektedir.

Kanıta dayalı sağlık iletişiminde etki önemli bir konudur. Etki, kampanyanın başarmayı istediği sonuçtur. Etkinin 3 anlamı vardır. Bunlar (Bertrand, Babalola, Skinner, 2012: 98-99):

1. Değerlendirme tasarımı nedensel dayanağı açıklasa da açıklamasa da, bir program veya kampanyanın nihayetinde başarmaya çalıştığı sağlık durumundaki değişimdir.
2. Sonuç göstergesindeki bir değişim, programın hedeflerindeki tutarlılık, neden ve sonuç inşa etmeye izin veren sayısal metotlarla değerlendirilmez.
3. Niteliksel yöntemlerle değerlendirildiğinde tanımlanabilir bir faydadır.

Kanıta dayalı sağlık iletişimi, gerçekleştirilen sağlık iletişim kampanyalarının etkilerinin ortaya konulması ile açığa kavuşabilecek bir konudur. Etkiyi ortaya koymak ise kampanya değerlendirmesinden geçerek gerçekleştirilebilir.

Kampanya değerlendirmesi önemsenmesi gereken bir konudur. Değerlendirmenin önemi bir örnekle açıklanabilir. Obregón, Chitnis, Morry, Feek, Bates, Galway, ve Ogden (2009), Hindistan ve Pakistan'daki 2000 ve 2007 yılları arasındaki çocuk felci için gerçekleştirilen iletişim çabalarını incelemektedir. Çalışma epidemiyolojik olarak, sosyal ve davranışsal verilerin, özellikle yeterli erişilemeyen ve ulaşılması zor nüfus arasında, çocuk felci bulaşıcılığının artmasına katkıda bulunan iletişim stratejilerini nasıl yönlendirdiğini göstermektedir. Çalışma bulguları iletişim stratejilerinin, sosyal ağların ve liderlerin harekete geçme seviyelerine, politik talep yaratmaya, bilgi artış seviyesine, bireysel ve toplumsal seviyede talep yaratma garantisine, cinsiyet engellerini aşma ve aşya direnmeye ve fakir ve azınlık kitleye ulaşma seviyesine katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur. Çalışmanın sonucu süregelen medya kampanyaları, sosyal hareketlilik, kişilerarası iletişim ve politik ve ulusal savunma karması gibi kanıta dayalı ve iyi planlanmış sağlık stratejilerinin çocuk felci oranlarını bu iki ülkede nasıl azalttığını göstermiştir (Obregón vd, 2009). Eğer bu kampanya gerçekleştikten sonra öncesi ile kıyaslanarak değerlendirilmeseydi toplumda nasıl bir sonuç uyandırdığı asla öğrenilemeyecekti.

Sağlık iletişiminde kanıt ihtiyacı sağlığın pazarlanması noktasında önem kazanmaktadır. Örneğin, Afro-Amerikalı kadınlar üzerinde HIV'i önlemek amacıyla gerçekleştirilen kondom dağıtma kampanyası sağlığın pazarlanması kampanyasıdır. Kampanya başlamadan önce ve tamamlandıktan sonraki bulgular karşılaştırılmaktadır. Katılımcıların neredeyse %90'ının maruz kaldığı kampanyada dağıtıcılar aracılığıyla ücretsiz kondom dağıtılmıştır. Katılımcıların %70'i cinsel birleşme esnasında kondom kullandığını beyan etmiştir. %70'e dahil olan katılımcıların %44'ü ise kondom dağıtan kişilerden yararlanmışlardır. Kampanya sonrasında prezervatif kullanılabilirliği ve erişilebilirlik algıları önemli ölçüde artmıştır (Diane, Seth, Deborah ve Adaora, 2018).

Kampanya değerlendirmesi yapabilmek için kampanya tasarım türünün ne olduğu bilinmelidir. Aşağıdaki tabloda en temel kampanya tasarım türleri yer almaktadır.

Tablo 1. Ön Test ve Yarı Deneysel Sonuç Değerlendirme Tasarımları

Tasarım	Dayanak	Kampanya	İzleme
Yalnızca test sonrası	—	X	O
Yalnızca test sonrası kontrol grubu	—	X	O
Ön test-son test	O	X	O
Ön test-son test kontrol grubu	O	X	O
Bölünmüş zaman serileri	O ₁ O ₂ O ₃	X	O ₄ O ₅ O ₆
Bölünmüş zaman serileri	O ₁ O ₂ O ₃	X	O ₄ O ₅ O ₆
Kontrol grubu ile	O ₁ O ₂ O ₃	—	O ₄ O ₅ O ₆

X=Kampanya O= veri toplama Bu tasarımlar, tipik olarak yarı deneysel formda kampanya literatüründe uygulanır. Bu nedenle, kontrol grupları tipik olarak eşit olmayan kontrol gruplarıdır (örn., Eşleşen topluluk).

Kaynak: Noar, S, 2009: 3

Genel olarak, ön test ve kontrol gruplarına sahip tasarımlar, bu unsurları içermeyen tasarımlara göre daha güçlüdür. Bu nedenle, Tablo 1'deki en zayıf tasarım, yalnızca bir test öncesi ya da kontrol grubunu içermeyen, yalnızca son teste tabi tasarımdır. Bu tasarıma bir kontrol grubu eklemek tasarımı biraz güçlendirir ancak yine de zayıf bir tasarımdır. Örneğin Shadish, Cook ve Campbell (2002), yalnızca test sonrası tasarımların, bir müdahalenin (örn., Kampanya) araştırmacının ön test verilerini toplamaya başlamasından önce yapılmasını önermektedir (Sadish vd.; Noar, 2009:3).

İletişim kampanyalarının değerlendirilmesi, etkiyi ölçmek için halk sağlığı değerlendirmesinin diğer alanlarında bulunan yöntemleri kullanır. Kampanyalar için önemli olan husus kampanyanın arzulanan değişikliğe neden olduğunu göstermektir. Bu amaçla, araştırmacı bir takım farklı çalışma tasarımları içinden amacın uygun olan birini seçmelidir. Nedensel çıkarımın gücü (yani, kampanyanın davranışta gözlenen değişikliğe neden olduğu iddiası) doğrudan kullanılan çalışma tasarımının titizliğine bağlıdır. Çalışma dizaynının üç ana kategorisi vardır. Bunlar; Deneysel olmayan tasarımlar, Yarı deneysel tasarımlar ve Deneysel çalışma tasarımlarıdır. Bu tasarımlar şunları içerir (Bertrand vd, 2012: 107-108):

- Deneysel olmayan tasarımlar (önyargılarla dolu fakat yine de, hiçbir şey yapmamaktan daha iyi oldukları gerekçesiyle yoğun şekilde kullanılmaktadır).
- Yarı deneysel tasarımlar ve
- Deneysel çalışma tasarımları (rastgele -random- kontrol denemelerinin bir türüdür)

Deneysel Olmayan Tasarımlar

(Ön test edilmeyen kesitsel tasarımlar)

Deneysel olmayan tasarımlar, bir deneycinin bir grubu basitçe tanımladığı veya mevcut gruplar arasındaki ilişkileri incelediği araştırma tasarımlarını içerir. Grup üyeleri rastgele atanmakta ve

bağımsız bir değişken deneyci tarafından manipüle edilmemektedir. Bu nedenle, çalışmadaki değişkenler arasındaki nedensel ilişkiler hakkında herhangi bir sonuç çıkartılamamaktadır. Deneysel olmayan tasarımlar sadece gruplarla ilgili veya grup farklılıklarının var olup olmadığı hakkında sorularınızı yanıtlamak için kullanılır (Salkind, 2010).

Deneysel olmayan tasarımların iki türü vardır (Bertrand vd., 2012: 108).

a. Ön testi olmayan kesitsel tasarımlar. Bu tasarım türü aynı zamanda ilişkisel veya pasif gözlemsel tasarımlar olarak da bilinmektedir. Bazı özelliklerin bir arada olma eğiliminde olup olmadığını değerlendirmek için kullanılacak veriler sağlar, ancak ön testler ve kontrol grupları gibi makul nedensel katkı için beklenen unsurlardan yoksundur. Örneğin, bir araştırmacı, aile planlaması üzerine bir iletişim programına maruz kalan kişilerin doğum kontrol yöntemleri kullanma eğilimi ile ilgilenebilir. Araştırma sorusunu cevaplamak için, hedef kitleye bir hane halkı anketi yapabilir ve kampanyaya maruz kalma ve kondom kullanımı ile ilgili sorular sorulabilir. Bu tasarım türü, mevcut durumu ölçmeye olanak tanımaktadır. Ancak bir ön test uygulanmadığı için bulgular beklendiği gibi çıkmayabilir.

b. Kontrol grubu olmayan Öncesi/Sonrası tasarımları. Bu tasarım, çok sık sorulan bir soruyu yanıtladığı için yaygın olarak kullanılmaktadır: soru şudur; istenilen değişiklik meydana geldi mi? Kampanyadan önceki ve sonraki davranışları gerçekleştiren yüzdeleri karşılaştırmayı içerir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıysa, göstergelerin değişikliğe uğradığı iddia edebilir.

Deney dışı tasarımların uygulanması oldukça kolaydır; Bu tasarım türünün en büyük kısıtlılığı, potansiyel kafa karıştırıcı faktörleri kontrol etmemesidir. Örneğin, veriler kampanyaya maruz kalma ile kondom kullanımı arasında güçlü bir korelasyon gösterebilir. Bununla birlikte veriler, seçilmiş önyargıları, üçüncü bir değişkenin etkisini ve tersi bir nedenselliği kapsayan bir neden-sonuç ilişkisi göstermez çünkü, araştırma gözlemlenen ilişkinin alternatif açıklamaları için kontrol grubuna sahip değildir (Bertrand vd., 2012: 109). Bu nedenle kondom kullanım oranlarının artması kampanyadan başka bir durumdan etkilendiyse bu tespit edilemez.

Deneysel olmayan tasarımlarda, yukarıda verilen örnekten gidilirse, kondom kullanımıyla ilgili veri toplanmak istendiğinde kondom kullanma nedeninin kampanyadan etkilenme olup olmadığını anlamak zor olacaktır. Ancak cevaplayıcının ankete verdiği cevabın doğru olduğu varsayılacaktır. Bunun nedeni, hem kontrol grubunun olmayışı hem de ön test yapılmayıdır. Bu tür testlerin yapılmadığı durumlarda elde edilen verilerin doğru olduğu varsayılır. Ancak yanıtlayıcı çeşitli nedenlerle gerçek verileri paylaşmaktan çekinebilir. Bu nedenle bu tasarımların güvenilirliği tartışmaya açıktır.

Yarı Deneysel Tasarımlar

Yarı deneysel tasarımların ortak özelliği, herhangi bir sağlık iletişimi kampanyası olmaması durumunda neler olabileceğini anlamak için kontrol gruplarının ve / veya ön test sonuçlarının kullanılmasıdır. Yarı deneysel tasarımlarda da ortak olan, bireylerin veya grupların tedavi veya kontrol koşullarına rastgele atanmamalarıdır. Araştırmacı, çalışma öncesinde beklenen ilişkinin tüm alternatif açıklamalarını saptamalı ve tasarım, mantık, ölçüm ya da analiz yoluyla ele almak için planlar geliştirmelidir (Shadish, vd. 2002 ; Bertrand, 2012: 109). Olası tüm alternatif açıklamaları sıralamak ve çözmek her zaman kolay ya da mümkün değildir. Sağlık iletişimi programlarının değerlendirilmesinde kullanılan dört yarı deneysel tasarım ise şöyledir (Bertrand, 2012: 109):

a. (Bölünmüş) zaman serisi analizi. Bu yöntem, müdahaleden önce ve sonra belirli bir müdahalenin istenen sonucunu izlemektedir, ancak basit öncesi / sonrası tasarımın aksine, müdahaleden önceki durumu ve müdahale sonrasındaki durumu da puanlamaktadır. Zaman serileri, arzulanan sonucun rutin olarak toplanan hizmet istatistikleri (örn., Klinik ziyaret sayısı, satılan kondom sayısı) veya zaman içindeki düzenli aralıklarla mevcut olan diğer istatistikler yoluyla ölçülmesine dayanan değerlendirmelere yardımcı olmaktadır.. Örneğin, bazı iletişim kampanyaları, bir hizmet ağı

kullanımını artırmak veya belirli bir ürüne yönelik satış hacmini artırmak üzere tasarlanmıştır. Bu gibi durumlarda, zaman serileri, değerlendirme için az ek masraf gerektiren mükemmel bir yöntemdir.

b. Öncesi/sonrası bir kontrol grubu. "ön test-son test-önlem dışı kontrol grubu tasarımı" olarak bilinmektedir.. Bu tasarım, aşağıda açıklanan deneysel tasarım ile belirli özellikleri paylaşır; bu iki tasarıma hem müdahale öncesi hem de müdahale sonrası deneysel (kampanyaya maruz kalmış) ve kontrol grubunda gözlemlere (ölçümlere) sahiptir. Bununla birlikte, önemli farklılık, bu tasarımın rastgele olmamasıdır. Bu tasarım, mümkün olduğunca birbirine benzemek üzere seçilen iki farklı bölge veya iki farklı bölge gibi "doğal olarak oluşan grupları" kabul eder. Biri kampanyaya maruz kalırken diğeri kalmamaktadır. En büyük kısıtlama seçim yanlılığıdır: çoğu zaman gruplar ölçülebilir değişkenlerle karşılaştırılabilir değildir (ve daha da kötüsü, motivasyon gibi ölçülemez faktörler vardır). Bununla birlikte, bu tasarım test ve kayıt için kontrol yapmakta ve kontrol grubunun olmadığı basit bir öncesi / sonrası tasarımından daha güçlü hale gelmektedir.

c. Shadish, vd.'ne (2002) göre, "ön test son test" olarak da bilinen ön-test sonrası ayrı numune tasarımıdır. Bu tasarım, iki farklı numunenin ölçüm öncesi ve sonrası için rastgele seçilmiş olması dışında, yukarıda bahsedilen kontrol grubuna sahip olmayan ön test -son testin spesifik olmayan tasarımına oldukça benzemektedir. Çalışma gruplarının üyelerini rastgele seçerek değerlendiriciler seçim eğilimini teorik olarak kontrol edebilir, rastgele seçim, temel bileşim değişkenleri üzerinde çok benzer iki grup oluşturur ve 1. turdaki katılımcılardan herhangi birinin 2. turda olması durumunda az sayıdaki etkiyi test eder. Tarih (kayıt) kontrol etmeye olanak tanımadığı için büyük bir kısıtlamaya sahiptir.

d. Test sonrası son istatistiksel kontroller. Değerlendiriciler, gittikçe artan bir şekilde, karıştırılacak değişkenlerin önyargılarını azaltmak için istatistiksel kontrolleri uygulayan yarı deneysel grup son test sonrası tasarıma yönelmektedir. Bu yaklaşım, Babalola ve Kincaid'in (2009) Çok Değişkenli Nedensel Analiz olarak adlandırdığı bir grup tekniğini içermektedir. Bu yöntem sınıfına Puan Eşleme Eğilimi de dahil edilmiştir. Bu teknik, ölçülebilen tüm sosyo-demografik faktörler ve diğer ilgili faktörler üzerinde istatistiksel olarak (kampanyaya maruz kalan) tedavi grubuna eşdeğer bir kontrol grubu (kampanyaya maruz kalmayan) yaratmak için kullanılır. Teknik, kampanyayı görüp-duyanlara karşı önyargılara maruz kalmayanlar arasındaki kampanya öncesi müdahale farklılıklarının etkisi kaldırıldıktan sonra "net etki"yi verecektir. Çok Değişkenli Nedensel Analiz iki ana varsayımına dayanmaktadır: ortak destek varsayımı; program katılımcılarının ve katılımcıların özellikleri ile koşullu bağımsızlık varsayımı arasında bir örtüşme var. Koşullu bağımsızlık varsayımı, tedaviyi ve sonucu birlikte etkileyen tüm değişkenler gözlemlendiğinde, tedavinin yapılmama olasılığının tedavinin katılımından bağımsız olduğunu belirtmektedir. Bu varsayım, hem tedaviyi hem de sonucu etkileyebilecek tüm değişkenler hakkında bilgi sahibi olmamızı gerektirir.

Şunu söylemekte fayda vardır; yarı deneysel tasarımlar zaman zaman ideal yöntem olmadığı konusunda eleştirilir. Fakat bu kaçınılması gereken bir özellik olarak anlaşılmamalıdır. Rastgelelikten (randomizelikten) kaynaklanan zayıflıkları olsa da sağlık iletişimi araştırmalarında sağlam yeri olan bir tasarımdır ve bazen araştırmacılar için tek uygun seçenek olarak görülmektedir (Whaley, 2014: 226).

Yarı deneysel tasarımlar, deneysel olmayan tasarımların eksik yönü olan etkiyi ölçme açığını kapatmaktadır. Kontrol grubunun dahil olmasıyla kampanya öncesindeki durum ile kampanya sonrası durumun karşılaştırılma imkanı doğar. Örneklemin tesadüfi olması ise yarı deneysel tasarımların zayıf yönü olarak belirtilebilir.

Deneysel Tasarımlar

İstatistiksel açıdan deneysel verilerin en önemli avantajı, bir kampanyanın diğer değişkenlerin etkisiyle kirletilmemiş bir sonuçla, programın etkisi hakkında doğrudan çıkarım yapmasına izin vermesidir. Deneysel tasarımlar, araştırmacı ve tasarımcıların kimin kampanyaya ne kadar maruz kaldığını kontrol edebildiği, danışma, materyal basma, toplu mail gönderme ve ev ziyaretlerinin dahil olduğu değerlendirmeler için oldukça uygun ve uygulanabiliridir. Bununla birlikte, pek çok sağlık iletişim kampanyasında, özellikle de kitle iletişim araçları ile gerçekleştirilenler, kampanyaya maruz

kalma kontrol edilemez veya potansiyel katılımcılara kolayca rastgele uygulanamaz. Bu durumlarda, araştırmacılar etkinliği ölçmek için uygun bir şekilde alternatif araştırma tasarımları ararlar (Guilkey, Hutchinson ve Lance, 2006; 50). Özellikle tercihsiz maruz kalınan kampanyalardan etkilenme oranının ölçülmesi oldukça güçtür. Bu nedenle, diğer yöntemleri denemek daha etkili sonuçlar verebilir.

Bu tasarım, geçerliliğe yönelik tüm büyük tehditleri (test etme, seçme, geçmiş ve diğerleri) kontrol ettiği için en titiz sonuçları verir. Rastgele kontrol denemeleri deneysel tasarımın bir türüdür. Bu tasarımların benzersiz yönü, deney grubunu müdahaleye maruz kalmadan önce deneklere veya kontrol grubuna araştırmacının rastgele konular dağıtmasıdır. Değerlendiriciler bu tasarımı, bir radyo veya TV bileşenine sahip iletişim programlarını değerlendirmek için kullanamaz; çünkü toplama alanındaki herkes potansiyel olarak programa maruz kalır; bazı kişileri rastgele "maruz kalmayan" bir gruba tahsis etme imkânı yoktur. Değerlendiricinin bu tasarımı kullanabileceği tek durum müdahalenin yerleştirilmesini kontrol edebildiği yerdir. Örneğin, bir kitle iletişim kampanyası sadece yazılı broşürler kullanmışsa, bunları rastgele seçilen hanelere dağıtır ve hanede yaşayanların rastgele içeriklere maruz kalmalarına engel olabilir. (Bertrand vd., 2012: 111-112). Hane halkının kampanya çerçevesinde üretilmiş seçilmiş içerikler ile ilgilenmesi sağlanabilir. Böylece raslantısal maruz kalmaların önüne geçilmiş olur.

SONUÇ

Bir kampanyanın başında hedeflenen sonuca ulaşım ulaşmamasının hem toplumsal hem de ekonomik sonuçları olacaktır. Eldeki kıt kaynaklardan azami verimi elde edebilmek için kampanyaların kullanılan kaynaklara karşılık gelip gelmediği geriye dönük teyit edilmelidir. İşte bu çalışma sağlık iletişim kampanyalarının başarısının deneysel, yarı deneysel ve deneysel olmayan tasarım aşamalarını anlatarak kampanya etkilerinin ölçülebileceğini açıklamaktadır.

Bazı kanıta dayalı sağlık iletişim kampanyaları (Cho ve Salmon, 2007; Snyder, 2007; Zhao, 2020) gösteriyor ki, kampanya sonrası elde edilen somut değişiklikler toplum üzerinde önemli davranış ve tutum değişiklikleri yaratmaktadır. Gerçekleştirilen sağlık iletişim kampanyalarının değerlendirilmesi bir sonraki kampanyanın nasıl yürütüleceğinin şekillenmesine rehber görevi görmektedir. Bu nedenle kanıta dayalı çalışmaların artırılması ve sonuçların karşılaştırmalı değerlendirmelerinin yapılması bir gereklilik haline almıştır. Bu sayede hem ana kaynakların gereksiz tüketilmesinin önüne geçilmiş olacak hem de toplum sağlığı daha kapsamlı ve emin bir şekilde korunmuş olacaktır.

Kanıta dayalı gerçekleştirilmeyen ve iyi planlanmamış pek çok sağlık iletişim kampanyası hedef kamusuna ulaşmadan sonlanmakta ve toplumda beklenen değişikliği gerçekleştirememektedir. Amacına uygun sonuçlar elde edilmesi için kanıta dayalı sağlık iletişimi diğer uygulayıcılar kadar Sağlık Bakanlığı'nın da önceliği olmalıdır. Sonuçları kanıtlarla desteklenmiş sağlık iletişim kampanyalarının etki yaratıp yaratmadığı, yarattıysa etkinin boyutları, kanıtlarından kolayca tespit edilir. Böylece takip eden kampanyalar için bir emsal elde edilerek etkisi artırılmış kampanyalarla daha az maliyetle daha geniş kitlelere erişilebilir.

Ölçülemeyen durumlar ya da olgular, yönetilemez. Avusturyalı yazar Peter Drucker'a atfedilen bu ifade kanıta dayalı sağlık iletişim kampanya sonuçlarını kusursuz biçimde tarif etmektedir. Çünkü, etkisi ölçülemeyen kampanyaların değerlendirilmesi mümkün değildir. Ölçüm ise ancak kanıt varsa mümkündür. Buradan hareketle her sağlık iletişim kampanyasının belirlenen amaca ulaşım ulaşmadığı kampanya sonrası mutlaka ölçümlenmeli ve değerlendirilmelidir.

Bu çalışmada kampanya tasarım türleri kanıta dayalı iletişim bağlamında ele alınmakla beraber, çalışma bir sağlık iletişim kampanyasını bütünüyle aktarmamaktadır. Bununla beraber, bir kampanyanın öncesi ve sonrası aşamaları takip edilerek kanıta dayalı sağlık iletişiminin önemini somut verilerle ortaya koymayı gelecekteki çalışmalar deneyebilir ve alana katkı sağlayabilirler.

KAYNAKÇA

Babalola, S., ve Kincaid, D. L. (2009). New methods for estimating the impact of health communication programs. *Communication Methods and Measures*, 3(1-2), 61-83.

- Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Bertrand, J. T., Babalola S., ve Skinner J. (2012). The Impact of Health Communication Programs, *The Handbook of Global Health Communication*, Ed by Obregon, R., Waisbord, S., John Wiley & Sons.
- Cho, H., ve Salmon, C. T. (2007). Unintended effects of health communication campaigns. *Journal of communication*, 57(2), 293-317.
- Diane B. F., Seth M. N., Deborah A. F., ve Adaora A.A.A (2018). “Be Straight Up and So Will He”: Evaluation of a Novel HIV Prevention Condom Distribution and Health Communication Intervention Targeting Young African American Females. *AIDS Education and Prevention*, 30(2), 137-151.
- Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Evanston, IL: Row Peterson.
- Fishbein, M. ve Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Guilkey, D. K., Hutchinson, P., ve Lance, P. (2006). Cost-effectiveness analysis for health communication programs. *Journal of health communication*, 11(S2), 47-67.
- Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., ve Ferreira, M. L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical therapy*, 90(8), 1099-1110.
- Hicks, N. J. (2012). The growth of health communications—A story of consumer power and medical innovation. *Health industry communication: New media, new methods, new message*, 1-12.
- Hovland, C., Janis, I., ve Kelley, H. (1953). Communication and persuasion. New Haven, CT: Yale University Press.
- Hutchinson, P., Lance, P., Guilkey, D. K., Shahjahan, M., ve Haque, S. (2006). Measuring the cost-effectiveness of a national health communication program in rural Bangladesh. *Journal of health communication*, 11(S2), 91-121.
- Katz, E., ve Lazarsfeld, P. (1955). Personal influence. New York: The Free Press.
- Kreps, G. L., Bonaguro, E. W., ve Query Jr, J. L. (2003). The history and development of the field of health communication. *Russian Journal of Communication*, 10, 12-20.
- Mistiaen, P., Van Osch, M., Van Vliet, L., Howick, J., Bishop, F. L., Di Blasi, Z., ... ve Van Dulmen, S. (2016). The effect of patient-practitioner communication on pain: a systematic review. *European Journal of Pain*, 20(5), 675-688.
- Noar, S. M. (2009). Challenges in evaluating health communication campaigns: Defining the issues. *Communication Methods and Measures*, 3(1-2), 1-11.
- Obregón, R., Chitnis, K., Morry, C., Feek, W., Bates, J., Galway, M., ve Ogden, E. (2009). Achieving polio eradication: a review of health communication evidence and lessons learned in India and Pakistan. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 624-630.
- Okay, A. (2014). *Sağlık İletişimi*, Derin Yayınları: İstanbul
- Oliveira, V. C., Refshauge, K. M., Ferreira, M. L., Pinto, R. Z., Beckenkamp, P. R., Negrao Filho, R. F., ve Ferreira, P. H. (2012). Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 58(4), 215-229.
- Rogers, C. R. (1951). Studies in client-centered psychotherapy III: the case of Mrs. Oak—a research analysis. *Psychological Service Center Journal*.

- Rogers, C. R. (1957). *Becoming a Person*. In Symposium on Emotional Development, Oberlin College, Oberlin, OH, US; This chapter represents a lecture by Dr. Rogers given at the aforementioned symposium.. Association Press.
- Rogers, C. R. (1961). The process equation of psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 15(1), 27-45.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: The Free Press.
- Ruesch, J. (1957). *Disturbed communication: The clinical assessment of normal and pathological communicative behavior*.
- Ruesch, J. (1959). General theory of communication in psychiatry. *American handbook of psychiatry*, 1, 895-908.
- Ruesch, J. (1961). Research and training in social psychiatry in the United States. *International Journal of Social Psychiatry*, 7(2), 87-96.
- Sağlık Bakanlığı - Halk Sağlığı Kurumu (2018). http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/04/cevre_saglik/Bilesen12.pdf
- Salkind, N. J. (2010). *Encyclopedia Of Research Design* CA: SAGE Publications. (Çevrimiçi) <https://us.sagepub.com/en-us/nam/change-location/0>
- Schiavo, R. (2007). *Health communication: From theory to practice*. John Wiley & Sons Inc.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., ve Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*, Boston: Houghton Mifflin,.
- Snyder, L. B. (2007). Health communication campaigns and their impact on behavior. *Journal of nutrition education and behavior*, 39(2), 32-S40.
- Steenholdt, D. (2006). Enhancing Patient Outcomes Through The Utilization Of Evidence Based Best Practices, Foundation For Medical Care, <https://sdfmc.org/>
- Street Jr, R. L., Cox, V., Kallen, M. A., ve Suarez-Almazor, M. E. (2012). Exploring communication pathways to better health: clinician communication of expectations for acupuncture effectiveness. *Patient education and counseling*, 89(2), 245-251.
- The Community Guide. (2018). “Health Communication and Health Information Technology” (Çevrimiçi) <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/What-Works-Health-Communication-Health-Information-Technology.pdf>
- Thomas, R. K. (2006). *Health Communication*, Springer
- Whaley, B. B. (Ed.). (2014). *Research methods in health communication: Principles and application*. Routledge.
- Zhao, X. (2020). Health communication campaigns: A brief introduction and call for dialogue. *International Journal of Nursing Sciences*. Article in Press.
- Zola, I. K. (1966). Culture and symptoms-an analysis of patient's presenting complaints. *American sociological review*, 615-630.