

Sağlık Profesyonelinin Eğitim Rolü: Alkol ve Madde Bağımlılarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Geliştirme Eğitimi

The Education Role of Health Professional: Health-Promoting Lifestyle Behavior Education in Alcohol and Substance Dependents

Şeyda Ferah ARSLAN, Hakan COŞKUNOL

Anahtar Sözcükler:

Sağlık Eğitimi,
Bağımlılık, Sağlıklı Yaşam
Biçimi Davranışı,
Hasta Eğitimi.

Keywords:

Health Education,
Dependents,
Healthy Life-Style
Behavior, Patient
Education.

ÖZET

Amaç: Sağlıklı yaşam davranışı geliştirme konusunda en önemli adım riskli yaşam davranışlarından kaçınmaktır. Bu çalışma, alkol ve madde bağımlılarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek ve onlara bu konuda eğitim vererek, verilen eğitimin sağlıklı yaşam davranışları üzerine etkisini araştırmak amacıyla planlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma, Ege Üniversitesi Bağımlılık Biriminde yapılmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için gerekli izinler alınmış ve çalışma gönüllülerle gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya, DSM-IV tanı ölçütlerine göre alkol/madde bağımlılığı tanısı alıp yatarak tedavi gören 33 hasta alınmıştır. Hastalara eğitim öncesinde, sosyodemografik

veri anketi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği uygulanmıştır. Her hafta bir oturum olmak üzere, bir buçuk saatlik toplam 4 oturumdan oluşan psikoeğitim programı uygulanmıştır. Eğitimler tamamlandıktan bir ay sonra sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeği tekrar uygulanmış ve eğitim öncesi ile karşılaştırılmıştır. Veriler SPSS 15 paket programıyla analiz edilmiştir. Bulgular: Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeği toplam puanının, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimi alt ölçeği puanlarının son ölçümlerde artmış olduğu görülmüştür. Tüm ölçekler için ön-test ve son-test arasındaki puan farkı istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.01$). Sonuç: Bağımlıların sağlıklı seçimler yapabilmeleri sağlanmalı, sağlık profesyonelleri tarafından uygun sağlık eğitim girişimleri geliştirilmelidir.

ABSTRACT

Background: The main factor for developing healthy lifestyle behavior is avoiding risky lifestyle behaviors. This study has been planned to determine the healthy life-style behaviors of alcohol-substance dependents and to assess the effects of a psychoeducation program on it. **Methods:** The study was conducted in Ege University Dependency Unit. The research was conducted in accordance with ethical principles and volunteers. The sample consisted of 33 inpatients fulfilling DSM-IV criteria of alcohol/substance dependence. Health Promoting life-style profile questionnaire

was used before and 1 month after 4 sessions (each session 1,5 hour, 1 week a part) of psychoeducation education program. The results was compared by using SPSS 15 program. Results: The total scores and subscales scores which are self-actualization scores, health responsibility scores, exercise, nutrition scores, interpersonal support scores and stress management scores of health promoting life-style profile were increased after the education. A statistically significant difference was found between pretest and retest scores ($p<0.01$). Conclusions: Dependents should be empowered to make healthy choices, and appropriate health education interventions should be developed by health professionals.

Giriş

Sağlıklı Yaşam:

Günümüzde sağlık, insanın fiziksel, sosyal, duygusal ve manevi durum gibi yaşamının bütün boyutlarıyla ilgili bir kavram olarak düşünülmektedir. Bu anlamda sağlık, yaşamdan memnuniyeti ve yaşam kalitesini içermekte ve kendini gerçekleştirmenin giderek artmasını ifade etmektedir (1). “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefleri de sağlık kavramına yeni bir bakış açısı getirmiş ve sağlık hizmetlerinin öncelikli olarak sağlığı geliştirme ve bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmelerine odaklanması gerektiğini vurgulamıştır (1, 2). Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdüreceği ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (3, 4, 5). Sağlığı geliştirmek, bireyin hastalık riskini azaltacak ve iyilik durumunu ilerletecek davranışları kazanması ve sürdürmesi için eğitimsel, sosyal ve çevresel kaynakların harekete geçirilmesiyle sağlanabilir. Bireyler sağlığı geliştirmede, hastalıkları azaltmada ve önlemede iyi ve doğru olduğuna inandığı sağlık davranışlarını uygulamaktadırlar (6, 7).

Sağlık davranışı kişilerin sadece sağlıklarını koruma yönündeki davranışlarını değil, sağlık sorunları yaşaması durumunda yaptıklarını da içermektedir (8). Sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinin en başında ise konuya ilişkin bilgilendirme yer almaktadır (9, 10). Birçok çalışmada, yıllık ölümlerin yarısının çocuk, adolesan ve yetişkin dönemde sağlığa zararlı yaşam biçiminin seçilmesinden kaynaklandığı belirtilmektedir (1, 6, 11).

Sağlığın geliştirilmesi; bireylere fiziksel ve mental sağlıklarını en üst düzeye yükseltmeleri, fiziksel ve sosyal çevrelerini geliştirebilmeleri için bilinçli karar vermelerine yardımcı olma sürecidir (12). Sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirme konusunda en önemli adım, riskli yaşam davranışlarından kaçınmak olup bu konuda sağlık çalışanlarına büyük sorumluluklar düşmektedir (13). Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, insanları kendi sağlıklarını düzeltmede ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşmada yeterli kılmayı amaçlamaktadır. Böylece bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi bir anlamda sağlıklarının korunmasını kendi görevleri olarak algılamaları ve bunun sonucunda riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları sağlanabilir (14).

Sağlık davranışı ise; sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili davranışlar bütünüdür (15). Sağlığın daha iyiye götürülmesi ya da başka bir ifadeyle sağlığın geliştirilmesi, herhangi bir hastalık ya da bozukluğu önlemeye yönelik olmayıp bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar (16). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemek sağlığı geliştirmeye doğrudan katkıda bulunur.

Bağımlılık:

“Madde”, kötüye kullanım (suistimal) ve bağımlılığa yol açabilecek, değişik yollarla alınabilen, duygu durum, algılama, bilişsel işlevler ve diğer beyin işlevlerinde

değişiklik yaratan her türlü kimyasal madde olarak tanımlanabilir (17). Esrar, eroin, kokain gibi reçeteye verilemeyen yasadışı maddeler; amfetamin, benzodiazepinler ve opioid analjezikler gibi yasal düzenlemeler çerçevesinde reçete ile verilen ilaçlar ya da yasal denetimlere tabi olmayan veya satışlarında kısmi yasal düzenlemeler olan uçucular, tütün (nikotin) ve alkol (etanol) gibi maddeler “bağımlılık yapıcı madde” sınıfına dahildir (17, 18).

Bağımlılık; kişinin kullandığı maddeyi birçok kez bırakma girişiminde bulunmasına rağmen bırakamaması, giderek madde dozunu arttırması, kullanmayı bıraktığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, zararlarını görmesine rağmen kullanmayı sürdürmesi, zamanının büyük bölümünü madde arayarak geçirmesi ile belirli bir durumdur (18). Bireyde fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açan, çok boyutlu bir patolojidir (17).

Madde kullanımı ve bununla ilişkili sorunlar medeniyetlerin kurulması kadar eskidir. 1960-1970’li yıllardan sonra çok çeşitli uyuşturucu maddelerin bulunabilir ve kullanılabilir hale gelmesiyle, zaten var olan alkol ve sigara kullanımına ait sorunlara yenileri eklenmiştir (19). Yapılan okul ve anket çalışmaları Türkiye’de alkol/madde kullanımının giderek arttığını göstermektedir. Kullanımda artışla birlikte kullanıma bağlı sorunlar da giderek artacaktır (20). Alkol/madde kullanımı ve ilişkili bozukluklar, toplumlar için giderek artan bir sorun haline almaktadır (21).

Alkol/ madde kullanımının bağımlı bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını nasıl etkilediğinin belirlenmesi ve bu olumsuz etkilerin giderilmesine yönelik eğitimin planlanarak uygulanması bağımlılık alanında çalışan profesyonellerin en önemli rollerinden birisini oluşturmaktadır (22).

Amaç:

Bu araştırma, bağımlı bireylere verilen

sağlıklı yaşama biçimi davranışları eğitiminin, bireylerin sağlıklı yaşam davranışları üzerine olan etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi:

Ön test-son testle gerçekleştirilen, yarı deneysel nitelikte bir araştırmadır.

Çalışma grubu:

Araştırmamızın çalışma grubunu Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Biriminde yatarak tedavi gören 58 hasta oluşturmuştur.

_Uygulama süresinin ve belirlenen ölçütleri karşılayan hasta sayısının sınırlı olması (n= 63),

_Bazı hastaların çalışmanın çeşitli aşamalarında ayrılmak istediklerini bildirmeleri (n=3),

_Son test uygulaması için bazı hastalara ulaşılamamış olması (n=2) nedeniyle çalışma 33 kişi ile gerçekleştirilebilmiştir.

Çalışma grubunun seçiminde araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda bazı ölçütler belirlenmiş olup, bu ölçütler aşağıda belirtildiği şekildedir:

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- 18 yaşından büyük olan,
- Okur-yazar olan,
- Yatışının ilk haftasını tamamlamış olan,
- Akut tedavisi tamamlanmış olan,
- Fiziksel ve psikolojik açıdan sağlık eğitimine alınabilecek durumdaki bireyler çalışmaya alınmıştır.

Veri toplama araçları:

Araştırmada veri toplama aracı olarak 3 form kullanılmıştır. Bunlar; Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu, Sosyo-demografik soru formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)’ dir.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu: Araştırmanın adı, amacı, uygulama şekli, katılımcının sorumlulukları ve araştırmanın gizliliği hakkında bilgiler içeren bir formdur.

Hastayla yapılan ilk görüşmede bu bilgiler sözel olarak ifade edildikten sonra formun katılımcı tarafından okunması istenmiştir. Bu forma iştirtilmiş olan katılımcının adı-soyadı, adres ve telefon bilgilerini içeren bölümün doldurularak imzalanması sağlanmıştır.

Sosyo-Demografik Soru Formu: Pender'in sağlığı geliştirme modelinde, bireye ait bazı demografik özelliklerin, bilişsel-algisal faktörler aracılığı ile sağlığı geliştirici davranışlar üzerine etkili olduğu belirtilmiştir (16, 23). Bu nedenle anket formu yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve gelir düzeyi ile ilgili soruları içermektedir. Bu değişkenler makale kapsamı dışında tutulmuştur.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği: 1987'de Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Esin tarafından yapılmış olan bu ölçek, toplam 48 maddeden oluşmuştur ve 6 alt grubu vardır. Alt gruplar; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı orijinal ölçekte 0.92, geçerlik güvenirlik çalışmasında 0.91, bu çalışmada ise 0.94 olarak bulunmuştur. Alt boyutların güvenirlik katsayıları ise sırasıyla 0.90 - 0.83 - 0.81 - 0.78 - 0.81 - 0.72'dir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı SYBDÖ toplam puanını oluşturmaktadır. İşaretleme 4'lü likert tipli ölçek üzerine yapılır. Yanıtlara "hiçbir zaman" yanıtı için 1, "bazen" yanıtı için 2, "sık sık" yanıtı için 3, "düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir (6).

Araştırmanın uygulaması:

Çalışma kapsamında her hastayla toplam 6 görüşme yapılmıştır:

1. -Tanışma, çalışmanın amacının açıklanması, -Çalışmaya katılacak bireylerden yazılı onam alınması, -Anket ve ölçeğin uygulanması,
2. Sağlıklı beslenme konusunda eğitim
3. Egzersiz konusunda eğitim
4. Stres yönetimi konusunda eğitim
5. Kişiler arası ilişkiler konusunda eğitim olmak üzere, haftada bir gün, toplam 4 oturum şeklinde sağlıklı yaşama biçimi davranışı eğitimi verilmiştir. Araştırmamızda bireylerin sağlıklı yaşama biçimlerini etkileyebilecek olan konular, sağlıklı yaşama biçimi davranışları ölçeğinin alt grupları göz önünde bulundurularak, dört gruba ayrılmış ve her biri birer hafta arayla yapılacak olan farklı oturumda anlatılmak üzere planlama yapılmıştır.

Verilecek eğitim için grup eğitimine başvurulmuştur. Kısa, öz, anlaşılabilir bir dil kullanarak, görsel materyal aracılığıyla sözel sunum yapılmıştır. Konular araştırmacı tarafından tartışma yöntemiyle aktarılmıştır. Soru cevap şeklinde yapılmış olan her eğitim oturumu yaklaşık bir buçuk saat sürmüştür. Her oturumda düşünme ve konuşma özendirilmiş; fikirlerin ve bilgilerin açığa çıkması sağlanmıştır. Bu yaklaşımla, aktarılan konunun etkinleştirilmesi sayesinde, bilginin kalıcılığının sağlanması hedeflenmiştir (24). Her eğitimin sonunda bireyin kendisinde kalmak üzere hazırlanmış olan konuya ilişkin broşürler verilmiştir.

6.Hastalara son eğitim verildikten 1 ay sonra kendileriyle tekrar görüşülmüş, SYBD Ölçeğinin tekrar doldurulması sağlanmıştır.

Veri analizi

Eğitim öncesinde ön test ve eğitim sonrasında son test olarak toplanan veriler SPSS 15 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçekler uygulandıktan sonra her bireyin toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanı hesaplanarak gerekli karşılaştırmalar yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde yüzdelerik değerler ve ortalama puanlar hesaplanmış; veriler normal

dağılıma sahip olduğu için gruplar arası karşılaştırmalarda parametrik testlerden Paired Samples t Test kullanılmıştır. Cronbach's Alpha yöntemi ile güvenilirlik analizi yapılmış, istatistikî bilgiler $p<0.01$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Etik açıklamalar:

Araştırmaya başlamadan önce etik kurul izni ve uygulama izni alınmıştır. Çalışma süresince bağımlıların gizlilik duygusuna özen gösterilmiş, düşüncelerinden ve uygulamalardan dolayı yargılanmamışlardır. Bağımlıların düşüncelerini, tutumlarını ve davranışlarını rahatça konuşabilecekleri ortam oluşturulmuştur. Araştırmanın başlangıcında bağımlılara araştırmanın amacı ve takip edilecek süreç açıklanmıştır. Gizlilik ilkesine bağlı kalınacağı, kendilerine ait tüm bilgilerin gizli tutulacağı, araştırma yayımlansa bile kimlik bilgilerinin verilmeyeceği, çalışmayı herhangi bir noktada bırakabilecekleri belirtilerek yazılı onamları alınmış, gönüllü katılım sağlanmıştır.

BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturan bireylerin 27'si erkektir (%81.8). En küçüğü 19, en büyüğü 70 yaş olmak üzere, örneklemin yaş ortalaması 39.42'dir. 13'ü bekar (%39.4), 15'i evli (%45.5) olup 5'i boşanmıştır (%15.2). 16'sı çocuk sahibi değildir (%48.5). Eğitim düzeylerine bakıldığında 1'inin sadece okur yazar (%3), 3'ünün ilkokul (%9.1), 4'ünün ortaokul (%12.1), 14'ünün lise (%42.4) mezunu, 11'inin eğitim düzeyinin üniversite ve üstü (%33.3) olduğu görülmüştür. 29'u sosyal güvenceye sahiptir (%87.9). Son altı aydır düzenli bir işte çalışan 17 kişi bulunmaktadır (%51.5). Hastalardan 14'ü anne babasıyla (%42.4), 11'i eş ve çocuklarıyla yaşarken (%33.3), 5'i yalnız (% 15.2) yaşamaktadır. 17 hasta (%51.5) en uzun süre yaşadığı yerin büyük şehir olduğunu belirtmiştir.

Tablo 1: Bağımlıların Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışları Ölçeği Ön-Testinden Aldıkları Puanların Dağılımı (n=33)

Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği	Biçimi	Ölçeğin Alt ve Üst Değeri	İşaretlenen Alt ve Üst Değer	Ölçek Puan $\bar{X} \pm ss$	Maddes Puan Ortalaması
Kendini gerçekleştirme		13-52	16-51	33.18 + 8.61	2.55
Sağlık sorumluluğu		10-40	13-36	21.45 + 6.10	2.14
Egzersiz		5-20	5-20	9.09 + 3.66	1.81
Beslenme		6-24	7-22	14.03 + 4.35	2.33
Kişiler arası destek		7-28	13-28	20.39 + 4.00	2.91
Stres yönetimi		7-28	7-25	15.36 + 4.61	2.19
Ölçek Toplam Puanı		48-192	73-168	113.52 + 24.82	2.36

Tablo 1'de bireylerin ön-testte Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışı Ölçeği ve alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Bağımlılar en yüksek puanı kişilerarası destek alt grubundan (20.39+4.00), en düşük puanı egzersiz alt grubundan (9.09+3.66) almışlardır. Sonra sırasıyla sağlık sorumluluğu (21.45+6.10), stres yönetimi (15.36+4.61), beslenme (14.03+4.35), kendini gerçekleştirme alt grubu (33.18+8.61) gelmektedir. Ölçeğin tamamından ortalama 113.52+24.82 puan almışlardır. Her maddenin işaretlenme ortalaması bakımından aldıkları puan ise 2.36'dır.

Tablo 2: Bağımlıların Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışları Ölçeği Son-testinden Aldıkları Puanların Dağılımı (n=33)

Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği	Biçimi	Ölçeğin Alt ve Üst Değeri	İşaretlenen Alt ve Üst Değer	Ölçek Puan $\bar{X} \pm ss$	Maddes Puan Ortalaması
Kendini gerçekleştirme		13-52	29-52	39.52 + 6.11	3.04
Sağlık sorumluluğu		10-40	14-38	25.79 + 5.27	2.57
Egzersiz		5-20	6-19	10.88 + 3.48	2.17
Beslenme		6-24	9-24	18.64 + 3.68	3.10
Kişiler arası destek		7-28	17-28	23.12 + 2.83	3.30
Stres yönetimi		7-28	11-26	20.76 + 3.61	2.96
Ölçek Toplam Puanı		48-192	91-175	138.70 + 20.93	2.89

Tablo 2'de bireylerin sağlıklı yaşama biçimi davranışı eğitiminden sonra Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışı Ölçeği ve alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Eğitim sonrasında en yüksek puan kişilerarası destek alt grubundan (23.12+2.83) alınmıştır. Bağımlılar en düşük puanı egzersiz alt grubundan (10.88+3.48) almışlardır. Sonra sırasıyla sağlık sorumluluğu (25.79+5.27), stres yönetimi (20.76+3.61), kendini gerçekleştirme (39.52+6.11) ve beslenme alt grubu (18.64+3.68)

gelmektedir. Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışı Ölçeğinin tamamından ortalama 138.70±20.93 puan almışlardır. Her maddenin işaretlenme ortalaması bakımından aldıkları puan ise 2.89' dur.

Tablo 3: Bağımlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Ön ve Son Testlerinden Aldıkları Puanların Dağılımı (n=33)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Ön-test İşaretlenen Alt ve Üst Değer	Son-test İşaretlenen Alt ve Üst Değer	Ön-test X ± ss	Son-test X ± ss	t ve p değeri
Kendini gerçekleştirme	16-51	29-52	33.18 ± 8.61	39.52 ± 6.11	t=-6.84 p<0.01*
Sağlık sorumluluğu	13-36	14-38	21.45 ± 6.10	25.79 ±5.27	t=-6.51 p<0.01*
Egzersiz	5-20	6-19	9.09 ± 3.66	10.88 ± 3.48	t=-6.43 p<0.01*
Beslenme	7-22	9-24	14.03±4.35	18.64 ± 3.68	t=-9.50 p<0.01*
Kişiler arası destek	13-28	17-28	20.39±4.00	23.12 ± 2.83	t=-7.87 p<0.01*
Stres yönetimi	7-25	11-26	15.36±4.61	20.76 ± 3.61	t=-8.26 p<0.01*
Ölçek Toplam Puanı	73-168	91-175	113.52±24.82	138.70±20.93	t=-9.72 p<0.01*

sd=32

(*p<0.01 anlamlı)

Tablo 3'te bireylerin sağlıklı yaşama biçimi davranışı eğitiminden önceki ve sonraki Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışı Ölçeğinin tamamından ve alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Veriler normal dağıldığı için gruplar arası karşılaştırmalarda parametrik bir test olan Paired Samples t Test kullanılmıştır Tabloda belirtildiği gibi, bağımlılara verilen sağlıklı yaşama biçimi davranışı eğitimi, hem toplam Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışı Puanını, hem de tüm alt ölçeklerde bireylerin aldığı puanı etkilemiştir. Bireylerin toplam SYBDÖ puanının (t=-9.72, p<0.01), kendini gerçekleştirme alt ölçeği puanının (t=-6.84, p<0.01), sağlık sorumluluğu alt ölçeği puanının (t=-6.51, p<0.01), egzersiz alt ölçeği puanının (t=-6.43, p<0.00), beslenme alt ölçeği puanının (t=-9.50, p<0.01), kişiler arası destek alt ölçeği puanının (t=-7.87, p<0.01) ve stres yönetimi alt ölçeği puanının (t=-8.26, p<0.01) son ölçümlerde eğitim öncesi yapılan ilk ölçümlere göre artmış olduğu görülmektedir. Tüm alt ölçekler ve ölçeğin tamamı için, ön-test ve son-test arasındaki puan farkları istatistiksel

açından anlamlıdır (p<0.01).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışma kapsamında alkol ve madde bağımlılarına verilen sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirme eğitimi; ölçeğin tüm alt boyutlarından ve tamamından alınan puanları istatistiksel açıdan anlamlı derecede yükseltmiştir.

Literatürde geniş bir yelpazeye sahip olan sağlıklı yaşama biçimi davranışları konusunda bağımlı bireylerin sağlıklı yaşama biçimi davranışlarına ilişkin bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Bağımlı hastaların tedavileri çoğunlukla kliniklerde yatarak, ilaç, bireysel görüşme, uğraşı terapileri, grup terapileri, aile terapileri ile sürdürülmeye çalışılmaktadır. Hastane birey için geçici bir ortamdır. Birey taburcu olduğunda yeniden kendi ortamına dönecektir. Kendi yaşadığı ortam içinde, alışkanlıklarıyla birlikte ele alınıp izlenmedikçe yeniden hastaneye yatma olasılığı artacaktır (25).

Psikososyal tedavilerin etkinliği, ekip çalışması anlayışı içinde yürütüldüğünde ve hasta bu sürece dahil edildiğinde artmaktadır. Bağımlılar için tedavi ve bakım ekibi, psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve psikolog gibi çeşitli meslek üyelerinden oluşmaktadır. Yataklı tedavi ünitelerinde psikososyal girişimlerin gelişmesiyle bu alanda çalışan profesyonel meslek üyelerinin rolleri ve sorumlulukları da gelişmiştir. Hastanın eğitimi, sosyalizasyonu ve aile eğitimi programları, gelişen bu roller çerçevesindeki aktiviteler içerisinde yer alır (22).

Sağlıklı bir toplum için bireyin kendi sağlığını korumaya yönelik çabalara önem vermesi gerekmektedir. Bunun için yapılacak işlerden ilki ve en önemlisi bireyin kendi sağlığını korumaya ve sürdürmeye elverişli bilgilerle

donatılmasıdır (26). Eğitim; bireye, aileye ve topluma sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılmasında, sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmede önemli bir yer tutar.

Kişilerin sağlık hakkındaki algılamaları ve tutumları sergiledikleri sağlık davranışları ile yakından ilişkilidir. Davranışları yönlendiren bu algı ve tutumlar özellikle sağlığı koruma açısından önemlidir. Sağlık algılamaları psikolojik olarak kişinin koruyucu davranışlarda bulunmaya ne ölçüde açık olduğunu gösterir (27). Bireyin sağlığı nasıl tanımladığı ve hangi davranışları sağlıklı olma ile ilişkilendirdiği, onun sağlıklı bir yaşam sürmesinde etkili olacaktır. Dolayısıyla toplumdaki ve özellikli gruplardaki sağlık inançlarının ve davranışlarının bilinmesi, sağlık hizmetlerinin sunulmasının yanı sıra sağlık eğitimi ve politikalarına yön vermesi açısından da önemli ve gereklidir.

Literatürde; tedavi olmak istemeseler ve madde kullanmaya devam etseler bile, bağımlı bireylerin kendilerinin HIV'e yakalanma riskini artırıcı davranışlarını değiştiren, iyi yapılandırılmış çalışmaların etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (28). Bu örnekte görüldüğü gibi, yetişkin eğitiminde bireyler kendi ihtiyaç duydukları konuları önemseyip ilgi göstermektedirler. Verilecek olan eğitimin bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda planlanıp aktarılması, yetişkin eğitiminin etkinliğinin sağlanmasında oldukça önemli bir noktadır. Bağımlılara verilen eğitim sırasında bu durum göz önüne alınarak konuların bağımlılıkla ilgili yönlerine vurgu yapılarak bireylerin dikkatleri bu yöne çekilmiştir.

Verilen eğitimin etkinliği, sağlık profesyonellerinin eğiticilik rolünün, kendine özgü nitelikleri olan hasta gruplarındaki başarısının somut bir örneğini oluşturmuştur. Çalışmamızda bireylerde sağlığı geliştirme konusunda bilişsel anlamda ilerleme kaydedilmiş

olup, değişim gösteren davranışların hayata geçirilebilme düzeyleri ve kalıcılık süreleri uzamsal çalışmalarla araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Edelman, CL, Mandel, CL. (1998). Health promotion throughout the lifespan. 4rd ed. Philadelphia: Mosby Company, 86-89.
2. Fish, C, Nies, MA, Misener, TR, Oldaker, S. (1997). Health promotion needs of students in a collage environment. Public Health Nursing, 13(2): 104-111.
3. Lundy, KS, Janes, S. (2001). Clients in Home Health, Hospice and Long-Term Care Settings: Community Health Nursing Caring for the Public's Health. Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers, 340-348.
4. Kong, R. (1995). Building community capacity for health promotion; A Challenge for public health nurses. Public Health Nursing, 12(5): 312-318.
5. Sisk, RJ. (2000). Caregiver burden and health promotion. International Journal of Nursing Studies, 37: 37-43.
6. Esin, MN. (1997). Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi. İstanbul.
7. Wong, DL, Hockenberry, MJ. (2003). Nursing care of infants and children, St Louis: Mosby Company, 802-904.
8. Araz, A, Harlak, H, Meşe, G. (2007). Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. Koruyucu Hekimlik, 6(2): 113.
9. Aksayan, S, Gözüm, S. (1998). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde

öz-etkililik algısının önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2(1): 35-41.

10. Griffin, VK. (2000). Creating health behavior change: How to develop community-wide programs for youth? Health Education and Behavior, 27(5): 664-666.

11. Spear, HJ, Kulbok, P. (2001). Adolescent health behaviors and related factor: A review. Public Health Nursing, 18(2): 82-93.

12. Güngör, İ, Şahin, NH. (2006). Sağlıkta geliştirilmesinde kullanılan temel davranış değiştirme kuram ve modelleri. Hemşirelik Forumu Mayıs-Haziran-Temmuz-Ağustos, 6-13.

13. Yalçınkaya, M, Özer, FG, Karamanoğlu, AY. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6): 409-420.

14. Ayaz, S, Tezcan, S, Akıncı, F. (2005). Hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin sağlık geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(2): 26-34.

15. Oran, NT, San, TA. (2004). Hemşirelik eğitiminin öğrencilerde sağlık davranışlarını geliştirmeye etkisi. I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu Bildiri Özetleri Kitabı, Ankara, 38.

16. Pasinlioğlu, T, Gözüm, S. (1998). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2 (2): 60-68.

17. Çakmak, D, Evren, C. (2006). Alkol ve madde kullanım bozuklukları. İstanbul: Özgül Matbaacılık, 9.

18. Ögel, K. (2001). İnsan, Yaşam ve Bağımlılık Tartışmalar ve Gereklere. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık, 1-20.

19. Eells Walsh, Ma. (1991). Strategies for promotion of avoiding harmful substances. Nursing Clinics of North America, 26(4): 915-927.

20. Öge, I K, Tamar, D, Evren, C, Çakmak, D. (2001). Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1): 47-52.

21. Talashek, LM, Grace, M. (1994). The substance abuse pandemic: Determinants to guide interventions. Public Health Nursing, 11(2): 131-137.

22. Ulusoy, Ö, Karaslan, A. (2001). Ruhsal bozukluğu olan hastaların eşlerinin sosyal destekleri, 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. İstanbul, 126.

23. Johnson, JL, Ratner, PA, Bottorff, JL, Hayduk, LA. (1993). An Exploration of Pender's Health Promotion Model Using LISREL. Nursing Research, 42(3): 132-138.

24. Erefe, İ. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. İstanbul: Hemarge Yayınları, 62.

25. Ebrinç, S, Çetin, M, Başoğlu, C, Ağargün, MY, Seçil, M, Can, S, Çobanoğlu, N. (2001). Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(1): 5-14.

26. Bakoğlu, E, Yetkin, A. (2000). Hipertansiyonlu hastaların özbakım gücünün değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 4(1): 41-49.

27. Baltaş, Z. (2000). Sağlık Psikolojisi. 5.baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi, 120.

28. Leshner, AI. (1997). Addiction is a brain disease and it matters. Science, 45-47.