

# "Kayınma çok iyi gelmiş" demek yetmez.

*Bilimsel bilginin 5 katmanı:  
bir hekimin değerlendirme rehberi.*

*Birisi size diyor ki:*

**“Bir tanıdığım  
bu bitkiyi içti,  
depresyonu geçti.”**

**Soru:** Bu cümle, *size de aynı şeyin işe yarayacağı* anlamına gelir mi?

Bilim, bu sorunun cevabını 5 farklı kanıt katmanında arar — her katmanın güvenilirliği farklıdır.

# Her bilgi, aynı ağırlıkta değildir.

Hekimlik, “güvenilirliği farklı” bilgileri ayırt etmek üzerine kuruludur. Bu sıralamaya bilim dilinde “kanıt hiyerarşisi” denir; tabandan zirveye doğru yanılma payı azalır, güvenilirlik artar.



# Vaka Sunumları

# 1

(Case Reports)

Bir hekim, *bir hastasında* ilginç bir bulgu görür ve yazar.

Yeni, nadir veya beklenmedik durumlara dikkat çekmek için değerlidir; ama tek başına bir tedavinin işe yaradığını kanıtlamaz.

## BU KATMANIN SINIRLARI

### Tek hasta

Genelleme yapılamaz.

### Karşılaştırma yok

Doğal iyileşme mi, tedavi mi belirsiz.

### Yayın yanlılığı

Sadece olumlu sonuçlar yazılır.

# 2

## Gözlemsel Çalışmalar

(Kohort & Vaka–Kontrol)

*“Şu davranışı yapanlarda şu sonuç görülmüş.”*

Büyük gruplar takip edilir, ilişkiler keşfedilir. Ama “ilişki” ile “neden” aynı şey değildir: bu çalışmalar bir tedavinin sonucu yarattığını ispatlamaz.

### AÇIK KALAN RİSKLER

#### Karıştırıcı faktör

Görünmeyen bir 3. değişken sonucu açıklayabilir.

#### Seçim yanlılığı

Çalışmaya kimin dahil olduğu sonucu çarpıtır.

#### Hatırlama yanlılığı

Geçmiş sorular herkesi aynı doğrulukta hatırlamaz.

# 3

## Randomize Kontrollü Çalışma

(RCT — gerçek bir deney)



### Randomizasyon

Hastalar gruplara rastgele dağıtılır.



### Kontrol grubu

Tedavi alan grubun karşısında plasebo veya standart tedavi vardır.



### Çift kör

Ne hasta ne hekim kimin neyi aldığını bilir; beklenti etkisi azalır.

### NEDEN ALTIN STANDART?

Çünkü RCT, tesadüfü ve görünmez karıştırıcıları büyük ölçüde dışlar; bir tedavinin gerçekten işe yarayıp yaramadığını test edebilen tek tasarımıdır.

# Bir RCT yetmez: Faz I–IV süreci.

—

Bir ilaç piyasaya çıkmadan önce küçük gruplardan büyük popülasyonlara doğru, dört kademeli bir güvenlik filtresinden geçer.

<b>FAZ I</b>	<b>Güvenlik &amp; doz</b> Az sayıda gönüllüde tolerans ve farmakokinetik.
<b>FAZ II</b>	<b>Erken etkinlik</b> Daha geniş hasta grubunda doz ayarı ve ilk yan etkiler.
<b>FAZ III</b>	<b>Doğrulama</b> Büyük çok merkezli RCT'ler; fayda–risk dengesi netleşir.
<b>FAZ IV</b>	<b>Gerçek dünya</b> Pazarlama sonrası izlem; nadir ve geç yan etkiler yakalanır.

# 4

## Meta-Analiz & Sistematiik Derleme

(çalışmaların çalışması)

### NE YAPAR?

Aynı soruyu soran onlarca, hatta yüzlerce çalışmayı tek bir potada eritir.

Tek tek çalışmalardaki tesadüfler birbirini götürür; ortaya “gerçek” etki büyüklüğüne çok daha yakın bir tablo çıkar.

### NEDEN HİYERARŞİNİN TEPESİNDE?

Yüksek kaliteli RCT'lerin meta-analizi, modern kanıt çerçevelerinde Düzey I olarak sınıflandırılır.

Binlerce hastanın verisi birleştiği için istatistiksel güç yüksektir; tek bir çalışmanın atlayabileceği nüansları görünür kılar.

# Klinik Kılavuzlar

# 5

(Clinical Practice Guidelines)

*Bilimin tüm bu süreçleri süzüp “doktorlar bunu yapmalı” dediği son duraktır.*

Uzman panelleri (örn. ESC, NICE, APA), meta-analizleri ve kaliteli RCT'leri değerlendirir; her öneriye, dayandığı kanıtın gücünü gösteren bir sınıf (örn. Sınıf I, Düzey A) atar. Şeffaflık burada esastır.

## D İ K K A T

Kılavuz “zirve” olsa bile, yeterli RCT verisi olmayan alanlarda öneriler **uzman görüşüne** dayanır ve en düşük kanıt düzeyiyle (örn. Düzey C/D) açıkça etiketlenir. Şeffaflık güveni belirler.

# Tek bir hikâye, binlerce kişiye uyacağı anlamına gelmez.

1

*kişi*

## Tesadüfü dışlayamaz

Doğal seyirle, plasebo etkisiyle veya beraber kullanılan başka bir şeyle iyileşmiş olabilir.

0

*kontrol grubu*

## Karşılaştırma yok

“Tedavi olmasaydı ne olurdu?” sorusu cevapsız kalır.

+

*yanlılık*

## Sadece olumlu yazılır

İşe yaramayan vakalar yayımlanmaz; izlenim olduğundan parlak görünür.

# 5 soru, 1 dakika.

Bir sağlık iddiasıyla karşılaştığınızda, kendinize bu beş soruyu sorun.

1

## Kim symlyor?

Bir kişi mi, bir uzman paneli mi, bir kılavuz mu? Kaynağı bulun.

2

## Neye dayanıyor?

Anekdotla mı, gözlemsel veriye mi, RCT'ye mi, meta-analize mi?

3

## Karşılaştırma var mı?

Tedavi alan ile almayan grup arasındaki farka mı bakılmış?

4

## Tutarlı mı?

Tek bir çalışma mı, birden çok bağımsız çalışma aynı yn m gösteriyor?

5

## Kılavuzlar ne diyor?

Güncel ulusal/uluslararası kılavuzlarda bu öneri nerede duruyor?

“

**Bir tedavinin  
“birine iyi gelmesi” bir**

**OLASILIKTIR.**

*Bilimsel metodolojiden geçmiş  
bir tedavinin etkinliği ise bir*

**GERÇEKLİKTİR.**

***Sağlıkta mucize değil, metodoloji hayat kurtarır.***

# Bir sonraki sağlık tartışmasında

*“İspat hangi katmandan geliyor?”*

*diye sormak,  
bir hekimin yaptığı en güvenli refleksdir.*

*Tüm referansları ve pdf dosyasını ücretsiz indirmek için:*

**alisanburak.com**

*Doç. Dr. Alişan Burak Yaşar · Psikiyatri Uzmanı*