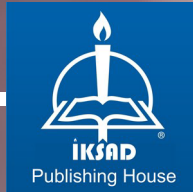
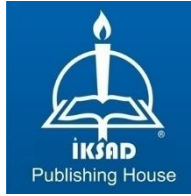

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ BAĞLAMINDA SAĞLIK EĞİTİMİ VE BAĞIMLILIKLA MÜCADELE

Öğr. Gör. Sait SÖYLER & Öğr. Gör. Şeyda ÇAVMAK



TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ BAĞLAMINDA SAĞLIK EĞİTİMİ VE BAĞIMLILIKLA MÜCADELE

Öğr. Gör. Sait SÖYLER¹
Öğr. Gör. Şeyda ÇAVMAK²



¹ Tarsus Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, saitsoyler@tarsus.edu.tr

² Çağ Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı, seydacavmak@cag.edu.tr

Copyright © 2020 by iksad publishing house
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced,
distributed or transmitted in any form or by
any means, including photocopying, recording or other electronic or
mechanical methods, without the prior written permission of the publisher,
except in the case of
brief quotations embodied in critical reviews and certain other
noncommercial uses permitted by copyright law. Institution of Economic
Development and Social
Researches Publications®
(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)
TURKEY TR: +90 342 606 06 75
USA: +1 631 685 0 853
E mail: iksadyayinevi@gmail.com
www.iksadyayinevi.com

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.
Iksad Publications – 2020©

ISBN: 978-625-7897-98-3
Cover Design: İbrahim KAYA
September / 2020
Ankara / Turkey
Size = 16 x 24 cm

ÖNSÖZ

Bağımlılık, toplum açısından ciddi sonuçları olan bir sorundur ve dünya genelinde hem madde bağımlılıkları hem de madde dışı bağımlılıklar bireysel, ailesel, bölgesel ve toplumsal düzeyde büyük problemlere sebep olabilmektedir. Özellikle genç nüfusu etkisi altına alan bağımlılık problemi, bireyleri üretim sürecinden alıkoymakta, finansal problemlerle beraber suçların artması, aile yapısının bozulması gibi olumsuzluklara sebep olabilmektedir. Ayrıca bir ülkede ekonomik gelişmeyle sağlık arasındaki karşılıklı ilişki göz önünde bulundurulduğunda, bağımlılığın ekonomik gelişmeyi de olumsuz etkilediği görülmektedir. Bu noktada hem madde bağımlılıkları hem de davranışsal bağımlılıklarla mücadele toplumsal açıdan büyük bir önem arz etmektedir. Bu mücadele öncelikle aile içi eğitim, okul çağı eğitimleri ve genel olarak sağlık eğitimi çabalarıyla başlamakta, sonrasında temel sağlık hizmetleriyle bütünleşmektedir. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı, temel sağlık hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin açıklanması, bağımlılık konusunun irdelenmesi ve bağımlılıkla mücadelede temel sağlık hizmetleri ile sağlık eğitiminin rolünün ortaya konmasıdır.

Kitabın ilk bölümünde sağlık eğitimi ve sağlık eğitiminde temel ilkeler açıklanmış, ikinci bölümünde temel sağlık hizmetleri içerisinde sağlık eğitiminin yeri ve önemine değinilmiştir. Kitabın üçüncü bölümünde ise madde ve madde dışı bağımlılıklar irdelenmiş, bağımlılıkla mücadelede sağlık eğitimi ve sağlık eğitimcisinin rolü açıklanmıştır.

Çalışmanın kullanıcılarına faydalı olması dileğiyle...

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	1
GİRİŞ	5
BÖLÜM I: SAĞLIK EĞİTİMİ VE SAĞLIK EĞİTİMİNİN TEMEL İLKELERİ	13
1.1. Sağlık Eğitimi	13
1.2. Sağlık Eğitiminin Temel İlkeleri.....	21
1.3. Sağlık Eğitiminin Planlanması, Uygulanması ve Değerlendirilmesi	23
BÖLÜM II: TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE SAĞLIK EĞİTİMİNİN YERİ VE ÖNEMİ	25
2.1. Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	25
2.2. Temel Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme	28
2.3. Temel Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Eğitimi Uygulamaları.....	35
BÖLÜM III: MADDE BAĞIMLILIKLARI VE MADDE DIŞI BAĞIMLILIKLAR	41
3.1. Bağımlılık Kavramı, Sebep ve Sonuçları	41
3.2. Uyuşturucu Madde Bağımlılıkları.....	47
3.3. Madde Bağımlılığını Önleme ve Bağımlılıkta Tedavi	53
3.4. Madde Dışı (Davranışsal) Bağımlılıklar	67
3.5. Madde Dışı (Davranışsal) Bağımlılıklarda Tedavi ve Önleme ...	73
3.6. Sağlık Eğitimi ve Madde Bağımlılığı.....	80
3.7. Bağımlılıklarda Sağlık Eğitimcisinin Rolü	87
SONUÇ	91
KAYNAKÇA	97

GİRİŞ

Günümüz dünya ekonomisinin, en büyük sektörlerinden birisi sağlık sektörüdür. Sağlık sektörü; modern sağlık sistemlerinin kurulması, sağlığın geliştirilmesine yönelik aktivitelerin, yeteneklerin farklılaştırılması ve uzmanlaştırılması ile hastalıkların ekonomik yükü kapsamındaki değişimleri içermektedir. Sağlık sektörü üzerindeki ekonomik yüklerin büyük çoğunluğu, verimlilik kaybı kapsamında ele alınmaktadır. Çünkü insanların genç yaşta ölmeleri, hastalığa yakalanmaları veya iş yaşamına engel olacak şekilde sakat kalmaları verimlilik kaybı ile ilişkilendirilmektedir.

Toplumun genel sağlığı esasında ileride de belirtileceği üzere bir ülkenin ekonomik gücünü de etkilemekte, ekonomik olarak gelişen ülkeler sağlık alanına daha yüksek yatırımlar yapabilmekte ve böylece sağlık düzeyini de yükseltebilmektedir. Bu bağlamda ekonomik büyüme ile sağlık arasında karşılıklı ilişkilerin olduğu bilinmektedir. Şayet çeşitli nedenlerle toplumun sağlık düzeyi düşük ise ekonomik büyüme açısından da sıkıntılı bir süreç yaşanmaktadır. Ayrıca özellikle genç nesilde hastalık ve sakatlık yükü ile genel sağlık düzeyi üretim üzerinde de önemli etkilere sahiptir. Bu anlamda yaşanabilecek problemler verimlilik düzeyinde de düşüşe sebep olmaktadır. Hem madde bağımlılıkları hem de madde dışı bağımlılıklar burada ifade edilen işgücü ve verimlilik kaybı üzerinde rol oynayan en önemli unsurlardan bir tanesidir. Bağımlılıkla mücadele ve önleme faaliyetleri ile iyileştirme çabaları bu nedenle büyük önem arz etmektedir.

Bu durumda kayıpların önüne geçilmesi, yaşam standartlarının yükseltilmesi, sakatlıkların minimize edilmesi ve sağlık bakım maliyetlerinin azaltılması için sağlık sistemlerine daha fazla sorumluluk düşmektedir (WHO, 2000). Bağımlılıkla mücadelede diğer alanlarla beraber sağlık sisteminin büyük bir sorumluluk taşıdığı bilinmektedir. Bu anlamda öncelikle birinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere tüm sağlık sistemi bağımlılıkla mücadele noktasında sorumluluk üstlenmektedir. Ancak günümüz dünyasında sağlık sisteminin ne olduğunun, nelerden meydana geldiğinin ve nereden başlayıp nerede bittiğinin tek bir tanımının yapılması oldukça güçtür. 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından açıklanan raporda sağlık sistemi; temel amacı sağlığı geliştirmek, sürdürmek ve yenilemek olan tüm yetenek ve aktiviteleri içerecek şekilde tanımlanmıştır. Sağlık sistem tanımları, belirli sınırlamaları içeren farklı formlardan oluşmaktadır. Bu formları şu şekilde sıralamak mümkündür (WHO, 2001):

- Sağlık sistemi tanımına yönelik gerçekleştirilen en dar tanım, ülke sağlık bakanlıklarının direkt kontrolü altındaki aktivite ve planlamaları içerecek şekildedir. Bu tanımlamada sağlığın geliştirilmesine yönelik gerçekleştirilecek birçok aktivite kapsam dışı kalmaktadır. Örneğin; madde kullanımını azaltacak, alkol ve tütün kullanımlarını azaltacak vergi uygulamaları bu tanımın sınırları dışında kalmaktadır.

- Sağlık sistemine yönelik geliştirilen ikinci tanımlama biraz daha kapsamlıdır. Bu tanımda sistem kapsamı, kişisel tıbbi hizmetleri ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini içerecek şekilde genişletilmektedir. Ancak tanımlama, sektörler arası ortak aktivite paylaşımını içermemektedir. Yani halk sağlığı kapsamında gerçekleştirilen temiz su uygulamaları, böcek ilaçlamaları, sağlık bilgi aktarım programları gibi sektörler arası iş birliğini gerektiren konuları kapsam dışı bırakmaktadır.
- nc tanımlamada ise temel amacı sağlığı iyileştirmek olan her faaliyet, sağlık sistemin bir parçası olarak kabul edilmektedir. Bu tanımlamada kapsam tıbbi ve bireysel olmayan sağlık hizmetlerini içerdiği gibi sektörler arası iş birliği ve aktivite paylaşımını da içermektedir.
- Son tanımlamaya göre ise sağlığın iyileştirilmesine ve yükseltilmesine katkı sunacak tüm aktiviteler kapsama dâhil edilmiştir. İnsanların günlük yaşamındaki aktivitelerinin neredeyse tamamının ‘eğitim, sosyal evre, doğal evre, endüstriyel gelişim vb.’ sağlığı etkilediği vurgusu yapılmıştır. Bu tanıma göre sağlık sektörü politika belirleyicileri; beslenme, madde kullanımı, tütün tüketimi veya yol güvenliği, su sanitasyonu gibi alanlarda toplumun sağlığını geliştirecek uygulamalara daha çok destek sağlayacaktır.

Genel olarak sağlık sistemi; sağlık hizmetlerinin finansmanı, düzenlenmesi ve sunumu ile ilgili kaynakları, karar vericileri ve

kuruluşları kapsamaktadır. Sağlık sistemlerinin üç temel amacı bulunmaktadır. Bunlar; hizmet sunumu gerçekleştirilecek toplumların sağlığını yükseltmek, insanların beklentilerine cevap verebilmek ve hastalıkların veya sağlığın maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamaktır. Bu noktadan hareketle sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil beden ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin sağlık durumlarını korumaları, sağlıklarını geliştirmeleri ve yaşam standartlarını yükseltebilmeleri için ise yaşam boyu eğitim ve öğrenme kapsamında sağlık eğitimi önemli bir yer teşkil etmektedir (Yurtseven, 2015).

Ülkemizde sağlık hizmetleri; 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu kapsamında, insan sağlığını tehdit edecek etkenlerin ortadan kaldırılması, sağlığı tehdit edecek zararlı etkilerden toplumun korunması, hastalıkların tedavi edilmesi, ruhen ve beden sağlığı bozulmuş veya zarar görmüş bireylerin rehabilitasyonunun sağlanması için gerçekleştirilen tıbbi hizmetler olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre bireylerin sağlıklı ve uzun bir yaşam sürmesi sağlık faaliyetlerinin temel amacıdır (Erden, 2016).

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri şeklinde üçlü bir yapıda sınıflandırılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu birinci basamak sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetleri olarak da adlandırılmaktadır. Temel sağlık hizmetleri, toplumun tüm bireyelerine yönelik doğumdan ölüme kadar olan ve süreklilik içeren hizmet

sunumunu gerçekleştirme üzerine inşa edilmiştir (zdemir ve ark. 2003).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, lkelerin güçlü bir sağlık sistemine sahip olup olmadığının temel göstergeleri arasında yer almaktadır. nk güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetine sahip lkelerin sağlık göstergeleri, ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin daha eşitlikçi olduğunu ve toplum sağlık gereksinimlerine dahi iyi yanıt verdiğini gösterir niteliktedir (Akman, 2014). lkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri; il ve ilçe bazında sağlık müdürlükleri ile bu kurumlara bağlı toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, sağlıklı hayat merkezleri ve sağlık evlerinde sunulmaktadır. Temel amacı sağlığın korunması ve geliştirilmesi olan birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan tüm sağlık personelleri diğer hizmetlere ek olarak toplumun ve bireylerin sağlık ile ilgili konularda da eğitilmesinden sorumludur. Sağlığın geliştirilmesinde önemli bir yere sahip olan eğitim, insanlık tarihi kadar eski bir husustur. Tüm dini kitaplarda temizlik ve hijyen kurallarına, evre sağlığına ve hastalıklardan korunma yollarına yönlendirme bulunmaktadır (Tabak, 2000).

Sağlık eğitimi, bireylerin ve toplumun sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik gerçekleştirilen ve öğrenmeyi teşvik eden planlı bir süreçtir. Sağlık eğitiminin temel amacı; sağlığı toplumsal bir değer haline getirmek, bireylere sağlık sorunlarını zebilecek bilgi ve beceriyi kazandırmak, bireylerde sağlık ile ilgili düşünce, tutum, davranış değişikliği yaratmak ve sağlıklı yaşam davranışlarını kazandırmaktır (zvarış, 2011). Günümüzde küreselleşmenin etkisi ile

birlikte sağlık hizmet kullanıcılarının, sağlık hizmetlerinden ve sağlık hizmet sunucularından beklentileri değişiklik göstermektedir. Sağlık hizmet kullanıcıları yalnızca hastalıkların tedavisi için değil sağlığın korunması ve geliştirilmesi için de sağlık hizmetlerine başvuruda bulunmaktadır. Bu durum sağlık eğitimine olan gereksinimi arttırmaktadır. Çünkü nitelikli bir sağlık eğitim programı, hem bireylerin sağlığını korumasını ve geliştirmesini sağlamakta hem de toplumun sağlık göstergelerinin iyileşmesi ile sonuçlanmaktadır. Alanda gerçekleştirilen araştırma sonuçları da bu çıkarımı kanıtlar niteliktedir. Annels tarafından 2007 yılında Avusturalya’da gerçekleştirilen bir araştırmada, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sağlık eğitim programlarının arttırılması ile temel sağlık göstergelerinin olumlu yönde değiştiği sonucuna ulaşılmıştır (Annels, 2007).

Bağımlılıkla mücadele söz konusu olduğunda, özellikle sağlığın korunması ve geliştirilmesi çabaları kapsamındaki hizmetlerin ön plana çıktığı grlmektedir. Bu hizmetlerle yakından ilişkili olan sağlık eğitimi hem bireye yönelik hem de topluma yönelik farkındalık oluşturma faaliyetleri, özellikli gruplara yönelik çabalar, okul ağı eğitimleri ile entegre bir şekilde sürdürüldüğünde bağımlılıkların önlenmesi üzerinde önemli bir rol oynar. Bağımlılıkların nlenmesi çabaları yeterli ve düzgün bir şekilde yürütülemediği takdirde, bağımlılıkların tedavisi ve rehabilitasyon faaliyetlerine olan ihtiyacın artacağı açıktır. Bu noktada artan sağlık hizmet maliyetleri, işgücü

kaybı, nitelikli sağlık profesyonellerinin iş yoğunluğu da olumsuz etkiler olarak ortaya çıkacaktır.

Sonuç olarak; gcl bir sağlık sistemine sahip olan ülkelerde, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sağlık eğitimi önemli bir yere sahiptir. Çünkü sağlık eğitimi, bireylere kendi sağlıkları konusunda sorumluluk kazandırılması için önemli bir araçtır.

Bu kitabın konusu temel sağlık hizmetleri bağlamında sağlık eğitimi konusunu ele alarak bağımlılıkla mücadele konusunda kavramsal bir ereve çizmektir. Bu doğrultuda öncelikle sağlık eğitimi ve temel sağlık hizmetleri irdelenmiş, ardından bağımlılığa yol açan etkenler, bağımlılıkla mücadele ve bağımlılık tedavisi konuları ele alınmıştır.

BÖLÜM I:

SAĞLIK EĞİTİMİ VE SAĞLIK EĞİTİMİNİN TEMEL İLKELERİ

1.1. Sağlık Eğitimi

İnsanlık tarihinin başlangıcı kadar eski olan sağlık eğitimi konusu; temizlik, çevre sağlığı, hijyen kuralları ve hastalıklardan korunma yöntemleri üzerine tavsiye ve yönlendirmeler ile tüm dini kitaplarda yer almıştır. Tapınaklara bağlı okullarda eğitim gören hekimler, hastaların tedavilerinin yanı sıra sağlık eğitimlerini de üstlenmiştir. Hekimliğin yalnızca hastalıkları tedavi etmek olmadığını, hastalara sağlıklı kalmanın yollarını da aktarmak gerektiğini öğütleyen İbni Sina, sağlığı koruma biliminin temellerinin atılmasında öncü olmuştur (Tabak, 2000). Bu doğrultuda geliştirilen sağlık eğitimi programları; sağlık, hastalık ve sakatlık konularına odaklanmış bir eğitim çabasını içermekte ve bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmesi sağlayacak davranışları kazanmasını amaçlamaktadır. Çünkü insanlar, bilişsel, davranışsal, duyuşsal yetenekleri ve sosyal yaşantıları ile kendi sağlıklarının belirleyicisi konumundadır. DSÖ de sağlığı tanımlarken yalnızca insanların organizmasına ait olan ruhsal ve bedensel olguyu ele almamış, insana ait olan sosyal olguyu da değerlendirmiştir. Çünkü bireylerin, davranış tarzı ve sosyal çevresi sağlıkları üzerinde oldukça etkilidir. Bu nedenle sağlık eğitimi, sağlık konusunda yalnızca bilgi vermek ile sınırlandırmak mümkün değildir. Sağlık eğitimi, bilinçli sağlık davranışı geliştiren ve sürekli öğrenmeyi teşvik eden planlı bir etkinliktir. Ayrıca sağlık eğitimi, bireylerin sağlıklarını geliştirme

hususunda gönüllü olduğu, kolaylaştırıcı ve pekiştirici nitelikteki her türlü öğrenme faaliyetlerini kapsamaktadır (Ege ve ark. 2005). Halk sağlığı ile ilgili temel bilgilerin, topluma ve bireylere kazandırılması da sağlık eğitimi programlarının sorumluluğu kapsamındadır.

Sanayileşmiş batı ülkelerinin sağlık göstergeleri ve yaşam standartları; ekonomik, çevresel ve yapısal düzenleme temeline dayanan sağlık eğitimi faaliyetleri ile birlikte gelişim göstermiştir. Sağlık eğitimi faaliyetleri, bireylerin; güvenliği, yaşam koşulları, iş performansı, üretkenliğine ek olarak sağlıklı bireylerden sağlıklı bir sosyal çevreye sahip olmasına kadar birden çok alanda etkili olmaktadır. Dolayısı ile sağlık eğitimi faaliyetleri aracılığı ile toplum sağlığını geliştirme noktasında büyük başarı elde edilmektedir (Tones, 1997).

Bir toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi noktasında yapılması gereken faaliyetler, Alma Ata Bildirgesin'nde (1978) Temel Sağlık Hizmetlerinin (TSH) eksiksiz olarak sunulması için aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (Gökkoca, 2001):

- Sağlık eğitimi alanında çalışma planlanması,
- Toplumun ve bireylerin, beslenme alışkanlığının düzeltilmesi ve geliştirilmesi,
- Çevre sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması,
- Temiz su kaynağının sağlanması,
- Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması,
- Bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamanın sağlanması,

- Endemik hastalıkların kontrolü,
- Toplumda sık görülen hastalık ve yaralanmalara uygun tedavi yöntemlerinin belirlenmesi,
- Temel ilaçların temini.

Görüldüğü gibi sağlık eğitimi, toplumda yaygın görülen sağlık problemlerinin çözümü, denetimi ve önlenmesi noktasında TSH'nin ilk maddesinde yer almaktadır. Toplumsal ve bireysel sağlık alanında yaşanacak ilerlemeler, sağlık bilimindeki ilerleme ve gelişmelerin yanı sıra bireylerin gelişmelere uygun olarak yaşam davranışlarını değiştirmesine bağlıdır. Bireylerin değişimi yakalaması, sağlığını koruması ve geliştirmesi noktasında en önemli yöntemlerden bir tanesi sağlık eğitimidir.

Sağlık eğitiminin son yıllarda oldukça fazla sayıda tanımı yapılmıştır. İlk olarak sağlık eğitimi, DSÖ tarafından şöyle tanımlanmaktadır. 'Sağlık eğitimi; bireylere ve topluma sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetip uygulamak, sunulan sağlık hizmetlerini kullanmaya alıştırmak, sağlıklarını ve çevrelerini iyileştirmek için insanları ikna etmek, ortak karara vardtırmak ve eyleme yöneltmek amacıyla gerçekleştirilen eğitim uygulamalarıdır. (WHO,2001).

Smith'in 1993 yılında gerçekleştirdiği tanıma göre sağlık eğitimi; insanların ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi, sürdürülebilirliğinin sağlanması ve iyileştirilmesi ile alakalı bilgi, tutum ve davranışları belirleyen etkileşimler bütünüdür (Smith, 1993). Bu yargıda yer alan etkileşimler; sosyal çevrede, ailede, okulda veya iş

ortamında sağlık faaliyetleri kapsamında gerçekleştirilen formal veya informal eğitim etkinliklerini ifade etmektedir.

Özvarış tarafından 2011 yılında yapılan tanıma göre ise sağlık eğitimi; sağlık hizmetleri kapsamında gerçekleştirilecek etkinliklere, bireysel ve toplumsal olarak uyum sağlayacak şekilde öğrenme deneyimi kazandırmaktır. Yani sağlık eğitimi, bireysel ve toplumsal bazda sağlıkla alakalı tutum, davranış, kavram, düşünce, yaşam biçimi ve inanç değişikliğini gönüllü olarak oluşturma amacı ile düzenlenen öğrenme tarzıdır.

Başka bir tanıma göre sağlık eğitimi, bireylerin gönüllü olarak kendi yaşantısı aracılığı ile sağlık davranışı edinme sürecidir. Sağlık eğitimi süreci boyunca temel amaç, bireylerin sağlığını koruma ve geliştirme noktasında bilgi, tutum ve davranış geliştirmesini sağlayacak uygulamalar ve etkinlikler gerçekleştirmektir (Turner, 1981).

Sağlık eğitimi üzerine gerçekleştirilen tanımlamaların ortak noktası, bireylerin sağlık davranışı edinme noktasında gönüllü olması, bireysel istek ve irade göstermesidir. Ayrıca bireylere eğitim süresince kendi sağlık davranışları ile ilgili öz sorumluluk kazandırma amacı güdülmektedir. Sağlığın bireysel ve toplumsal bir değer haline gelmiş olması, bireylerin kendi sağlık sorunlarını çözmeye becerisi kazanması ve sağlığı ile ilgili davranış değişikliği göstermesi, sağlık eğitiminin etkinliğinin bir göstergesidir (Akçın, 2000).

Sağlıkları konusunda davranış değişikliği gerçekleştirecek olan bireylerin sağlık ve hastalık algısı; eğitim seviyesi, sosyo-kültürel yapısı ve bireysel inançlarına göre farklılık göstermektedir. Bu nedenle sağlık eğitim planlamaları, bireyin ve toplumun gereksinimleri doğrultusunda grubun özelliğine göre hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Toplumda sağlık eğitiminden faydalanacak grupların özelliklerinin belirlenmesinin yanı sıra eğitimi gerçekleştirecek sağlık personelinin, yeterli bilgiye sahip olması ve eğitime yeteneğini kazanmış olması gerekmektedir. Sağlık eğitimleri, bireysel ve grup şeklinde organize edilebilmektedir (Akgün, 2014).

Bireysel sağlık eğitim yönteminde, sağlık personeli bireyler ile ihtiyaçları doğrultusunda tek tek ilgilenmektedir. Örneğin; hekimlerin, hastasını muayene sırasında ve sonrasında hastalık ile ilgili bilgilendirmesi bireysel bir eğitimidir. Evde bakıma gelen veya ev ziyareti gerçekleştiren hemşirelerin gerçekleştirdiği eğitim ferdi bir eğitim örneğidir. Bireysel sağlık eğitimleri, eğitmen ile kişinin birebir olması sebebi ile grup eğitimlerine nazaran daha etkilidir (Akgün, 2014).

Grup şeklinde gerçekleştirilen sağlık eğitimlerinde gruplar, birkaç kişiden binlerce kişiye hatta ulusal düzeyden uluslararası düzeye kadar toplulukları içerebilmektedir. Bu nedenle grup eğitimleri, eğitimin daha verimli olması ve eğitilenlerin ilgi duymasını sağlayacak eğitim araçları ile planlanmalıdır (power pointler, radyo, televizyon, internet, afiş, reklam araçları vb).

Sağlık eğitimi kapsamında ele alınacak konu türleri de iki farklı şekilde belirlenmektedir.

Birincisi kişisel hijyen, çevre sağlığı, beslenme davranışları, çocuk bakımı, evde hasta bakımı gibi genel konuları kapsayan rutin sağlık eğitimleri, ikincisi ise bir hastalık epidemisi, göç olgusu veya gıda zehirlenmesi gibi farklı etkileri olan ve devamlılığı olmayan sorunları çözmeye yönelik konuları içeren sağlık eğitimleridir (Babacan ve Ulupınar, 2008).

Toplumun içinde bulunduğu koşullar ve karşılaştığı sorunlarla ilgili olarak sağlık eğitimi yapılırken, yetersiz koşulların düzelmesine ve sorunların çözümüne yardımcı olacak bazı olanakların topluma sağlanması eğitimi daha etkili ve inandırıcı yapar. Sağlık eğitiminde ele alınan başlıca konular aşağıdaki gibidir (Yurtseven, 2015):

- İnsan biyolojisi
- Hijyen
- Beslenme
- Çevre sağlığı
- Dejeneratif hastalıklardan korunma
- Kazalardan korunma
- İlk yardım
- Gebelik dönemi
- Ana-çocuk sağlığı
- Aile planlaması
- Bulaşıcı hastalıklar

- Sağlığa zararlı alışkanlıklar
- Evlilik öncesi dönem
- Ruh sağlığı
- Ağız-diş sağlığı
- Sağlık kuruluşlarından yararlanma.

Topluma sağlık eğitimi sunulurken, hangi kesimlerine öncelik tanınacağı da eğitimin etkinliği ve kalıcı oluşunun bir belirleyicisidir. Bu sıralama genellikle şu şekildedir.

1. Ev kadınları
2. Okul çocukları
3. Organize topluluklar
4. Köy toplumu
5. Şehir toplumu

Sağlık eğitimi kapsamında düzenlenen bireysel eğitimlerde çok sayıda sağlık personeline ihtiyaç duyulmaktadır. Bireysel eğitimler, herkese ulaşma noktasında eksik kalmaktadır. Bu nedenle grup eğitimleri topluma ulaşma noktasında daha çok tercih edilmektedir. Grup eğitmenleri, sağlık personeli tarafından yeterince eğitilmiş, gerekli bilgi donanımına ulaşmış toplum lideri olarak adlandırılan kişilerden oluşmaktadır. Grup eğitimlerinde toplum liderlerinin tercih edilmesi, sağlık personelinin her an toplum ile iç içe olmamasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca sağlık personelleri tarafından verilen eğitimlerde, bilimsel içeriğin ağır basması sebebi ile konu aktarımında anlaşılama gibi sorunlar ile karşılaşılmaktadır. Bunun yanı sıra

toplumun büyük bir kesimi için yeni fikirleri, davranışları ve görüşleri kendisi ile sürekli yaşayan, bilgisine güven duyduğu birisinden öğrenmesi daha kolaydır (Glanz ve ark. 1997).

Düzenlenen sağlık eğitimleri sonrasında toplumun, eğitim öncesi sağlık bilgi seviyesi ile eğitim sonrasındaki sağlık bilgi seviyesinin karşılaştırılması, eğitimin ne kadar başarılı olduğunun tespit edilmesine de imkân tanımaktadır.

Toplumun sağlık düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılan başlıca kriterler şunlardır (Yurtseven, 2015):

- Bebek ölüm oranı
- Anne ölüm oranı
- Ortalama yaşam süresi,
- Bulaşıcı hastalıkların ve paraziter enfeksiyonların yaygınlık durumu
- Dejeneratif hastalıkların toplumdaki oranı
- Beslenme durumu
- Nüfus artış hızı ve bunun yarattığı sorunlar
- Düşükler ve yarattığı sorunlar.

Bu değerlendirme kriterleri baz alınarak bireylere ve topluma yönelik düzenlenen sağlık eğitimlerinde temel amaç; bireysel ve toplumsal sağlık bilinç düzeyinin artırılması, geliştirilmesi, yaşam standartlarının yükseltilmesi ve çevre bilincinin artırılması olarak üç farklı başlıkta ele alınmaktadır. Bireylerin ve toplumun sağlık standartlarını arttıracak

bilgi, tutum, davranış ve alışkanlıkları kazandırmayı hedefleyen sağlık eğitimlerinin;

- Bireysel hastalık riskini azaltacak davranış ve tutum geliştirme,
- Koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma bilinci oluşturma,
- Erken tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasına imkân tanıma,
- Tıbbi tedavi sürecini ve süreç içerisindeki önerileri ciddiye alma ve
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazandırma gibi faydaları bulunmaktadır (Ülkü, 2010).

Sonuç olarak sağlık eğitimleri; bireylerin sağlık düzeyini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemekte, toplumun sağlık göstergelerini yükseltmektedir. Sağlık eğitimleri aracılığı ile hastaların anksiyete düzeyinin azaldığı, sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyetlerinin arttığı, öz saygı kazandığı, öz bakım düzeyini güçlendirdiği, buna bağlı olarak da yaşam standartlarının arttığı gerçekleştirilen çalışmalar ile ortaya konmuştur (Hoving ve ark. 2010; Aziznezhad ve ark. 2010).

1.2. Sağlık Eğitiminin Temel İlkeleri

Sağlık eğitimi uygulamalarının kalitesinin ve etkinliğinin artırılması için dikkat edilmesi gereken ve eğitimin daha başarılı olmasını sağlayan temel ilkeler bulunmaktadır. Bu ilkeler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır.

Açık amaç ilkesi: “Sağlık eğitimi sonrasında ne elde etmek istiyoruz” sorusunun yanıtlanması, amaçların belirlenmesi için ilk aşamadır.

Sağlık eğitimi sonunda bireylere kazandırılması amaçlanan davranışlar, eğitim sonucunda ölçmek istediğimiz bilgiler dâhilinde ölçülebilir terimler ile ifade edilmelidir. Yani sağlık eğitiminin amaçları; ölçülebilir, gözlemlenebilir, ulaşılabilir olmalıdır. Hedef kitlenin seviyesine uygun olarak hazırlanan amaçlar, yazılı olarak da net bir şekilde ifade edilmelidir (Ülkü, 2010).

Bireysel farklılık ilkesi: Sağlık eğitimleri birden fazla konu içeriğine sahip olduğu için eğitimin verileceği grubun özelliklerine ve gereksinimlerine göre düzenlenmelidir. Oluşturulan her bir grup için farklılıklar dikkatle incelenmeli ve konu seçimi bu doğrultuda yapılmalıdır (Yılmaz, 2007).

Sıra ilkesi: Sağlık eğitimi kapsamında öğretilecek konular, bilinenden bilinmeyene veya somuttan soyuta doğru bir sıralamada aktarılmalıdır. Bu durum hem anlaşılmayı kolaylaştırmakta hem de konunun hızlı benimsenmesini sağlamaktadır (Ayyıldız, 2013).

Gerçek hayata uygunluk ilkesi: Sağlık eğitimleri, eğitimi alacak kişilerin günlük yaşamlarını etkileyen konular içerisinden seçilmeli ve doğru araç-gereç ve yöntemler ile verilmelidir. Ayrıca sağlık eğitimlerinin gerçek hayata olan benzerliği, öğrenmeyi hızlandırmaktadır (Barutçugil, 2002).

Öğrendiklerini uygulama ilkesi: Sağlık eğitimi ile amaçlanan davranışlar günlük yaşamda uygulanabilir olmalıdır (Ülkü, 2010).

Sürekliilik ilkesi: Bireysel ve toplumsal bazda planlanan sağlık eğitimlerinin sürekliliği esastır (Ülkü, 2010).

Sonuçların doğruluğu ilkesi: Sağlık eğitimi sonuçlarının doğruluğu, gözlemlenebilir ve ölçülebilir yöntemler ile değerlendirilmeli ve kontrol edilmelidir (Ulusoy Gökkoca, 2001).

1.3. Sağlık Eğitiminin Planlanması, Uygulanması ve Değerlendirilmesi

Sağlık eğitimleri, etkili ve verimli bir sonuç almak için planlama, uygulama ve değerlendirme süreçlerinden oluşmalıdır.

- Planlama, sağlık eğitiminin amaçlarına ulaşabilmek için önceden tasarlanan ilkeler, kararlar ve işlemlerin bütününe ifade etmektedir. Başarı ile sonuçlandırılacak bir sağlık eğitimi için dikkatli bir planlama şarttır. İyi bir sağlık eğitimi planlaması (Özden, 2013):
- İşlevsellik,
- Esneklik,
- Gerçeklik,
- Uygulanabilirlik,
- Bilimsellik,
- Toplumsal değerlere uygunluk ilkelerine dayalı olmalıdır.

Sağlık eğitimi planı; bireysel ve toplumsal bazda gereksinimlerin analizi, stratejik planlaması ve bu doğrultuda program geliştirme aşamasından oluşmaktadır. Eğitim planlama sürecinde, hedef kitlenin ihtiyaçlarının doğru tespit edilmesi ve grubun potansiyelinin

belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Stratejik bir sağlık eğitimi planı; eğitimin konusu, amacı, hedef grubun özellikleri, eğitimin içeriği, yöntemi, araç-gereçleri, süresi, tarihi ve değerlendirilmesi basamaklarını kapsmalı ve bunlara uygun program geliştirilmelidir. Eğitim programı öncesinde katılımcıların özelliklerinin ve eğitim gereksinimlerinin bilinmesi, başarılı bir eğitimin temel unsurlarından biridir (Tabak 2000, Özden 2013).

Sağlık eğitimi uygulamaları, planlanan eğitim programlarının hayata geçirilme sürecini kapsamaktadır. İhtiyaç tespiti; gerçekleştirilmiş, hedefleri belirlenmiş ve bu yönde planlanmış sağlık eğitimlerinin hedef kitleyi etkileyecek tarzda hayata geçirilmesidir. Sağlık eğitimcisi, sağlık eğitim planını uygulamaya geçirirken; psikolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik etkileri dikkate almalıdır (Akçın, 2000).

Sağlık eğitimi değerlendirme süreci, eğitim planı ve uygulamasını içeren tüm unsurlar hakkında veri toplama, verileri analiz etme ve elde edilen sonuçları farklı ölçütlere göre kıyaslamayı içermektedir. Sağlık eğitimi değerlendirme süreci, yalnızca eğitim sürecinin çıktılarını kontrol etmek için değil aynı zamanda eğitimi alan bireylerin kazanım düzeylerini ve eğitim yaşantılarını belirleyerek eğitimci ve eğitilenin eksiklerini gidermek üzere gerçekleştirilmektedir. Sağlık eğitimi uygulayıcıları, sağlık eğitimi süreci, etkisi, çıktısı ve uzun süreli etkilerini düzenli olarak önceden belirlenmiş kriterler doğrultusunda değerlendirmelidir (Tabak 2000, Özden 2013).

BÖLÜM II:

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE SAĞLIK EĞİTİMİNİN YERİ VE ÖNEMİ

2.1. Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı

Bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, gelişmesini sağlamak, hastalıkların tedavisini gerçekleştirmek, tam bir iyileşmenin sağlanamadığı durumlarda başkasına bağlı olmadan hayatın devamını sağlamak ve toplumun genel sağlık düzeyini daha iyi duruma getirmek için gerçekleştirilen planlı faaliyetlerin tamamına sağlık hizmeti denmektedir. Sağlık hizmet sunumunda temel amaç, sağlığın korunmasıdır. Sağlık hizmetlerinin temel alanları; koruma, tedavi ve rehabilitasyon olarak sıralanmaktadır (Erkoç ve ark. 2011).

Günümüzde toplumların ekonomik gelişmişlik seviyesi arttıkça bütçelerinden sağlık hizmetlerine ayırdıkları payın da arttığı görülmektedir. Ancak unutulmaması gereken önemli bir gerçek, temel sağlık hizmetlerini dahi karşılayamayacak ekonomiye sahip toplumların varlığıdır. Buna rağmen ister gelişmiş ister gelişmemiş toplumlar olsun sunulan sağlık hizmetinin temel amacı sağlığın korunması ve geliştirilmesidir.

Günümüzün sağlık hizmet anlayışı, 1978 yılında Kazakistan'ın Alma-Ata şehrinde düzenlenen ve çok sayıda uluslararası kurum ile kuruluşun katıldığı Temel Sağlık Hizmetleri konferansında oluşmuştur. DSÖ ve UNICEF önderliğinde gerçekleştirilen konferansta temel sağlık

hizmetleri; pratik ve bilimsel temellere oturtulmuş, bilimsel ve sosyal açıdan kabul edilebilir yöntemler ve teknoloji ile toplumda bireylere ve ailelere onların tam katılımı ve kabul edebilecekleri bir maliyetle sunulan evrensel düzeyde ulaşılabilir, esas/temel sağlık hizmetleridir. TSH, toplumların hem sağlık sistemine entegre olmuş hem de sosyal ve ekonomik yönden kalkınabilirliğine odaklanmış olmalıdır (Çavmak ve Kurtuldu, 2019).

Bireylerle kurulan iletişimin ilk temas noktası olan TSH; bireylere, ailelere ve toplum geneline çalıştıkları iş yerlerinde, yaşadıkları ortamlarda olabildiğince yakından sunulan sürekli olan bir sağlık hizmetidir. Toplumların sağlık sisteminin çekirdeği olan TSH, ulusal kalkınma için de oldukça önemlidir. TSH;

- Sağlık sisteminin tamamını kapsayan ve ilgilendiren bir görüştür,
- Sağlık hizmetleri örgütlenmesinin anahtarı konumundadır,
- Sağlık hizmetlerinin temel basamağıdır,
- Planlı faaliyetler bütünüdür (Öztek ve ark. 2012).

TSH sağlanması noktasında vazgeçilmez olan 8 ana hizmet bulunmaktadır. Bunlar (Topbaş, 2018):

1. Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması,
2. Bulaşıcı hastalıklara ve enfeksiyonlara karşı bağışıklama hizmeti,
3. Yerel endemik hastalıkların denetimi ve kontrolü,
4. Bölgede veya ülkede sık görülen hastalıklara ve yaralanmalara karşı uygun tedavi,
5. Sağlık düzeyini yükseltecek sağlık eğitimleri,

6. Uygun beslenme koşulları ve gıda temininin sağlanması,
7. Güvenli su ve sanitasyon hizmetinin sağlanması,
8. Temel ilaçların sağlanmasıdır.

TSH sunumunda dikkat edilmesi gereken dört temel nokta bulunmaktadır. Bunlardan ilki sosyal eşitliktir. Çünkü sağlık hizmetinden yararlanma, doğumla birlikte kazanılmış bir haktır. Bu nedenle toplumun en uç noktasına kadar sosyal adalet duygusu içerisinde sunulması gereken bir hizmettir. İkincisi öz sorumluluktur. Bireyler kendi sağlığının bilincinde olmalı ve çocuklarının sağlığından da sorumlu olmalıdır. Bu noktada bireyler eğitilmeli, sağlık farkındalık düzeyleri yükseltilmelidir. Farkındalık seviyesi artan bireyler daha yüksek düzeyde sorumluluk almaktadır. Ayrıca bilgi düzeyi artan toplumun sağlık hizmetlerine katılımı sağlanmaktadır. Üçüncüsü sağlık hizmetinin boyutudur. Sağlık hizmet sunumu gerçekleştirilirken diğer sektörler ile iş birliği gerekmektedir. Bu nedenle sektörler arası koordinasyon çok önemlidir. Sonuncusu uluslararası dayanışmadır. Sağlık kazanılmış bir hak olarak tüm Dünya ülkelerini ilgilendiren bir konudur. Dolayısı ile gelişmiş ülkelerin gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemine destek olması gerekmektedir (Detels ve Breslow, 2011).

2.2. Temel Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme

Günümüz sağlık hizmetlerinin sunumu, ülkelerin sağlık sistemi içerisinde yer alan kurumlar ve bu kurumların örgütlenme yapısına göre farklılık göstermektedir. Her ülke kendisine uygun bir sağlık sistemi geliştirmiştir. Aynı sağlık sistemini kullanan ülkelerde bile toplum yapısına uygun olarak belirli değişiklikler gerçekleştirmiş, yenilikler eklenmiştir. Örneğin; ülkemizde temel sağlık hizmetlerinin sunumu, 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair kanun kapsamında kurulan sağlık ocakları ve sağlık evleri ile başlamıştır. Sağlık ocakları ve sağlık evleri; bölge ve nüfus tabanlı olarak bütünleşmiş sağlık hizmetlerinin ekip çalışması içerisinde sunulduğu, toplumun katılımının sağlandığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlardır. Sevk sistemi usulüne göre örgütlenmiş olan bu kurumlar, bireylerin tıbbi tedavi için ilk başvuru noktasıdır. Eğer hasta bireylerin, bu kurumlarda sağlık problemlerine çözüm bulunamaz ise ikinci basamak sağlık kurumuna, orda da çözüm bulunamaz ise üçüncü basamak sağlık kurumuna gönderilmesi planlanmıştır. Bu örgütlenme modeli, ülke sağlık sisteminin birden çok sorununa çözüm üretmiştir. Ancak sevk sistemi uygulaması devam ettirilememiştir (Topbaş, 2018).

Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından 2003 yılında açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenme yapısında köklü değişiklikler olmuştur. İlk kez Düzce ilinde pilot uygulaması gerçekleştirilen ve 2010 yılı itibari ile tüm ülkede uygulamaya geçirilen Aile Hekimliği, birinci basamak

sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar haline gelmiştir. Bu sistemin örgütlenme yapısının temelinde de sevk sistemi yer almaktadır. Tıpkı sağlık ocaklarında olduğu gibi bireyler, sağlık problemi ile karşılaştığında kayıtlı olduğu aile hekimine başvuruda bulunmaktadır. Eğer aile hekimi tarafından tedavi için daha kapsamlı bir sağlık kurumuna gidilmesi uygun görülürse ikinci basamak sağlık kurumuna sevk gerçekleşmektedir. Ancak yeni sistem içinde de sevk zinciri uygulaması hayata geçirilememiştir. Bireyler, sağlık problemleri ile karşılaştığında her üç basamağa da başvuruda bulunabilmektedir. Bu durum bireylerin sağlık problemlerine rahat çözüm aradığını düşündürse de aile hekimi tarafından kolayca çözüm sağlanacak problemlerin ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında aranmasına sebep olmaktadır. Bireylerin doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurması, kurum içerisinde iş yükü artışı ve yoğunluğun yaşanmasına sebep olurken maliyetleri de arttırmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmet sunumunun etkili ve verimli olarak devam edebilmesi için örgütlenme ilkelerine bağlı kalınmalıdır (Çavmak ve Çavmak, 2017).

Sağlık sisteminin yapı taşı olan temel sağlık hizmetlerinin örgütlenme ilkeleri aşağıdaki gibidir (Çavmak ve Kurtuldu, 2019):

- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumu aşamasında toplumun katılımı sağlanmalıdır.
- Sağlık hizmet sunumu ekip anlayışı ile gerçekleştirilmeli, hekimler öncü rol oynamalıdır.

- Bireyler sağlık problemi ile karşılaştığında ilk başvuru noktası olarak TSH'nin sunulduğu kurumlara başvurmalıdır. Yani sağlık hizmet sunumu basamaklandırılmalıdır.
- Sağlık hizmetleri, toplumun özelliklerine göre onların anlayıp kabul edeceği tarzda sunulmalıdır.
- Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, entegre hizmet anlayışı ile sunulmalıdır.
- Sağlık hizmetleri süreklilik göstermelidir.
- Bireylerin yaşamındaki riskleri tespit edebilmek amacı ile ev ve iş ortamına kadar ulaşan bir sağlık sistemi kurulmuş olmalıdır.
- Kurulan sağlık sistemi, bireyin kendi sağlığının sorumluluğunu alacak şekilde tasarlanmış olmalıdır. Ayrıca toplumun özellikleri göz önünde bulundurularak tasarlanmalıdır.
- Sağlık hizmet sunumu, ülke ekonomisinin karşılayabileceği finansman ve teknolojiye uygun olmalıdır.

TSH bireysel sorumluluğu ön planda tutma amacı gütmektedir. Dolayısı ile bu mantık içerisinde birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum için ilk başvuru noktasıdır. Koruyucu temelli anlayışa sahip olan ancak aynı zamanda entegre hizmet sunan birinci basamak sağlık hizmetleri, TSH ve sağlığın geliştirilmesi için büyük bir öneme sahiptir. Çok fazla tedavi edici sağlık hizmeti sunarak maliyetleri yükseltmek yerine, toplumun hastalıklardan korunmasını sağlamak ve sorumluluk anlayışlarını geliştirmek benimsenen ana prensiptir (Cragg ve Nutland, 2015). Dikkatli incelendiğinde TSH'nin, DSÖ tarafından önerilmiş olan sağlığı geliştirme ilkeleri ile tutarlı ve aynı doğrultuda olduğu

görülmektedir. Yaşam davranışlarının düzenlenmesi ve çevresel faktörlerin iyileştirilmesi (sağlıklı şehirler, iyi çalışma koşulları vb.), bireylerin daha az sağlık hizmetine ihtiyaç duymasını sağlamakta ve toplumun sağlık statüsünü doğrudan yükseltmektedir (Starfield, 2011).

Temel sağlık hizmetlerinin temel bileşenleri; ilk temas noktası olması, toplumun bütününe içermesi, hizmet sunumunu kesintisiz devam ettirmesi ve eş zamanlı olarak devam ettirmesi olarak sıralanabilir.

Temel sağlık hizmetleri, bireylerin herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşması veya sağlıklı yaşam için bilgi almak istemesi durumunda, hızlı ve etkin bir çözüme ulaşmak için ilk temas sağladığı noktadır. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamaktaki yoğunluğu azaltmak için kapı tutucu bir görev üstlenmektedir (Bambal ve ark. 2010).

Temel sağlık hizmetleri, toplumun bütününe kapsadığı için erken teşhis ve tanılama amacı ile aşılama, tarama, eğitim ve diğer konularda bir hizmet sunumu gerçekleştirmektedir. Bu nedenle temel sağlık hizmetlerinin içeriği, toplumda sık görülen sağlık sorunlarının tanısını koyup müdahale edebilecek seviyede olmalıdır. Temel sağlık hizmetlerinde temel amaç, toplumun bir kesimine yüksek kalitede hizmet sunmak değil toplumun tamamına olanaklar dahilinde eşit hizmet götürmektir. Dolayısı ile temel sağlık hizmetleri, bölgesel ve ekonomik farklılıkların sağlık hizmeti üzerindeki etkisini azaltarak nitelikli sağlık hizmet sunumunu gerçekleştirmelidir. Bu doğrultuda

planlanan temel sağlık hizmetleri, bölgesel nüfusun özelliklerine ve kültürel yapısına göre şekillendirilmelidir (Öcek ve Soyer, 2007).

Temel sağlık hizmetlerinde kesintisiz hizmet sunumu, hizmet alan bölgedeki nüfusun devamlı olarak sağlık hizmetine ulaşması olarak tanımlanmaktadır. Temel sağlık hizmetlerinin odağında sorun değil bireyler bulunmaktadır. Bu nedenle soruna göre değil bireye göre süreklilik göstermektedir. Süreklilik; hastalık ve tıbbi sorun ile karşılaşılmması durumunda da düzenli ve bütüncül olarak sağlık hizmetinin devam etmesi anlamındadır. Bu durum temel sağlık hizmetlerinin kendisine bağlı olan nüfus ile sürekli iletişim halinde olduğunu göstermektedir (Pala, 2015).

Temel sağlık hizmetlerinde eşgüdömlü hizmet sunumu ise hizmet götürölen bölgedeki tüm sağlık kurumlarının birbiri ile ilişkide olarak hizmet sunması olarak tanımlanmaktadır (Ateş, 2013).

Temel sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ölkelere göre farklılık göstermektedir. Ülke sağlık sisteminin başarısı temel sağlık hizmetlerinin örgütlenme yapısına ve sistem içerisindeki etkinliğine bağlıdır. Daha sağlıklı topluma sahip olan ölkelerin temel sağlık hizmetlerinin altyapısı oldukça güçlüdür. Sağlıkla ilgili eşitsizlikler daha az ve sağlık harcamaları daha düşüktür. Ölkemizde temel sağlık hizmetleri, il ve ilçe sağlık müdürlüklerine bağlı toplum sağlığı merkezleri, aile hekimlikleri ve evde bakım hizmetleri aracılığı ile sunulmaktadır.

Toplum sağlığı merkezleri, belirli bölgede yaşıayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için sağlıkla ilgili riskleri belirleyen, önleyici ve düzeltici tedbirler alan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri koordine eden kurum ve kuruluştur. Ayrıca hizmetlerin etkili ve verimli bir şekilde sunumunu gerçekleştirmek için izleyen, denetleyen, değerlendiren ve destekleyen bir kurumdur. Bölgede yer alan diğer sağlık kurum ve kuruluşları ile de koordinasyon halindedir. Toplum sağlığı merkezlerinin en önemli görevi, sağlık personellerine ve topluma yönelik gerçekleştirilecek sağlık eğitimlerinin planlamasını ve organize edilmesini sağlamaktır. Kendisine bağlı bölgede yer alan bireylerin ve sağlık personellerinin eğitim gereksinimini tespit etmek buna ek olarak sağlık politikaları doğrultusunda farkındalık çalışmaları planlamak da toplum sağlığı merkezlerinin görevleri arasındadır (Ateş, 2013).

Aile sağlığı merkezleri, bir ya da birden fazla aile hekimi tarafından tanı, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği birinci basamak sağlık kuruluşudur. Kişiselleştirilmiş hizmetlerin sunulduğu aile sağlığı merkezleri nüfusun ve ulaşımın kolay olduğu bölgelerde kurulmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinin temelinde koruyucu ve bütünleştirilmiş sağlık hizmeti bulunmaktadır. Aile sağlığı merkezleri tarafından sunulan koruyucu sağlık hizmetleri aşağıdaki gibidir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2017):

- 0-6 yaş bebekler için sunulan hizmetler,
- 15-49 yaş arası kadınlara yönelik sunulan hizmetler,
- Ergenlik dönemi hizmetleri,

- Menopoz dönem hizmetleri,
- Tüm yaş gruplarını içine alan hizmetler,
- Hasta muayenesi,
- Anne Sütü Hakkında Bilgilendirme,
- Hasta Sevk İşlemleri,
- Tek Hekim Sağlık Raporu Verilmesi,
- Enjeksiyon-Pansuman,
- Çeşitli Laboratuvar Tetkikleri,
- Acil Sağlık Hizmetleri,
- Aşılama Hizmetleri,
- Aile Planlaması,
- Küçük Cerrahi Müdahaleler,
- Hasta Hakları Başvurularını Değerlendirme,
- Organ Bağış bilgisi.

Yönetim olarak toplum sağlığı merkezine bağlı olan sağlık evleri, görev alanı olarak aile hekimliğine bağlı kurumlardır. Kırsal ve köy bölgelerine kurulmuş olan sağlık evlerinde sağlık eğitimi başta olmak üzere gebelik takipleri, mobil sağlık hizmetleri, evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri, 15-49 yaş kadınlara yönelik izlem ve değerlendirme gerçekleştirilmektedir (Pala, 2015).

2.3. Temel Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Eğitimi Uygulamaları

Sağlık eğitimi, 1950'li yıllarda sağlık personelleri ile hasta arasındaki iletişim sürecinde gerçekleşen öğretme ve öğrenme faaliyeti olarak tanımlanmıştır. Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu (STFM) tarafından sağlık eğitimi; sağlığı iyileştirmek ve geliştirmek amacı ile hasta davranışlarını etkileyen bilgi, beceri ve tavır değişikliğini sağlamak olarak tanımlanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen eğitimin amacı, hastalık ve sakatlık durumlarını önlemek üzere sağlıklı yaşam tarzını benimsetmektir (Botelho ve ark. 1999).

Günümüzde sağlık eğitimine verilen önem giderek artmaktadır. Sağlık eğitimine verilen önemin artmasında, birinci basamakta görev yapan hekimlerin ve sağlık personelinin katkısı yüksektir. Sağlıkın iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde önemli rol oynayan sağlık eğitimi, ekip işidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında belirli bir merkezde örgütlenen aile hekimlikleri, sağlık eğitimi faaliyetlerine daha çok zaman ayırabilmekte, kurumları eğitim ihtiyacı doğrultusunda koordine edebilmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde dünyanın farklı ülkelerinde de sağlıkla ilgili danışmanlık hizmeti sunulmaktadır. Aile planlaması, alkol, sigara, madde bağımlılığı, dengeli beslenme ve aşılamaya temel sağlık hizmetleri kapsamında en çok danışmanlık verilen konulardır. Ayrıca hipertansiyon, diyabet ve hiperlipidemi gibi kronik hastalıkların %90'ı birinci basamakta görev yapan personeller tarafından izlenip takip

edilmektedir. Kronik hastalıklara sahip bireylere yönelik sağlık eğitimleri dzenlenmektedir. Hastalara yönelik gerçekleştirilen sağlık eğitimi sonrasında hastaların kendisini daha iyi hissettiği, fiziki aktivitelerini arttırdığı ve genel memnuniyet dzeninin yukseldiği sonucuna ulaşılmıştır. Hastalara yönelik sağlık eğitimi dzenleyen hekimlerin de eğitiminin srece olumlu katkılarının olduğu görülmüştür (Ely ve ark. 1998).

Temel sağlık hizmeti kapsamında sunulan sağlık eğitimleri;

- Hekime gereksiz başvuruları azaltmakta,
- Hekimin iş yükünü hafifletmekte,
- Eğitim sonunda hekimin ve diğer sağlık personellerinin yasal sorumluluklarını ortadan kaldırmakta,
- Eğitim sonucu acil servislere ve polikliniklere başvuru azalmakta ve bu durum maliyetleri düşmekte,
- Toplumun sağlık bilgi dzenini artmaktadır.

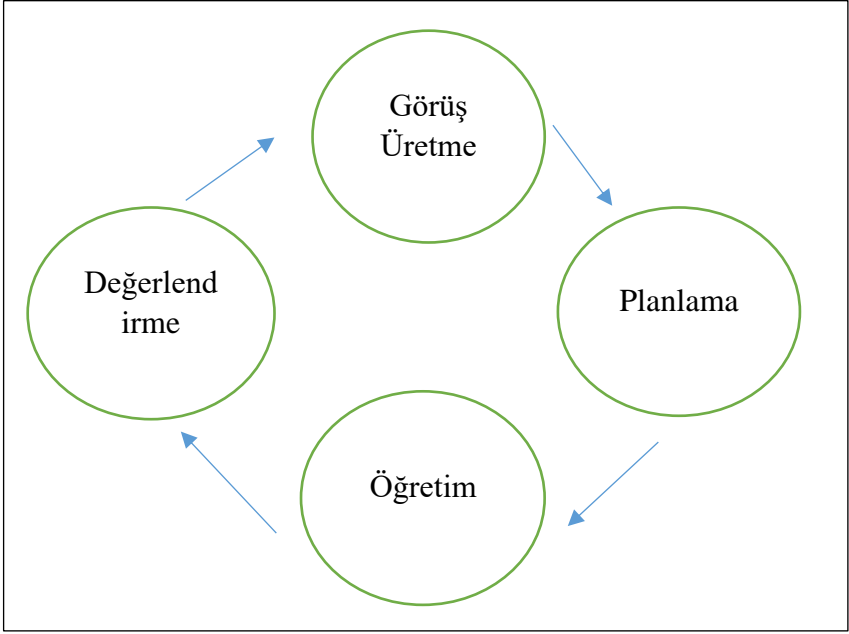
Sağlık eğitimlerini uygulamalı olarak pratiğe dökmek hekimlerin, sağlık çalışanlarının, politikacıların ve toplumun temel hedefi olmalıdır. lkelerin sağlık sistemleri sürekli değişime gebedir. Değişimin sağlanabilmesi için odak nokta, hizmet sunumunun etkinliği ve maliyetlerdir. Günümüz sağlık sistemlerinde tıbbi tedavi hizmetlerinden koruyucu sağlık hizmetlerine doğru bir geçiş söz konusudur. Ayrıca gelişen teknoloji ile birlikte hasta istek ve beklentileri de değişim göstermektedir. Bazı sağlık eğitimleri, hastalar tarafından iletilen talepler doğrultusunda zorunlu olarak

gerçekleştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinden memnuniyetin artması için hasta istek ve beklentilerinin karşılanması önem arz etmektedir (Maly ve ark. 1999).

Toplumun, sağlığı tehdit edebilecek risk faktörlerini ve bu faktörlerden korunma yöntemlerini en doğru ve kaliteli bilgi ile öğrenebileceği ilk yer birinci basamak sağlık kurumlarıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, erişilebilirliği yüksek, hizmet alımı kolay ve ucuz olan kurumlarda sunulmaktadır (Aslantekin ve Aslan, 2006).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık eğitimi için uygun bir zaman yoktur ve her fırsatta eğitim hizmeti sunulmaktadır. Serbest zaman diliminde sunulan eğitimlerde en önemli nokta, hekim hasta arasındaki iletişimidir. Çünkü hekimin hasta ile iletişim kurduğu andan itibaren eğitim başlamaktadır. Hekimin hasta öyküsünü alırken hastaya yönlendireceği bilgi, beceri ve davranış değerlendirme soruları, beslenme alışkanlıkları, madde kullanımına yönelik ifadeler ve egzersiz yapma durumları gibi sorular risk faktörlerinin belirlenmesine ve bu doğrultuda eğitim planının yapılmasına imkân sağlamaktadır. Hekim tarafından gerçekleştirilen inceleme bulguları ve bulguların anlamı, konulan tanı ve tanının ne anlama geldiği, tedavinin sonuçları, muhtemel zorluklar ve hastanın uyumu, sağlık eğitim sürecinde hasta ile birlikte değerlendirilmelidir.

Sağlık eğitimi, dinamik bir süreçten oluşmaktadır. Eğitim sürecinin aşamaları Şekil 1’de gösterilmektedir.



Şekil 1: Sağlık Eğitim Döngüsü (Aslan ve Aslantekin, 2006)

Sağlık eğitimi verilecek grup için sağlık durumu, risk faktörleri, grubun anlama düzeyi ve öğrenme isteği gözlemlenmeli ve grup hakkında bir görüş üretilmelidir. Eğitimlerin davranış değişikliği yaratması için bu nokta oldukça önemlidir.

Sağlık eğitimi ile ilgili genel bir görüş oluştuktan sonra planlama aşamasına geçilmelidir. Planlama aşamasında hangi gruba, hangi aralıklarla ve hangi materyaller ile eğitim yapılacağına karar verilmelidir. Çünkü bazı eğitimler uzun süre hazırlık gerektirirken bazıları aynı anda gerçekleştirilip sonuç alınabilmektedir. Eğitimin başlaması ile birlikte öğretim sürecine geçilmektedir. Bu süreçte en önemli nokta iletişimdir. Eğitimi alacak kişinin eğitim için hazır hissetmediği tespit edilirse eğitim bir sonraki aşamaya bırakılmalıdır.

Çünkü bireyler eğitim için hazır hissetmiyor ise davranış değişikliği kolay olmayacaktır (Kelly ve Falvo, 2000).

Sağlık eğitim sürecinin son aşaması değerlendirmedir. Değerlendirme aslında süreç başından itibaren başlamalıdır. Örneğin; iyi şeker kontrolü olmayan diyabet hastasına sadece diyabet eğitimi vermek yetmeyecektir. Bu nedenle tüm aşamalarda doğru ilerlenip ilerlenmediği mini değerlendirmeler ile kontrol edilmelidir. Değerlendirme sürecinde en sık karşılaşılan hata doğrudan eğitim mesajının verilmeye çalışılmasıdır (Kelly ve Falvo, 2000).

BÖLÜM III:

MADDE BAĞIMLILIKLARI VE MADDE DIŞI BAĞIMLILIKLAR

3.1. Bağımlılık Kavramı, Sebep ve Sonuçları

Bağımlılık kişilerin bir madde üzerinde veya bir davranış üzerinde kontrollerini kaybetmeleri, artık o maddeden veya davranıştan kopamamaları hatta onsuz yaşayamayacaklarını düşünmeye başlamaları olarak tanımlanabilir. Bağımlı kişiler bu maddelerin veya davranışların eksikliğinde çeşitli yoksunluk belirtileri gösterirler. Bu yoksunluk belirtileri bağımlılığın düzeyine göre şiddet kazanabilir. Bu belirtilerden bazıları sıkıntı, sinirlilik hali, terlemeler, kaşınma, kusma, anksiyete gibi belirtilerdir. Örneğın bazı profesyoneller normal alkol kullanımı sınırını Şu Şekilde açıklamaktadırlar; kişinin tükettiğı alkol düzeyi günlük işlerini, aile hayatını ve kişisel bakımını etkilemiyorsa bu düzey sosyal alkol kullanımı olarak tanımlanabilmektedir (Altun, 2007; Bilkent, 2016). Alkol tüketimi ile beraber bahsedilen faaliyetlerin yerine getirilmesinde sorunlar yaşanmaya başladığında artık alkol kullanım bozukluğundan ve alkol bağımlılığından bahsedilebilmektedir.

Bağımlılık bozuklukları genellikle iki alt başlık altında incelenebilir. Bunlar; madde kullanımına ilişkin bağımlılıklar ve madde kullanımına ilişkin olmayan veya davranışsal olarak isimlendirilen bağımlılıklardır. Madde kullanımına ilişkin bağımlılıklar alkol, uyuşturucu, tütün gibi maddelerin kullanımı ile ilgili iken madde kullanımına ilişkin olmayan

bağımlılıklar ise teknoloji bağımlılığı, seks bağımlılığı, işkoliklik gibi bağımlılıklardır (Sadoff, Drogin ve Gurmu, 2015).

Altun (2007)' a göre Aşağıdaki durumlardan üç tanesinin görülmesi, bir kişide bağımlılık durumunun varlığı konusunda ciddi şüpheler uyandırmalıdır:

- İlgili maddeyi kullanma veya ilgili davranışı gerçekleştirme düzeyinin son bir yılda artış göstermiş olması,
- İlgili maddeye karşı tolerans gelişmiş olması,
- İlgili maddeyi alamadığında ya da ilgili davranışı gerçekleştiremediğinde yukarıda bahsedilen yoksunluk belirtilerinin görülmesi,
- İlgili maddeyi kullanım süresinin veya ilgili davranışın gerçekleştirilme süresinin başlangıçta tasarladığından daha uzun sürmesi,
- İlgili maddeyi temin etme, kullanma ve etkisinden çıkma süresinin ya da davranışı gerçekleştirme süresinin günlük faaliyetlerini etkileyecek kadar uzun sürmesi,
- Kişinin ilgili maddenin kullanımının azaltılması ve bırakılması, ilgili davranışın artık gerçekleştirilmemesi veya daha az gerçekleştirilmesi için sürekli bir çaba içerisinde olması,
- İlgili maddenin kullanımı veya ilgili davranışların gerçekleştirilmesinin kişinin işini ve toplumsal ilişkilerini aksatmasına sebep olması,
- İlgili maddeden veya davranıştan, kişide fiziksel ve psikolojik problemler yaratmalarına rağmen vazgeçilememesi.

Bağımlılık konusunda şüphe uyandıran durumlar bunlar iken, West ve Brown (2013)' a göre aşağıda bahsedilen kişiler bağımlı değildir:

- Madde kullanmak için güçlü bir isteği olsa da kullanmayan kişiler,
- Bir davranışı gerçekleştirmek için yoğun bir isteği olmayan kişiler,
- Kronik ağrılar, depresyon veya anksiyete için tıbbi tedavi alan kişiler,
- Aşırı el yıkama isteği olan kişiler,
- Başka davranışsal bozukluklara sahip olmadan; antisosyal kişilik bozukluğu olan, Tourette sendromu olan, bulimia veya obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişiler,
- Haz almak için psikoaktif ilaç kullanmış ancak ilaç mevcut olmadığına bulmak için güçlü bir arzu duymayan kişiler,
- Fazla alkol tüketen ancak yeri geldiğinde uzun süre alkolsüz kalması kendisini fiziksel ve psikolojik olarak rahatsız etmeyen kişiler.

Bağımlılığın irade zayıflığı ile doğrudan bir alakası yoktur ve çeşitli maddelerin kullanılması veya çeşitli bağımlılık yaratacak davranışların sergilenmesi ile beraber herkeste görülebilir. Ancak kendi sorumluluklarını üstlenme, sorunlarını çözme alışkanlığı olmayan bazı kişilerin bağımlılığa daha kolay yakalanabildiği düşünülmektedir. Bunlar özellikle aile geçmişlerinde madde bağımlılığı veya davranışsal bağımlılık olan kişiler, psikolojik olarak problemler yaşayan kişiler,

yetiştirilme tarzına bağılı olarak bu tür bağımlılıklara yatkın olan kişiler olabilmektedir (Hiroi ve Agatsuma, 2005; Goldman vd., 2005; Kreek vd., 2004; Hyman vd., 2006). Cinsiyet, yalnızlık, madde kullanımına başlanan yaş, stres ve kullanılan maddenin türü de bağımlılıkta önemli rol oynayan diğere etkenlerdir (Nordqvist, 2016). Örneğın gençlerde bağımlılık görülme oranları yetişkinlerden yüksektir (Wong vd., 2013).

Madde bağımlılıkları ve davranışsal bağımlılıklar aşağıda yer alan çok sayıda fiziksel, psikolojik ve sosyal problemleri de beraberinde getirebilirler (Ghodse, 2002; Thomas, 1996; GWF, 2016; NIDA, 2007; ASAM, 2011; Chou ve Hsiao, 2000; Lam vd., 2009; Zhang, 2015; Johnson vd., 2000; Hu, 2008; Pates ve Riley, 2012; Boyle, 2013; Marsch, 2014; Piscitelli ve Gallicano, 2001; Balcı ve Gülnar, 2009; Yeşilay, 2016):

- Organ hasarları,
- Hormon dengesizlikleri,
- Ağız kuruluğu,
- Baş ağrıları,
- Yorgunluk,
- Motivasyon eksikliğı,
- Sırt ağrıları,
- Boyun kaslarında ağrılar,
- Beslenme bozuklukları,
- Obezite,
- Bağışıklık sisteminin zayıflaması,

- Nikotin veya steroid kullanımı ile gelişebilen kanserler,
- Akciğer, mide, yemek borusu, gırtlak, pankreas ve cilt kanserleri,
- Kardiyovasküler sistem hastalıkları,
- Yüksek kan basıncı,
- İnme (Stroke)
- Karaciğer tahribatları,
- Hepatit B ve C,
- Siroz,
- Riskli cinsel davranışlar,
- Üreme sağlığı ile ilgili problemler,
- Ağız kokusu ve diş çürümeleri,
- Gastrointestinal rahatsızlıklar,
- HIV/AIDS,
- Uyku bozuklukları,
- Göz tahribatı,
- Depresyon,
- Anksiyete,
- Hafıza kaybı ve öğrenme bozuklukları,
- Sinirlilik,
- Hızlı ruh hali değişiklikleri,
- Paranoya,
- Düşmanca davranışlar (Hostility),
- Şiddet (Violence),
- Panik atak,
- Psikoz,

- Aile ilişkilerinde bozulma,
- İş hayatının kötü etkilenmesi ve işin kaybedilmesi,
- Eğitim hayatının sekteye uğraması,
- Hukuki problemler.

Görüldüğü gibi hem madde bağımlılıklarının hem de madde dışı bağımlılıkların yol açtığı çok sayıda fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar vardır. Bu sorunların bir kısmında iyileşme mümkündür ancak örneğin HIV/AIDS gibi bir hastalık bulaştıktan sonra iyileşmesi mümkün olmamaktadır (son dönemde HIV/AIDS tedavilerinde önemli ilerlemeler sağlanmasına rağmen henüz kesin bir tedavisi bulunmamaktadır). Bununla beraber bazı kanser türleri ise son derece ölümcül olabilmektedir. Bu nedenle bağımlılıklar için en iyi çözüm aslında hiç bağımlı olmamaktır. Madde bağımlılıkları genellikle merak etme ve bir defadan bir şey olmaz düşüncesinden dolayı bir maddenin kullanılması ile başlamaktadır. Bazen de kişiler çeşitli sosyal ortamlarda bulunabilmek için bu maddelere başlayabilmektedir. Ancak bağımlılık yaratıcı çoğu madde hızlı bir şekilde etkisini göstererek bağımlılık yaratmaktadır. Madde dışı bağımlılıklarda ise altta yatan başka psikiyatrik bozukluklar olabileceğine dair görüşler vardır. Psikiyatrik problemler ortaya çıktığı zaman profesyonel destek almak bu noktada önem kazanmaktadır. Psikiyatrik bir bozuklukta kişi profesyonel bir tedavi almadığı takdirde çeşitli davranışlar ile bu bozukluğu dengelemeye çalışmakta, bu durum da davranışsal bağımlılıklara yol açabilmektedir. Hem madde hem de madde dışı bağımlılıklarda sorunun ortaya çıkmaması en çok arzu edilen şeydir.

Sorun ortaya çıktığında ise derhal profesyonel desteğe başvurulması bağımlılıktan kurtulma noktasında oldukça önemlidir.

Bireylerde fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan derin etkiler yaratan alkol, sigara ve uyuşturucu madde bağımlılıklarının detayına kitabın bu bölümünde yer verilecektir. Madde bağımlılıklarının incelenmesinin ardından ise madde dışı (davranışsal) bağımlılıklar konusu ele alınacaktır.

3.2. Uyuşturucu Madde Bağımlılıkları

Genel olarak uyuşturucudan bahsedildiğinde hemen herkesin aklına benzer düşünceler gelse de çoğunlukla ayrıntılı olarak uyuşturucunun ne olduğu bilinmemektedir. Uyarıcı maddeler de uyuşturucu maddeler gibi ciddi bağımlılıklara yol açabilmektedir. Bu nedenle uyuşturucu maddelerin tanımının yapılması gerekirse; uyuşturucu maddeler vücuda alındığında ruhsal, fiziksel ve davranışsal değişikliklere sebep olabilen ve bağımlılık yapabilen maddelerdir (Ögel, 1997; Ghodse, 2002). Özden (1992)' e göre bir maddenin bağımlılık yapıcı olarak kabul edilebilmesi için az veya çok sürekli kullanılması, madde kullanımı azaltıldıktan veya kesildikten sonra yoksunluk (kesilme) belirtilerinin ortaya çıkması gerekmektedir.

Kesilme Sendromu: Kesilme sendromu kullanılan maddenin kesilmesi veya azaltılması ile ortaya çıkan ve kullanılan maddeye özgü bir dizi semptom olarak tanımlanabilir. Kullanılan madde ile ilişkili olarak değişik belirtiler gösteren kesilme sendromunda sıklıkla; sıkıntı, huzursuzluk, irritabilite, uykusuzluk ve dikkat bozukluğu gözlemlenir.

nebilir. Bu belirtilerin yanında kusma, mide bulantısı, terleme, taşikardi gibi fiziksel belirtiler de görülebilir (Özden, 1992).

Önceleri yabancı kaynaklarda uyuşturucu maddeler için “drug” kelimesi kullanılmış ancak “drug” kelimesi içerisinde ilaçları da barındırdığı için bu konuda bir kavram karmaşası yaşanmasını önlemek amacı ile son zamanlarda “substance” kelimesi kullanılmaya başlanmıştır. Bağımlılık yapıcı maddeler genel olarak; içerisinde morfin, eroin, kodein, metadon ve meteridin gibi maddeler barındıran opiyatlar; amfetamin, kokain, ecstasy ve kafein gibi uyarıcılar, barbitüratlar, meprobomat, diazem, alkol ve akineton gibi merkezi sinir sistemini baskılayanlar; LSD, meskalin, psilocybin, dimetiltriptamin, dietiltriptamin, dimetoksimetil amfetamin, metilendioksi amfetamin gibi halüsinojenler; tiner, benzen, gazolin ve glue (örn.bali gibi yapıştırıcılar) gibi uçucu maddeler, esrar ve benzerleri ve fensiklidin gibi maddeler olarak sınıflandırılabilir (Ghodse, 2002; Ögel, 1997). Bu çok sayıda maddenin yanı sıra sigara ve alkol de uyuşturucu kapsamına girmektedir. Her ne kadar kültürümüzde uyuşturucu madde kapsamında değilmiş gibi düşünülse de aslında şiddetli birer bağımlılık yapıcı madde oldukları için tüm dünyada bu kapsam içerisinde değerlendirilmektedir. Morfin ve kokain gibi bazı maddeler doğada bulunabilen ve bazı işlemlerden geçirilerek farklı maddeler elde edilebilen maddelerdir. Ecstasy gibi bazı maddeler ise yapaydır ve tamamen laboratuvar ortamında üretilir. Bağımlılık yapıcı maddelerin bir kısmı yasal olarak hekimin reçete etmesi ile alınabilir. Alkol ve sigara gibi maddeler ise kolaylıkla erişilebilen ve reçeteye veya başka

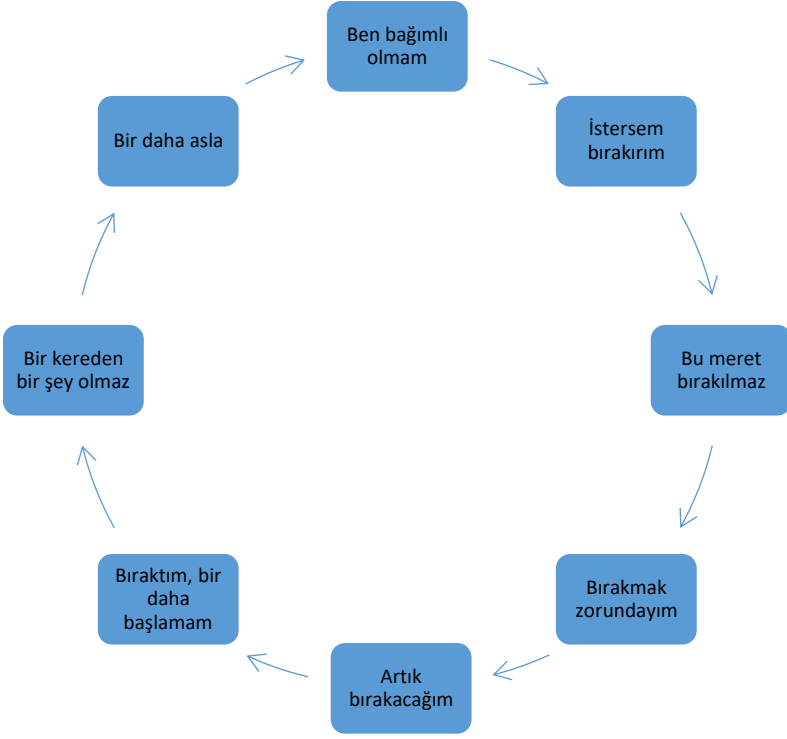
bir izne tabi olmayan (18 yaşın altındakilere satılmama hariç) maddelerdir (Ögel, 1997).

Bağımlılık yapıcı maddeler beyinde geçici veya kalıcı hasarlara neden olabilir. Kullanılan maddeye göre beyin etkilenen bölümleri farklılık gösterebilir. Ancak genel olarak uyuşturucu maddeler beyni şu şekilde etkilemektedirler (Yeşilay tbm, 2014);

- Uyuşturucu madde beyin frontal lobuna etki ederek kişinin cesaretinin artmasına, engellerinden sıyrılmış hissetmesine sebep olur. Bu nedenle kişiler istemedikleri şeyleri söyleyebilir, daha sonra pişman olacakları davranışlarda bulunabilirler. Ayrıca bu bölgenin etkilenmesi ile beraber kişiler karar almada zorlanmakta, duygu ve dürtülerini kontrol etmekte güçlükler yaşamaktadırlar.
- Hipotalamus' ta ortaya çıkan değişimlere bağlı olarak böbreklerin işlevlerinde bozulmalar olabilir ve böylece vücuttan daha fazla su atılır. Ertesi gün yaşanan susuzluk, baş ve vücut ağrılarının sebebi budur.
- Uyuşturucu maddeler sıklıkla beyinciğe etki ederler. Beyinciğin etkilenmesinde en çok görülen problem dengenin bozulmasıdır ve dengesini sağlayamayan kişiler çoğu zaman düşmeler ile yaralanmaktadırlar.
- Uyuşturucu maddelerin kullanımı ile beraber temporal lobda yer alan Hipokampus bölgesi özellikle etkilenmektedir. Bu bölge beyin hafıza ile ilgili bölümüdür. Hipokampus etkilendiği için

bazen kişiler madde etkisi altında iken neler yaptıklarını hatırlayamazlar.

Tosun (2008)' a göre madde kullanımına başlama noktasında üç unsur kritik önem taşımaktadır. Bunlar; maddenin elde edilebilir oluşu, madde kullanımına yatkın kişilik ve içinde bulunulan sosyal çevredir. Maddenin elde edilebilir olması ile madde kullanımının başlaması arasında önemli bir ilişki vardır. Kişiler maddeleri doktor reçeteleri (benzodiazepin gibi) ile, yasal yollarla (alkol, sigara, yapıştırıcılar vb) veya yasa dışı yollarla (esrar, eroin, kokain vb) elde edebilirler. Yatkın kişilik ise farklı özelliklerle ifade edilmektedir. Örneğin aşırı güvensiz kişiler, zorluklarla başa çıkabilecek bilgi birikimine ve tecrübeye sahip olmayan kişiler, kararsız duygulanım gösteren kişiler ve impulsif davranışları baskın olan kişiler yatkın kişilik özelliklerine sahip kişiler olarak gösterilmektedirler. Ayrıca anti-sosyal kişilik bozukluğu olan kişiler ile madde kullanımı arasında normal popülasyona kıyasla yüksek derecede ilişki vardır. Sosyal çevre de madde kullanımında çok kritiktir. Örneğin madde kullanımının hoş karşılandığı bir toplumda kişilerin bu maddeleri kullanma ihtimali yüksektir. Sigara kullanımının büyüklük ve güç göstergesi olduğu alt gelir gruplarında sigara bağımlılığı yüksek olabilirken kokain kullanımının prestij kazandırdığının düşünüldüğü üst gelir grubunda kokain bağımlılıkları yüksek olabilmektedir.

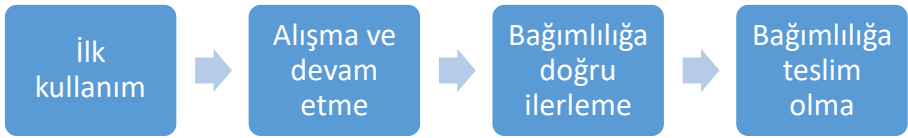


Şekil 2: Bağımlılık Döngüsü (<http://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/bagimlilik-nedir>).

Genellikle şekilde görülen bağımlılık döngüsü “bir kereden bir şey olmaz” noktasından başlamaktadır. Kişiler çeşitli sebepler ile bu maddeleri denemekte ve bir defalık kullanımdan bir zarar gelmeyeceğini düşünmektedirler (ancak daha önce de bahsedildiği gibi bazı maddeler ilk kullanımdan itibaren bağımlılık yaratabilmektedir). Daha sonra ise ilgili maddenin bir daha kullanılmayacağına ilişkin düşünceler gelmekte, ancak kişiler “ben bağımlı olmam” yanılgısına düşerek maddeyi tekrar kullanmaktadırlar. Asıl bağımlılık döngüsü de bu noktada başlamaktadır. Bundan sonra kişi maddeyi sürekli

kullanmakta ve istediği zaman bırakabileceğini iddia etmektedir. Süreç ilgili maddeyi bırakmaya kadar gitse bile madde bağımlılıklarında nüks vakaları sıklıkla görölmektedir.

Bağımlılık süreci merak, kullanmaya zorlanma, problemlerden kaçış veya sosyal çevrede yer edinebilme amacı ile madde kullanmaya başlanması, maddeye alışma ve bağımlı olmaya doğru ilerleme ve bağımlılığa teslim olma süreçlerinden oluşur. Daha sonra kişiler tedavi alabilir ancak tedaviden sonra maddenin yeniden kullanılması bu sürecin baştan başlamasına sebep olabilmektedir (Yeşilay tbm, 2014).



Şekil 3: Bağımlılık Süreci (Yeşilay tbm, 2014).

Bağımlılıklar ve bağımlılığa sebep olan maddeler ile ilgili aslında yanlış olan ancak çoğu kişi tarafından doğru kabul edilen çok sayıda düşünce vardır. Bağımlılık yapıcı maddeler ile ilgili sıklıkla karşılaşılan ve doğru bilinen yanlışlar aşağıdaki gibidir (Tarhan ve Nurmedov, 2011; Yeşilay tbm, 2014);

- Bağımlılık iradesizliktir: Bazı mental problemler kişilerin bağımlılığa yatkınlığını artırmaktadır ancak bu tür problemleri yaşayan ve bağımlı olmayan kişiler olduğu gibi, bu tür problemleri olmamasına rağmen bağımlı olan kişiler vardır. Ayrıca yapılan çalışmalar, irade ile beynin haz ve ödöl

merkezlerinin kontrol altına alınmasının mümkün olmadığını göstermektedir.

- Bir kereden bir şey olmaz: Bağımlılık yapıcı maddenin bir defa kullanılması bir sonraki kullanım için kişinin maddeyi bulmasını kolaylaştırır ve kişi artık bu maddeyi almaktan korkmaz. Bazı çalışmalarda özellikle yatkınlığı olan kişilerde bir defa esrar kullanımının şizofreni gibi problemlere sebep olabildiği anlaşılmıştır. Ayrıca bazı maddeler ilk kullanımla beraber kişide bağımlılığa yol açabilmektedir.
- Madde sadece kullanan kişiye zarar verir: Bağımlı kişiler üretim faaliyetlerine katılamaz, sadece tüketen birer birey konumuna düşerler. Bu kişiler kullandıkları maddeleri elde edebilmek için önce kendi finansal kaynaklarını tüketmekte, ardından çeşitli suçlara karışabilmektedirler. Ayrıca uyuşturucu maddelerden elde edilen kazançlar çoğu zaman doğrudan veya dolaylı olarak terör örgütlerini finanse etmektedir.

3.3. Madde Bağımlılığını Önleme ve Bağımlılıkta Tedavi

Madde bağımlılıklarıyla mücadele ile ilgili daha önce de belirtildiği üzere en etkili yöntem aslında bağımlılığın önlenmesidir. Madde bağımlılığının gelişmesi ile beraber tedavi oldukça güç hale gelmekte, madde kullanımına ilişkin fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunların da tedavide göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Aynı zamanda bu bağımlılıkların bireylere ve topluma getirdiği ekonomik ve manevi yükler de çok ağır olmaktadır. Bu nedenle bağımlılığın sebeplerini

anlayarak madde kullanımını önleyici tedbirlerin alınması gerekmektedir. Madde bağımlılıklarında tedavi ve önleme faaliyetleri ayrı ayrı değerlendirilmesi gereken konulardır.

Madde bağımlılığı hastalığının tedavisi güç olsa da mümkündür. Bağımlılık tedavisinde kesin bir başarı oranı ortaya koymak doğru değildir. Çünkü bağımlılık tedavisinin başarısı çeşitli faktörlere bağlıdır. Tedavi yöntemi, kullanılan maddeye göre farklılık göstermektedir ve her madde bağımlılığında kullanılacak tek ve kesin bir yöntem yoktur. Birçok bağımlıda madde bağımlılığı ile beraber ruhsal, mesleki, genel tıbbi ve sosyal sorunlar da görülmektedir ve bu durum bağımlılık tedavisini güçleştirebilmektedir (Ögel, 1997; Dilbaz, 2012; Volkow, 2010). Madde bağımlılığı tedavilerinde dikkate alınması gereken bazı ilkeler vardır ve bu ilkelere uyulması bağımlılık tedavisinin başarısını artıracaktır (Tarhan ve Nurmedov, 2011; Dilbaz, 2012):

- Her bir madde bağımlılığı vakası kendi karakteristikleri içinde değerlendirilmelidir. Kişinin kullandığı madde, aile yapısı, sosyal çevresi, mesleği gibi özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır.
- Zaten tedavi olma kararını vermesi zor olan bir madde bağımlısı tedavi olmaya karar verdiği anda ulaşılabilir bir tedavi imkânı olmalıdır.
- Tedavinin başarılı olması için kişilerin sadece madde kullanımlarına yönelik değil, bununla beraber biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlarına yönelik girişimlerde de bulunulması gerekmektedir.

- Süreç içerisinde kişinin tedavi planının değişmesi gerekebilir. Tedavide danışmanlık ve terapilerin yanı sıra bazen süreç içerisinde ortaya çıkan yeni problemlere yönelik bazen de kişilerin tedavinin başında anlatmadıkları sorunlarına yönelik olarak yeni tedavi yöntemleri gerekebilir. Örneğın bir bağımlıda eşi ile yaşadığı problemlerden dolayı sıklıkla nüksetme durumu gözleniyorsa bağımlılık tedavisine ek olarak çift terapisi de eklenmelidir.
- Tedavinin etkin olmasında önemli olan faktörlerden biri de tedavinin süresidir. Yapılan araştırmalar 3 aylık sürenin kritik bir öneme sahip olduğunu göstermektedir. Bu noktadan sonra alınacak ek tedaviler bağımlılığın nüksetme ihtimalini azaltabilmektedir. Hastaların önemli bir kısmı henüz tedavileri tamamlanmadan tedavi programlarını terk edebilmektedir. Bu nedenle programların erken terkedilmesinin önüne geçebilecek yöntemlerin uygulanması gerekmektedir.
- Sorun çözme ve madde kullanımına direnç gösterme becerilerinin artırılmasında danışmanlık hizmetleri ve terapiler önemli bir yer tutmaktadır.
- Danışmanlık hizmetleri ve terapiler ile beraber ilaç kullanımının da tedavide önemli bir faktör olduğu unutulmamalıdır.
- Tedavinin ilk adımı “arındırma (detoksifikasyon)” dır, ancak bağımlılıktan kurtulmada arındırma adımı tek başına etkili olamamaktadır. Arındırma uygulamaları madde kullanımının terk edilmesine bağılı olarak ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik yoksunluk belirtilerinin tedavisini amaçlamaktadır.

- Tedavinin başarılı olabilmesi için isteğe bağlı olması şart değildir. Madde bağımlılıklarında kişilerin kendi istekleri ile tedaviye başladığı durumlar çok nadirdir. Genellikle madde bağımlıları eşlerin zorlaması, işlerini kaybetme tehditleri gibi faktörlerden dolayı tedavi arayışına girmektedir. Her ne kadar tedavi sürecinde bağımlı bireyin işbirliği önemli olsa da, yapılan araştırmalara göre tedavinin başarılı olması noktasında kendi istekleri ile tedavi alanlar ile tedavi almaya zorlananlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.
- Tedavi sırasında bağımlılarda bazen madde kullanmaya devam etme veya maddeden uzak kaldıktan sonra nüksetme vakaları görülebilmektedir. Bu nedenle kişilerin belirli aralıklarla madde kullanıp kullanmadıkları kontrol edilmelidir.

Madde bağımlılığı tedavisinin iki temel amacından ilki kullanılan maddenin tamamen terk edilmesidir. Bağımlılık tedavisinde çoğu zaman tek çözüm budur. Ancak bazı durumlarda bağımlılıktan kontrollü kullanım durumlarına geçiş düşük bir ihtimal olsa da mümkündür. İkinci olarak ise bağımlı kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarının beraber ele alınıp çözülmesidir. Madde bağımlılıkları beraberlerinde çeşitli problemleri getirmektedir. Daha önce bahsedilen fiziksel, psikolojik ve sosyal problemlerin yanı sıra bağımlıların sosyo-ekonomik durumları da olumsuz etkilenmektedir. Madde kullanımı henüz alışkanlık veya kötüye kullanım (abuse) durumunda iken tedavi edilmelidir. Bu aşamada kişilerin bağımlılıktan kurtulması daha kolay, hızlı ve düşük maliyetlidir. Madde kullanımı

bağımlılık düzeyine gelmişse ilk olarak arındırma uygulamaları başlatılmalı ve kapsamlı bir tedavi planı çizilmelidir. Bu tedavi planı danışmanlık, terapi ve ilaç uygulamalarını içerebilir. Bağımlılığın şiddetine, kullanılan maddeye, aile yapısına ve toplum yapısına bağlı olarak kişiler ayaktan tedavi edilebileceği gibi hastaneye yatırılarak da tedavi altına alınabilmektedirler (Tosun, 2008). Tedavinin yatarak veya ayaktan uygulanmasına karar verebilmek için göz önünde bulundurulması gereken bazı durumlar vardır. Aşağıdaki durumlar söz konusu ise kişi hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir (Tarhan ve Nurmedov, 2011):

- Bağımlı kişinin ayaktan tedaviye ve izleme ilişkin geçmiş öyküsü iyi değilse ve ayaktan tedavi daha önce denenmiş ancak başarısız olmuş ise,
- Bağımlı kişide hastaneye yatmayı gerektirecek hayatı tehdit eden yoksunluk belirtileri varsa,
- Ayaktan tedavi esnasında madde kullanılması, kişinin hayatını tehdit edecek durumlara sebep olabilecek ise,
- Eşlik eden ruhsal hastalıklara ilişkin aktif belirtiler gözleniyorsa,
- Kendisine veya çevresindeki insanlara zarar verme ihtimali bulunuyorsa,
- Çoklu madde kullanımı mevcutsa, yatarak tedavi seçilmelidir.

Madde bağımlılıklarının tedavisinde danışmanlık ve terapinin yanı sıra ilaç tedavileri de uygulanmakta ve başarıyı oldukça artırmaktadır. Örneğin tütün bağımlılığında “bupropion”, alkol tedavisinde “nalrexone” terapilerle beraber tedavilerin başarı oranını ciddi derece

artırmaktadır. Madde kullanımı ile gelişen çeşitli fiziksel rahatsızlıklar görülebilmektedir. Örneğin kokain ve ecstasy beyin ve kalp damar hastalıkları ile hipertansiyona sebep olabilmektedir. Bu nedenle kişilerin izlem altında tutulması gerekebilir, çeşitli ilaçlarla bu tür problemlerin çözümü sağlanabilir. Aynı zamanda madde kullanımı sonrası oluşan depresyon, anksiyete, paranoya, uyku bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi durumlarda antidepresanlar gibi psikiyatrik ilaçlar da kullanılmaktadır (Tarhan ve Nurmedov, 2011; Volkow, 2010). Bağımlılık tedavisinin arındırma aşamasında madde kullanımının terkedilmesine bağlı olarak ortaya çıkan ve bazen hayatı tehdit eden semptomların giderilmesi amaçlanır (Tosun, 2008). Kişi yoksunluk kaynaklı sıkıntıları atlattıktan sonra kendisi ve çevresi için bir anlama ve değişim sürecine girmektedir. Bu dönemde çok sayıda farklı yöntem uygulanabilir. Bu yöntemlerin temel amacı kişinin öncelikle kendini tanımasını ve kendini değerlendirme yetisi kazanmasını sağlamaktır. Madde bağımlılığına sebep olan kişilik sorunları, güvensizlik, kötü çevre, mental bozukluklar gibi etkenlerin araştırılması ve ortadan kaldırılması gerekmektedir. Aynı zamanda kişiye bağımlılığın getirdiği davranış kalıplarının yerine yeni davranış kalıplarının kazandırılması gerekmektedir (Ögel, 1997). Bu noktada davranışsal tedaviler devreye girmektedir. Bu tedaviler kişilerin; uyuşturucu madde kullanımına bağlı yaklaşım ve davranışlarını değiştiren, kişilerin madde kullanma arzusunu artıran durumların önüne geçen ve kişilere madde kullanmalarına sebep olan durumlara karşı koyma becerisi kazandıran tedavilere katılmalarına yardım etmektedir (Volkow, 2010). Bu tedavi yöntemlerinden “Bilişsel Davranışçı Terapi

(Cognitive Behavioral Therapy)” kişilerin madde kullanmaya yatkın hale gelmelerine sebep olan durumları fark etmelerine, bu durumlardan uzak kalmalarına ve bu durumlarla baş edebilmelerine yardımcı olan bir yöntemdir. “Olasılık Yönetimi (Contingency Management)” yöntemi ise istenen davranışların sergilenmesi için pozitif teşvikler içeren bir yöntemdir. “Motivasyon Artırma Terapisi (Motivational Enhancement Therapy)” yönteminde kişileri uyuşturucu maddelerden uzak tutacak ve tedaviye dahil olmalarını kolaylaştıracak motivasyonu sağlamak için çeşitli stratejiler uygulanmaktadır. “Aile Terapisi (Family Therapy)” yöntemi ise kişilerin madde kullanım durumlarını içinde buldukları ve riskli davranışlara sebep olabilecek aile ortamına yönelik olarak inceleyen bir yöntemdir (Volkow, 2010).

Uygulanabilecek tedavi yöntemlerinden bir diğeri “Sürdürme Tedavisi (Maintenance Therapy)” dir. Madde kullanımının sonlandırılmadığı veya kişinin kullandığı maddeyi bırakmak istemediği durumlarda tercih edilen ve kullanılan maddenin yerini tutabilecek ancak o maddeye göre daha zararsız, daha az bağımlılık yapıcı etkisi olan bir maddenin kontrollü olarak bağımlı kişiye verilmesidir. Bir sağlık kuruluşundan ve belirli dozlarda alınan maddeler yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasını engellemektedir. Bu nedenle bağımlı kişiler uyuşturucu maddelere yasadışı yollardan ulaşmaya çalışmamakta, finansal olarak yıkıma uğramamakta ve maddeyi satın alabilmek adına suçlara bulaşmamaktadır. Ayrıca sürdürme tedavisi ile beraber psikolojik ve sosyal destek de alan bağımlıların zaman içerisinde bu maddeleri de bırakması kolaylaşmaktadır. Ancak bazı durumlarda sürdürme tedavisi

suiistimal edilebilmekte, tedavi alan kişiler aynı zamanda bağımlı oldukları maddeleri de kullanmaya devam edebilmektedirler. Sürdürme tedavisi ile beraber madde kullanımına devam edilmesi veya sürdürme tedavisinde verilen örneğin oral yol ile alınması gereken maddelerin çeşitli işlemlerden geçirilerek damar yolu ile alınması çok daha kötü sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle sürdürme tedavisi uygulanan kişiler de çok iyi izlenmelidir (Tosun, 2008; Brust, 2004; Walters ve Rotgers, 2011).

Bir diğer yöntem ise “Zarar Azaltma (Harm Reduction)” yöntemidir. Bu yöntem ilk aşamada madde kullanımının sona erdirilemediği vakalarda maddeye ilişkin olarak ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik zararların azaltılmasına odaklanır ancak nihai amaç madde kullanımının sonlandırılması olabilir. Bu yaklaşımın ortaya çıkmasında ortak kullanılan enjektörlerden dolayı ortaya çıkan HIV/AIDS vakaları önemli bir rol oynamıştır. Yapılan araştırmaların bazılarında damar yolu ile madde kullananların yarısından fazlasının HIV pozitif olduğu bulunmuştur. Örneğin madde kullanımının sonlandırılmadığı durumlarda kişilerin ortak enjektörler kullanmasının önüne geçilmesi, kendi kendine enjeksiyonun yol açtığı problemlere yönelik eğitimler verilmesi ve hatta kişilere enjektör dağıtılması birer zarar azaltma metodu olabilmektedir. Sürdürme programları birer tedavi yöntemi olmakla beraber aynı zamanda birer zarar azaltma yöntemidir. Kişilerin yaşadıkları fiziksel ve psikolojik problemlerin azaltılması ve madde kullanımına ilişkin olarak başkalarına verdikleri ve verebilecekleri

zararların önlenmesi zarar azaltma programlarında temel hedefdir (Tosun, 2008; Cherry vd., 2002).

Madde bağımlılıklarında tedavinin ardından bağımlılığın nüksetme ihtimali nispeten yüksektir. Bu nedenle tedavi programlarının bünyesinde nüksetmenin önlenmesine yönelik girişimlerin de bulunması gerekmektedir. Nüksetmenin önlenmesinde dengeli bir yaşamı destekleyen önlemler alınması, nüksetme risklerinin belirlenmesi ve bunlara karşı bir yaklaşım geliştirilmesi, madde kullanma isteğine karşı başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve nüksetme ile ilgili bilişlerin düzeltilmesi önemli birer stratejidir. Bu stratejilerin yanında örneğin alkol bağımlılığı gibi bazı bağımlılıklarda “naltrekson” gibi ilaçların kullanılması da bir yöntem olarak tercih edilebilmektedir. Beyazyürek ve Şatır (2000)’ a göre bir yıllık naltrekson uygulamalarında bir yıllık tam iyileşme oranı %47 civarı olmaktadır (Kalyoncu ve Mırsal, 2000; Beyazyürek ve Şatır, 2000; Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Uyuşturucu madde kullanımının tedavisi ile ilgili yaşanan en büyük problemlerden biri de kişilerin ceza alacakları korkusu ile bir sağlık kuruluşuna başvurmak istememeleridir. Yasadışı uyuşturucu madde kullananlar, imal edilmesi faaliyetlerinde bulunanlar veya ticaretinde yer almış olanlar Türk Ceza Kanunu' nun 192. Maddesine göre "Etkin Pişmanlık" uygulamasından yararlanabilirler. Kanunun bu maddesine göre:

(1) Uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti suçlarına iştirak etmiş olan kişi, resm makamlar tarafından haber alınmadan önce, diğer suç ortaklarını ve uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin saklandığı veya imal edildiği yerleri merciine haber verirse, verilen bilginin suç ortaklarının yakalanmasını veya uyuşturucu veya uyarıcı maddenin ele geçirilmesini sağlaması hlinde, hakkında cezaya hükmolunmaz.

(2) Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi, resm makamlar tarafından haber alınmadan önce, bu maddeyi kimden, nerede ve ne zaman temin ettiğini merciine haber vererek suçluların yakalanmalarını veya uyuşturucu veya uyarıcı maddenin ele geçirilmesini kolaylaştırırsa, hakkında cezaya hükmolunmaz.

(3) Bu suçlar haber alındıktan sonra gönüllü olarak, suçun meydana çıkmasına ve fail veya diğer suç ortaklarının yakalanmasına hizmet ve yardım eden kişi hakkında verilecek ceza, yardımın niteliğine göre dörtte birden yarısına kadarı indirilir.

(4) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi, hakkında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmaktan dolayı soruşturma başlatılmadan önce resm makamlara başvurarak tedavi ettirilmesini isterse, cezaya hükmolunmaz.

İlgili maddeye göre kullanıcı durumdaki kişi hakkında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmaktan dolayı soruşturma başlatılmadan önce bir sağlık kurumuna tedavi maksadı ile başvurduğu takdirde ceza almamaktadır.

Madde bağımlılığını önleme çalışmalarının bir ayağını burada bahsedilecek olan aile tabanlı çalışmalar, okul tabanlı çalışmalar ve sosyal çalışmalar oluştururken diğer ayağını ise uyuşturucu madde üretimi, ticareti ve kullanımı ile ilgili yasal düzenlemeler ve güvenlik güçlerinin aldıkları önlemler ile yasadışı uyuşturucuya yönelik yürüttüğü operasyonlar oluşturmaktadır. Madde bağımlılıklarında, bireyler madde kullanmaya başlamadan önce önleyici tedbirlerin alınması mücadelenin esas amacıdır. Bu yaklaşıma birincil önleme denilmektedir ve eğitim gibi çeşitli yöntemler ile madde kullanılmasının engellenmesi amaçlanır (http://www.ankara.pol.tr/Sayfalar/bilgilendirme_uyusturucu.aspx, Erişim tarihi: 12.09.2016).

Önleme çabaları çeşitli düzeylerde gerçekleşmektedir. Birincil düzeyde bahsedildiği üzere henüz madde kullanmaya başlamamış risk gruplarının madde kullanmaya başlamaları önlenmeye çalışılmaktadır. İkincil düzeyde ise madde kullanılmaya başlanmıştır ancak kişinin madde kullanımı henüz bağımlılık seviyesine gelmeden erken teşhis ve tedavi hedeflenmektedir. Üçüncül düzeyde ise artık bağımlılık aşamasına gelmiş madde kullanıcılarına yönelik teşhis ve tedavi çabaları yer almaktadır. Ayrıca bu düzeyde tedavinin ardından madde kullanımına tekrar başlanmasının önlenmesine yönelik çabalar da yer almaktadır (Ögel, 1997).

Önleme girişimleri önlenmek istenen madde türlerine göre (alkol, sigara, eroin vb.), önleme çalışmalarının hedef gruplarına göre (çocuk, ergen vb.), önleme çalışmalarının uygulanacağı yerlere göre (okul, ev

vb.) veya önleme çalışmalarının içeriğine göre (eğitim, bilgilendirme, reddetme becerilerinin geliştirilmesi vb.) çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir (Morgan, 2001). Her bir önleme girişiminin farklı etkileri vardır. Okullarda kişiler madde bağımlılığının ne olduğuna, zararlarına ve reddetme yollarına ilişkin eğitim alabilmekte, toplumsal çalışmalarda ise danışma merkezlerinin kurulması, yapılacak toplantılarda madde kullanımından dolayı zarar görmüş kişilerin konuşmacı olarak yer alması gibi faaliyetlerde bulunulması mümkün olabilmektedir.

Uyuşturucu madde kullanımını önlemeye yönelik çabalar öncelikle ailede başlamaktadır. Aileler çocuklarına yaşlarına uygun olarak eğitimler verebilirler. Her yaş döneminin kendine has özellikleri ve bu dönemde dikkat edilmesi gereken noktalar vardır. Okul öncesi dönem, okul dönemi, ergenlik dönemi, 17-21 yaş arası dönem gibi dönemlerde ailelere farklı sorumluluklar düşmektedir. Okul öncesi dönem sağlık alışkanlıklarının oluşmasında en önemli dönemdir. Bu dönemde beslenme alışkanlıklarından diş fırçalama alışkanlığına kadar temel sağlık alışkanlıkları oluşmaktadır. Ailelerin bu yaş grubuna alkol, sigara, uyuşturucu gibi maddeleri anlatması gereksizdir. Bunun yerine çocukların sağlıklı alışkanlıklar kazanmalarına ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesine katkıda bulunmaları daha doğru olacaktır. Okul öncesi dönemde çocuklar ile sağlıklı yaşamın önemi ve güzellikleri konuşulabilir, çocukların yaşlarına uygun sorumlulukları almaları sağlanabilir, mevcut zararlı maddelerden uzak durmaları sağlanabilir, aile içerisinde kendisini önemli hissetmesini sağlayacak

imkânlar yaratılabilir, tanımadığı kişilere karşı yaklaşımlarının nasıl olması gerektiği öğretilir ve kendi kararlarının sorumluluklarını almaları sağlanabilir (kıyafetlerini seçmesi gibi). Okul dönemi çocukların zararlı maddeler hakkındaki bilgilere daha rahat ulaşabilecekleri bir dönemdir ve çocukların ulaştığı bilgiler yanlış veya eksik olabilmektedir. Bu nedenle zararlı ve bağımlılık yaratıcı maddelere yönelik olarak ilk bilgilendirme aile tarafından yapılmalıdır. Okul dönemi başladığı için öğretmen vurgusunun önemi iyi kavranmalı ve ailenin yanında okul tabanlı çalışmalar da yapılmalıdır. Ergenlik dönemi madde kullanımına başlamanın kolay olduğu bir dönemdir. Çocuklar bu dönemde çeşitli fiziksel ve psikolojik değişimler geçirirler ve yeni sosyal gruplara girebilirler. Bu gruplarda kendilerini kabul ettirebilmek için de madde kullanma yoluna gidebilirler.

Ergenlik dönemi 12-16 ve 17-21 yaş olarak iki dönemde incelenebilir. 12-16 yaş döneminde gençler fiziksel görünüşleri ile yoğun olarak ilgilenirler. Bu nedenle uyuşturucu madde kullanımının fiziksel etkilerinin anlatılması önemlidir. Bu yaş aralığındaki çocuklara madde kullanımı nedeni ile ciddi fiziksel değişimler geçiren kişilerden bahsedilebilir. Bu maddelerin gençlerin hem fiziksel görünümüne nasıl etki ettikleri hem de beyinlerini nasıl etkiledikleri anlatılabilir. Çocuğun bu konudaki bilgisinin sadece okul tabanlı bağımlılık eğitimleri ile sınırlı kalmaması gerekmektedir. Aileler öğretmenler ile işbirliği yapabilir, çocukları ile okuldaki eğitimler hakkında konuşabilirler. Teşvik etmek istedikleri davranışlarını öğretmenleri ile çocukların önünde konuşarak onları bu davranışları sergilemeleri için motive

edebilirler. Ayrıca çocukların boş zamanlarını ebeveyn kontrolünden uzakta geçirmelerine müsaade etmemelidirler. 17-21 yaş aralığında ise çocuklara artık gerçeklere dayalı olarak ayrıntılı bilgiler verilmesi gerekmektedir. Gerçekleşmiş veya kurgulanmış olaylar üzerinden madde kullanımının bir insanın hayatını nasıl etkileyebileceği anlatılmalıdır. Bu dönemde çocukların uyuşturucu maddeler ile mücadele programlarına katılmaları sağlanabilir. Böylece çocuklar uyuşturucu maddelerin zararlarını direkt olarak kendileri gözlemleyebileceklerdir (Yeşilay Dergisi, Haziran 2016).

Birincil, ikincil ve üçüncül düzey önleme sınıflandırmasının yanında evrensel önleme, seçici önleme ve belirlenmiş önleme şeklinde genellikle halk sağlığı alanında kullanılan bir sınıflama metodu da vardır. Evrensel önleme ele alınan popülasyonun (yerel toplum, bir okuldaki tüm öğrenciler gibi) tamamına yönelik olarak yürütülen çabaları kapsamaktadır. Burada amaç gerekli olan bilgilerin sağlanması ve ele alınan popülasyonun madde kullanımından uzak tutulmasıdır. Bir risk grubu gözetilmeksizin tüm popülasyona uygulanmaktadır. Seçici önlemede hedef, önleme çalışmalarının çeşitli sebeplerle risk altında bulunan gruplara yönelik olarak uygulanmasıdır. Toplumdaki çeşitli alt gruplar (roman, göçmen vb), çeşitli yaş grupları ve sosyal dışlanmanın yaşandığı gruplar risk altındaki gruplar olarak gösterilmektedir ve seçici önleme çalışmalarında bu grupların ele alınması gerekmektedir. Belirlenmiş önleme yaklaşımında ise madde kullanımı gelişimine yatkın bireysel özelliklere sahip ya da madde kullanımı belirtilerine sahip ancak madde kullanımı bağımlılık

düzeyine gelmemiş kişilere yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Çeşitli suçlara karışan, okula devam etme ile ilgili problemleri olan, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan, anti-sosyal kişilik bozukluğuna sahip, intihar girişiminde bulunmuş kişiler bireysel olarak madde kullanımının gelişmesine yatkın kişiler olarak gösterilmektedir. Bu yaklaşımda amaç sadece önleme değil aynı zamanda madde kullanım alışkanlıklarının bağımlılık düzeyine gelmesinin önlenmesi ve zarar azaltma çalışmalarının yapılmasıdır (Yeşilay Dergisi, Haziran 2014).

3.4. Madde Dışı (Davranışsal) Bağımlılıklar

Davranışsal bağımlılıklar ve bu bağımlılıklara ilişkin tedaviler son zamanlara kadar hem genel popülasyon tarafından hem de madde bağımlılığına odaklanmış olan profesyoneller tarafından göz ardı edilmiş mental bozukluklardı. Son yüzyılda ise hızlı değişen çevre ve teknolojiler ile beraber hem yeni davranışsal bağımlılıklar ortaya çıkmaya başlamış hem de mevcut olan davranışsal bağımlılıklar artmıştır. Bu nedenle de göz ardı edilen davranışsal bağımlılıklar yavaş da olsa hem profesyonellerin hem de genel popülasyonun dikkatini çekmeye başlamıştır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri' ndeki fast food restoranlarının sayısı 1958 yılında 600 iken 1980 yılında 140.000 e yükselmiştir. 2010 yılında ise bu rakamın 220.000 olduğu tahmin edilmektedir. Burada karşılıklı bir döngü söz konusudur. Amerika Birleşik Devletleri' nde fast food türü besinlere talep arttıkça bu talebe karşılık yeni fast food restoranları açılmış, yeni fast food restoranlarının sunduğu hızlı ve ucuz yiyecekler de bu tür besinlere olan talebi

artırmıştır. Böylece toplumda yeme bağımlılığı (food-eating addiction) ve obezite problemleri ortaya çıkmıştır. Aynı şekilde son yıllarda artan internet erişimi adeta bir “dijital uyuşturucu” haline gelmiştir (Söyler ve Kaptanoğlu, 2018). Özellikle bazı Asya ülkelerinde olmak üzere internet bağımlılığı gittikçe yayılmıştır. İnternet sadece internet bağımlılığını geliştirmekle kalmamış, online kumar bağımlılığı, internet üzerinden erişilen pornografi bağımlılığı gibi bazı bağımlılık türlerinin şekil değiştirerek yayılmasına sebep olmuştur. Aynı zamanda bu alana yönelen ilgi ile beraber bilimsel alanda da gelişmeler yaşanmıştır. Davranışsal bağımlılıkların daha iyi anlaşılması, yaygınlığının araştırılması mümkün olmuş ve madde bağımlılıkları ile ilişkisi incelenmiştir. Beyin görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi bağımlılıkların beynin hangi bölgelerini nasıl etkilediğini ortaya koyarak hem madde bağımlılıklarında hem de davranışsal bağımlılıklarda bağımlılığın daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır (Sun vd., 2013; Padwa ve Cunningham, 2010).

Genellikle insanlar madde kullanımına ilişkin bağımlılıkların daha ölümcül olduğunu düşünmektedirler ve bu konular hakkında konuşmaya daha yatkındırlar. Çünkü örneğin bir öğrencinin okulda alkol tüketmesi kötü karşılanmaktadır ve bu sebeple okuldan uzaklaştırılması mümkün olmaktadır. Ancak aynı öğrencinin okulda aşırı yemek yemesi veya hayatını tehlikeye atacak yoğunlukta bir zayıflama programı uygulaması veya interneti aşırı kullanması okuldan atılmasını gerektirmeyecektir. Ancak davranışsal bağımlılıklar da madde bağımlılıkları kadar ölümcül olabilmekte, kişilerin hayatını

olumsuz etkileyebilmekte, fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklara sebep olabilmektedir (Sun vd., 2013).

Davranışsal bağımlılıklar ile uyuşturucu madde bağımlılıkları benzer özelliklere sahiptir. İkisinde de bağımlı kişiler bağımlı oldukları davranışı sürekli yapma, maddeyi sürekli kullanma eğilimindedirler. İki bağımlılık türünde de bağımlı kişiler bağımlı olunan davranıştan ortaya çıkmış ve çıkabilecek olumsuzlukları bilmelerine rağmen vazgeçemezler. Örneğin aynı alkol bağımlılığında olduğu gibi internet bağımlılığında da kişiler bağımlılığın kendilerine ve çevrelerindeki zararı verdiğini bilmektedirler ancak internet kullanmayı bırakmamaktadırlar. Yine madde bağımlılığında olduğu gibi davranışsal bağımlılıklarda da nüksetme vakaları sık görülmektedir ve zamanla bağımlılık daha da kötüleşerek kişilerin zamanlarının neredeyse tamamını ele geçirmektedir. Aynı şekilde madde kullanımlarında olduğu gibi kişiler davranışsal bağımlılıklarda da zamanla bağımlı olunan davranışa tolerans geliştirmekte ve her defasında davranışın yoğunluğunu ve süresini artırma ihtiyacı hissetmektedirler (Padwa ve Cunningham, 2010).

Davranış bağımlılığı kapsamında düşünülebilecek çok sayıda madde ile ilişkili olmayan bağımlılık vardır. Bu bağımlılıklardan bazıları dürtü kontrol bozukluğu olarak da kabul edilebilmektedir. Bunlar genel olarak aşağıdaki bağımlılıklardır (Goldberg, 1996; Randolph, 1956; Shapley, 1978; Freud, 1928; Carnes, 1983; Cook, 1987; Hart, 2000; Suissa, 2008; Oates, 1968; Szabo, 2010):

- Beslenme ile ilişkili bağımlılıklar
- Teknoloji bağımlılıkları
- İnternet bağımlılıkları
- Kumar bağımlılıkları (Dürtü bozukluğu olarak da kabul edilmektedir)
- Cinsel bağımlılıklar
- Alışveriş bağımlılıkları
- Riskli davranışlar ile ilgili bağımlılıklar (veya adrenalin bağımlılığı)
- Plastik cerrahi bağımlılıkları
- İş bağımlılığı
- Egzersiz bağımlılığı

İnsanlar yaşamlarını sürdürmek için beslenmek zorundadırlar ancak herkes beslenme ile ilgili davranışsal bağımlılıklara yakalanmaz. Aynı şekilde cinsellik de sağlıklı hayatın bir parçasıdır ancak cinsel aktivitede bulunan herkes hiperseksüaliteye yakalanmaz. Kumar insanlık tarihinde çok eski zamanlardan beri vardır ancak kumar bağımlılarının sayısı toplam popülasyona göre çok azdır. Hayatın içinde olan, herkesin yer aldığı buna benzer aktiviteler bazen istenilen düzeyin üstüne çıkabilir ancak insanların bir kısmı bu davranışlarından tamamen uzak durabilirken bir kısmı ise artık bu davranışlarından kopamazlar. Bu tür bağımlılıklara yakalanmak ve bu davranışlardan uzaklaşmamak çok sayıda ve çok farklı faktörlerin bir araya gelmesi ile oluştuğu için insanların bir kısmı bu türden davranışsal bağımlılıklardan mustarıptirler. Madde bağımlılıklarında olduğu gibi

davranışsal bağımlılıklarda da bağımlı olunan davranışa yatkınlığa sebep olan bazı durumlar vardır ve bu durumlar çoğunlukla madde bağımlılıklarında da olduğu gibi kişilerin kaçmak istediği problemler ve mental bozukluklardır (Padwa ve Cunningham, 2010; Martin vd., 2007).

Davranışsal bağımlılıkların sebepleri genel olarak; genetik yatkınlık, psikiyatrik hastalıkların varlığı, depresyon ve anksiyete gibi bozukluklar, ebeveyn yetersizliği, zayıf aile bağları, yetersiz sosyal beceriler gibi sebeplerdir (Tarhan ve Nurmedov, 2011). Ancak spesifik bir davranışsal bağımlılığın ortaya çıkmasında farklı faktörler rol oynayabilmektedir. Örneğin kişilerin kendileri ile ilgili “Ben kötü ve hiçbir şeye değmeyen biriyim, kimse beni olduğum gibi sevmeyecek, başkalarına güvenirse ihtiyaçlarım asla karşılanmayacak, seks hayattaki en önemli şeydir” gibi çarpıtılmış düşüncelerinin olması (Bransfield, 2013), özellikle erkek çocukların ergenlikle beraber cinsel deneyimlerini yaşamalarının teşvik edildiği aile ortamları; anksiyete, depresyon gibi problemlerin olması; çocuklukta cinsel tacize uğramış olma gibi sebepler kişilerin seks bağımlılığına yakalanmalarının en büyük sebeplerindendir. Aynı şekilde monoton bir hayattan kurtulma çabası, heyecan verici aktivitelerde bulunma isteği gibi etkenler kumar bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıklara sebep olabilmektedir (Aasved, 2003). Freud (1928), Dostoyevski’ nin kumar alışkanlıklarını ele aldığı çalışmasında bu bağımlılığı Dostoyevski’ nin babasını kaybetmesi ile de ilişkilendirmiştir. Fazla yemek yemenin teşvik edildiği ve ödüllendirildiği aile ortamlarında yetişmiş olan kişiler

yemek bağımlısı olabilmekte, yemek yemeyi bir mücadele stratejisi haline getirebilmektedirler (Aasved, 2003).

Davranışsal bağımlılıkların psikolojik yönü olduğu kadar hormonal yönü de vardır. Kişiler bağımlı oldukları davranışı yerine getirdiklerinde çeşitli hormonlar (dopamin, melatonin, serotonin gibi) salgılanmaktadır ve salgılanan bu hormonlar kişilerin rahatlamış ve mutlu hissetmelerine sebep olmaktadır. Bağımlı kişiler rahatlama ve mutluluk hislerine tekrar erişebilmek için davranışlarını tekrarlamakta, gelişen tolerans nedeni ile her defasında içinde buldukları aktiviteleri yoğunlaştırmaktadırlar. Böylece bağımlılık ilerlemekte ve gittikçe kişilerin hayattaki tek amacı haline gelmektedir. Bu nedenle bazı araştırmacılar davranış bağımlılıklarını da vücutta salgılanan hormonlar nedeni ile bir çeşit madde bağımlılığı olarak tanımlamaktadırlar (Holden, 2001; Grant vd., 2010; Grant vd., 2006).

Davranışsal bağımlılıklar, dürtü bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk kapsamındaki rahatsızlıklar bazen birbirine benzemekte, profesyoneller arasında da bazı davranışların hangi gruba girdiği ile ilgili anlaşmazlıklar yaşanabilmektedir. Bazı davranışlar ayrı ayrı sınıflandırılabilir. Ancak bazen örneğin bağımlılık olarak düşünülen bu davranışlar kişilerin obsesif kompulsif bozukluktan mustarip olması dolayısıyla ile geliştirdikleri dengeleme mekanizmasından kaynaklanıyor olabilmektedir (Grant ve Potenza, 2011).

3.5. Madde Dışı (Davranışsal) Bağımlılıklarda Tedavi ve Önleme

Davranışsal bağımlılıklar ile madde bağımlılıkların birbirine benzeyen birçok noktası vardır. Bunlardan biri de tedavi ilkeleri ve yöntemleridir. Davranışsal bağımlılıkların tedavisinde de Bilişsel Davranışçı Terapi (Cognitive Behavioral Therapy), Aile Terapisi (Family Therapy) ve ilaç tedavileri yöntemleri kullanılabilir. Kullanılacak yöntemler bağımlılığın türüne göre değişebilmektedir. Davranışsal bağımlılık tedavisinde de uyulması gereken bazı genel tedavi ilkeleri vardır (Tarhan ve Nurmedov, 2011):

- Bağımlılık tedavisinde her vaka ayrı olarak incelenmeli ve tedavi yöntemi kişinin her ihtiyacına hitap etmelidir.
- Bağımlılıkların başarı ile tedavi edilebildiğine inanmak gerekmektedir. Bu umut ilkesi olarak ifade edilmektedir.
- Nüksetme durumlarının olması tedavilerin başarısız olduğu anlamına gelmemektedir. Bu da güven ilkesi olarak ifade edilmektedir. Bağımlılık tedavilerinde sıklıkla nüks vakalarının olabileceğini bilmek gerekmektedir.
- Bağımlılık tedavilerinin gerektiğinde ilaç tedavisi ve psikolojik tedavi ile aile terapisini de içerisinde barındırabileceğini bilmek gerekmektedir. Bu, tedavide yeterlilik ilkesidir.
- Bireysellik ilkesi ile davranışçı terapilerin bağımlılık tedavilerindeki önemi ifade edilmektedir. Bireysel terapilerle bağımlıların yoğun arzuları ile mücadele edebilmesi, kendilerini

bağımlılığa yönelten problemlerinin üstesinden gelebilmesi sağlanabilmektedir.

- Grup terapisi ile bağımlılar zararlı sonuçları kabullenebilir, bağımlılıklarından uzak kalma motivasyonu kazanabilirler (Sosyal paylaşım ilkesi).

Bu ilkelere bağlı kalmak bağımlılık tedavilerinin başarısını artırmakta ve nüks oranlarını azaltmaktadır. Bu nedenle hem sağlık eğitimcisinin hem de tedavi sağlayıcılarının bu ilkeleri iyi bilmeleri ve bağımlılık tedavisinde göz önünde bulundurmaları gerekmektedir.

Davranışsal bağımlılıkların tedavisinde her bağımlılıkta kullanılabilecek ortak yöntemler olduğu gibi bağımlılık türüne yönelen özgün tedavi yöntemleri de vardır. Örneğin internet bağımlılığında “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu”na dikkat çekilmekte, öncelikle bu türden bir problemin varlığı araştırılmaktadır. Bununla beraber internet bağımlılığında internet kullanımının tamamen sonlandırılması veya bağımlı internet kullanım şeklinin sonlandırılması hedeflenebilmektedir. Örneğin internet üzerinden kumar oynama bağımlılığı gelişmişse kişiler interneti kumar oynama maksadıyla kullanma bağımlılıklarından vazgeçirilebilmekte, internet kullanımları sonlandırılmamaktadır. Aynı şekilde internet üzerinden online seks bağımlılığı gelişmişse (cybersex) bu konuya ilişkin çeşitli girişimlerle kişilerin aslında seks bağımlılıkları tedavi edilebilmektedir (Perdew, 2014; Ruiz ve Strain, 2012). Şayet mevcut internet bağımlılığı başka bir bağımlılığın online forma geçmiş hali değilse veya başka bir psikiyatrik hastalık sonucu oluşmamışsa genellikle antidepresanların kullanıldığı

farmakoterapi kullanılabilir. Yapılan bazı çalışmalarda antidepressanların internet kullanım sürelerinde anlamlı azalmalar sağladığı belirlenmiştir. Aynı zamanda psikoterapi yöntemi de yaygın olarak kullanılmaktadır (Odabaşoğlu vd., 2007; Arısoy, 2009).

Kumar bağımlılığında psikoterapi ve farmakoterapinin yanı sıra “Adsız Kumarbazlar (Gamblers Anonymous)” adı ile oluşturulan yardımlaşma topluluklarında kumar bağımlılığından kurtulmak isteyen kişiler bir araya gelmekte ve kumar bağımlılığından kurtulmak için yardımlaşmaktadırlar. Bu toplantılara kumar bağımlılığından kurtulmuş kişiler de katılarak kumar bağımlılarına yardım edebilirler (Devlin, 2015).

Cinsel bağımlılıklarda öncelikle hastalığın cinsel bağımlılık mı olduğu yoksa duygudurum bozukluğu, anksiyete vb. mental problemlerden mi kaynaklandığı araştırılmaktadır. Cinsel aktivite vücutta mutluluk verici ve rahatlatıcı bazı hormonların salgılanmasına sebep olduğu için anksiyete, depresyon ve duygudurum bozukluğu gibi problemlerde bir kaçış yöntemi olarak da seçilebilmektedir. Ardından hastanın yatarak mı yoksa ayaktan mı tedavi edileceği kararlaştırılmaktadır. Genellikle kendisine ve başkalarına zarar verme ihtimali olan, daha önce vazgeçmeyi denemiş ancak başarısız olmuş kişiler yatarak tedavi edilmektedir. Ardından uygulanacak tedavilere karar verilir. Bu tür bağımlılıklarda; ilaç tedavisi, davranış modifikasyonu tedavisi, bilişsel davranışçı tedavi, terapötik gruplar, psikodinamik psikoterapi, çift ve aile terapileri tedavi yöntemi olarak seçilebilmektedir. Sapkınlık

düzeyindeki cinsel bağımlılıklarda birkaç yöntemin birden kullanıldığı ve uzun süreli tedaviler uygulanırken sapkınlık düzeyinde olmayan cinsel bağımlılıklarda tedavi daha kolay sağlanabilmektedir (Carnes ve Adams, 2013; Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Son zamanlarda araştırmacıların dikkatini artan düzeyde çekmeye başlayan plastik cerrahi bağımlılığı da özellikle gençler arasında gittikçe yaygınlaşmaktadır. Genellikle insanlar fiziksel olarak bazı özelliklerinden memnun olmayabilmekte, burun eğriliği, asimetrik göğüslere sahip olma gibi fiziksel kusurlarından rahatsız olabilmektedirler. Böyle bir durumda kişilerin estetik operasyon geçirmeleri olağandır ve bir hastalık belirtisi değildir. Ancak bazı durumlarda kişiler her defasında vücutlarında buldukları kusurlardan şikâyetçi olabilmekte ve tekrarlayan estetik operasyonlar talep edebilmektedirler. Plastik cerrahi bağımlılığı olarak adlandırılan bu bağımlılık türünde aslında altta yatan sebep genellikle “Beden Dismorfik Bozukluğu (Body Dysmorphic Disorder)”dur. Bu hastalıkta kişiler estetik cerrahi yolu ile çözebileceklerini düşündükleri mental ve duygusal sıkıntılara sahiptirler. Başkaları güzel ve çekici olarak ifade etse bile kendilerini çirkin ve itici olarak görmektedirler ve bu nedenle gittikçe artan düzeyde plastik cerrahi talebinde bulunmaktadırlar. Bu rahatsızlığın ve plastik cerrahi bağımlılığının tedavisinde de bilişsel davranışçı terapi, farmakoterapi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Bazen de bu tedavilerin yanı sıra estetik operasyonlar ve diş tedavileri uygulanabilmektedir (Wilhelm vd., 2012; Veale ve Neziroğlu, 2010; Kremer, 2015).

Görüldüğü gibi davranışsal bağımlılıkların tedavisinde de genellikle madde bağımlılığı tedavisinde kullanılan yöntemlerden biri veya birkaç tanesi seçilerek uygulanmaktadır. Her bir bağımlılık için geliştirilmiş ayrı tedavi yöntemleri yoktur. Ancak her bir bağımlılıkta etkinliğinin daha yüksek olduğu görülen tedavi yöntemi/ yöntemleri kullanılmaktadır. Bu yöntemler bazen psikoterapi, bazen farmakoterapi olabilmekte, bazen de her iki yöntem bir arada kullanılabilir. Bu yöntemlerden hangisinin/hangilerinin seçileceği bağımlılığın türü, derecesi, kişinin cinsiyeti, yaşı, aile ortamı, sosyal çevresi, başka bir mental bozukluğa sahip olup olmadığı gibi durumlara göre değişecektir.

Madde bağımlılıkları ile mücadele bölümünde birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeylerinden ve evrensel önleme, seçici önleme ve belirlenmiş önleme çalışmalarından bahsedilmiştir. Aynı zamanda bu bölümde aile tabanlı, okul tabanlı ve sosyal yöntemler de açıklanmıştır. Bu nedenle bu yöntemler bu bölümde tekrar irdelenmeyecektir.

Davranışsal bağımlılıklarla mücadelede de temel amaç bağımlılığın ortaya çıkmadan önlenmesini sağlamaktır. Önleme çalışmalarında yine en büyük görev aileye düşmektedir. Ardından okul tabanlı ve sosyal çalışmalar gelmektedir. Ailelerin çocukları ile iletişim düzeyleri ve yukarıda anlatıldığı gibi bağımlılıklar ile ilgili çocukların yaşlarına uygun bilgiler verebilmeleri son derece önemlidir. Aileler aynı zamanda okul tabanlı çalışmalara da katılabilir ve öğretmenler ile

işbirliği yaparak bağımlılıkların önlenmesi konusunda girişimlerde bulunabilirler.

Günümüzde en büyük bağımlılık problemlerinden biri internet bağımlılığıdır. İnternet çok geniş bir ağa sahip olması ve dünya üzerindeki milyonlarca insana birbirleri ile iletişim kurma imkânı sağlaması ile insan yaşamını farklı bir boyuta getirmiş, iş yapma stillerini değiştirmiş, sunduğu imkânlar ile daha önce çok zaman alan işlerin kısa bir süre zarfında yapılabilmesine olanak sağlamıştır. Ancak bununla beraber internet kullanımı süresi günden güne artmış ve bir bağımlılık olarak ortaya çıkmıştır. İnternetin aynı zamanda kumar oynamak, alışveriş yapmak ve cinsel içerikli aktivitelerde bulunmak için de kullanılması ile beraber bu bağımlılık türü çok geniş kapsamlı ve milyonlarca kişiyi içine alan bir görünüm almıştır. Davranışsal bağımlılıklar ile ilgili olarak ailelerin yerine getirmesi gereken görevler, okul tabanlı çalışmalar, sosyal çalışmalar, bilgilendirme, eğitim vb. çalışmaların yanında internet bağımlılığına yönelik olarak somut önlemlerin alınması gerekmektedir. İnternet bağımlılığının önlenmesinde özellikle internet büyüklüğünün, kapsamının ve kullanım hacminin anlaşılması, aşırı kullanım ile normal kullanım farkının ayırt edilebilmesi ve internet kullanımı ile ilgili etkili yasal düzenlemelerin yapılması çok önemlidir.

İnternet bağımlılığının önlenmesine yönelik olarak çeşitli adımlar atılabilir. İnternet, günlük hayatın getirdiği sıkıntılardan veya depresyon, anksiyete vb. mental rahatsızlıklardan kaçış yolu olarak kullanılmakta ise öncelikle bu problemlerin çözümüne yönelik adımlar

atılmalıdır. Profesyonel bir destek ile örneğin depresyon sorununa çözüm bulunduğu takdirde internet kullanımı bağımlılığa dönüşmeden kontrol altına alınabilecektir. İnternet şayet ders çalışma maksadı ile kullanılıyor ancak ders çalışma dışındaki kumar, alışveriş, pornografi, sohbet odaları gibi alanlarda vakit geçiriliyor ise interneti sadece kütüphanede kullanma yöntemi denenebilir. Bunun yanı sıra internet kullanımında başlangıçta düşünülen süre aşıyor ise alarm kurmak gibi çeşitli uyarıcılar kullanılabilir. İnternet kullanımı için bir amaç belirlenebilir. Örneğin internet bir akademik çalışma için kullanılıyor ise amaç sadece kaynak tarama olmalıdır ve bunun dışındaki internet fonksiyonları kullanılmamalıdır. İnternet belirli yazıların veya makalelerin okunması için kullanılıyor ise bu yazıların çıktısı alınabilir (Husna, 2009). Bir başka örnekte, alışveriş bağımlılığının önlenmesinde de kişiler çeşitli stratejiler izleyebilirler. Bunlar alışverişlerin nakit olarak yapılması, alışveriş listesi yapılması ve sadece listede yer alan kalemlerin alınması, indirim mağazalarından uzak durulması veya her ay bu mağazalarda harcamak için küçük bir miktar para ayrılması gibi stratejiler olabilir (<http://www.indiana.edu/~engs/hints/shop.html>, Erişim tarihi: 05.08.2017).

İnternet bağımlılığı ve alışveriş bağımlılığı gibi diğer tüm madde ve madde dışı bağımlılıklarda da bahsedilen koruyucu tedbir ve yöntemlerin yanında kişiyi bağımlılıktan uzak tutacak aktiviteler de geliştirilmelidir. Örneğin kişiler yeteneklerine uygun spor dallarında hobiler edinebilir, dini inancına göre ibadetlere ve aktivitelere katılabilir, dans ve müzik eğitimlerine katılabilir. Aile yemekleri

düzenlenebilir, yine ailenin katılımı ile sinemaya gidilebilir veya çeşitli oyunlar oynanabilir. Kişiler bir araya getirici faaliyetlere katılarak sanal ortamlar yerine insanlarla gerçek ortamlarda iletişim kurabilir ve paylaşımlarda bulunabilir. Bunların yanı sıra önceliklerin belirlenerek yerine getirilmesi de çok önemlidir. Çalışan bir kişi öncelikle yapması gereken işlere odaklandığı takdirde zamanını daha iyi yönetebilecek ve hobilerine de zaman ayırabilecektir.

3.6. Sağlık Eğitimi ve Madde Bağımlılığı

Bitkisel kökenli veya kimyasal yollarla oluşturulmuş olan ve yapay moleküllerden elde edilen, insan vücudunda merkezi sinir sistemine baskı yaparak fiziksel veya ruhsal sakinleştirici etkisi yaratan, uyarıcı etkileri bulunan ve bireylerde sürekli kullanma isteği oluşturan tüm maddeler, uyuşturucu madde olarak kabul edilmektedir. Bireylerde yıkıcı sonuçlar doğuran bu maddelerin kullanımı bağımlılık olarak tanımlanmaktadır.

Bağımlılık yaratan maddelerin kullanımı, bireylerde sağlık sorunlarına ek olarak ekonomik ve sosyal problemler ile asayiş açısından sorunlara yol açmaktadır. Karmaşık ve çok boyutlu bir yapıya sahip olan bu sorunun önemi tüm dünyada gittikçe artmaktadır. Toplumun her kesimi ile ortak bir mücadele gerektirmektedir. Dolayısı ile bakanlıklar, bakanlık kurumları, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarına önemli görevler düşmektedir.

Önemli bir halk sağlığı problemi olan madde bağımlılıkları ile mücadelede temel unsur maddelere olan erişimin engellenmesidir. Ayrıca uyuşturucu etki gösteren maddeler ile hiç tanışmamış olan bireylerin korunması ve hiç tanışmamasının sağlanması da temel bir amaçtır.

Uyuşturucu etki gösteren maddeyi kullanan bireylerin, danışmanlık, tedavi, arınma ve rehabilitasyon hizmetleri için sağlık kurumlarına erişimi kolaylaştırılmalıdır. Tedavinin sonrasında madde bağımlıların, sosyal yaşama ve topluma kazandırılması mücadelenin vazgeçilmez ögesi olmalıdır.

Ülkemizde madde bağımlılıkları ile mücadele yoğunlukla birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilmektedir. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne bağlı olan Aile Hekimlikleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri aracılığı ile madde bağımlılıkları ile mücadele devam etmektedir. Madde bağımlılıklarına yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ve bunlara bağlı birimler aracılığı ile bölgesel riskler ve sorunlar belirlenerek bu sorunları düzeltmek veya önlemek amacı ile yürütölmektedir.

Madde bağımlılıkları ile mücadelenin yürütöldüğü Sağlıklı Hayat Merkezleri'nde hizmet sunumu 'Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında devam etmektedir. Yönetmelik kapsamında sağlık, sosyal ve ekonomik yönlerden zarar

veren uyuşturucu etki yaratan maddeler hakkında toplumu bilinçlendirilme faaliyetleri yürütülmektedir.

Birinci basamak sağlık birimlerine, madde bağımlılığından kurtulmak üzere başvuran bireylerin başvurusu değerlendirildikten sonra bilimsel geçerliliğe sahip tedavi protokollerine uygun olarak tedavi planlaması gerçekleştirilmektedir. Bu kurumlarda hizmet sunacak sağlık profesyonellerinin eğitimini uzaktan veya yüz yüze başarı ile tamamlamış olması ve gerekli sertifikalara sahip olması gerekmektedir.

Sağlık personeli tarafından yürütülen danışmanlık hizmetlerinde, uyuşturucu madde kullanan bireyler ve yakınlarına biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan yaşadıkları sorunlar için çözüm aranmaktadır. Danışmanlık sürecinde ileri tedavi hizmetine gereksinim olması durumunda sosyal, ekonomik, hukuki ve güvenlik konularında destek alınması amacı ile bir üst kuruma yönlendirme gerçekleştirilmektedir. Ayrıca bireylerin ihtiyaç duyduğu diğer konularda da sağlıklı hayat merkezlerinde danışmanlık hizmeti sunulmaktadır. Sağlıklı Hayat Merkezleri'nde uyuşturucu madde kullanan bireylere ve yakınlarına yönelik verilen danışmanlık hizmetleri aşağıdaki iş ve işlem sırasına göre yürütülmektedir (<https://shm.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 25.08.2020).

- Sağlıklı Hayat merkezlerine doğrudan başvuran veya ALO 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı aracılığıyla randevusu alınan ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarından

yönlendirilen kişilere alkol ve bağımlılık konularında danışmanlık hizmeti vermek.

- Uyuşturucu kullanan kişiyi ve yakınlarını gerektiğinde evinde veya işyerinde ziyaret ederek bundan sonraki sürecin nasıl yürütülebileceğine ilişkin bilginin verilmesini ve gerekli müdahalenin yapılmasını sağlayacak Uyuşturucu ile Mücadele Psikososyal Müdahale Ekibi'ni danışmanlık merkezinde görevli sosyal çalışmacı, psikolog, o bölgede bulunan karakolda eğitim almış kolluk personeli ve AÇSHB'ye bağlı taşra teşkilatı personelinin katılımıyla oluşturmak.
- Uyuşturucu kullandığı kolluk birimlerince tespit edilen ve sağlıklı hayat merkezindeki danışmanlık biriminden randevusu alınan kişinin ve yakınının randevu tarihinde merkeze gelmemesi halinde oluşturulan uyuşturucu ile mücadele psikososyal müdahale ekibi tarafından kişi ve yakınına evinde veya işyerinde ziyaret etmek.
- Kişinin bundan sonraki tedavi ve sosyal uyum süreçlerini planlayabilme adına risk faktörlerine, ihtiyaçlarına ve kişisel özelliklerine dair her türlü bilgiyi, kişiden veya yakınından veya ihtiyaç duyulması halinde yakınının yönlendireceği diğer üçüncü şahıslardan almak.
- Uyuşturucu bağımlısı kişiler ve/veya yakınlarıyla ihtiyaçlarına göre bireysel görüşmeler yapmak (bağımlılık, tedavi süreci hakkında bilgilendirme, motivasyonel görüşme, problem çözme becerisini geliştirme, yeniden başlamanın önlenmesine yönelik görüşmeler vb.), grup eğitimleri düzenlemek, uyuşturucu

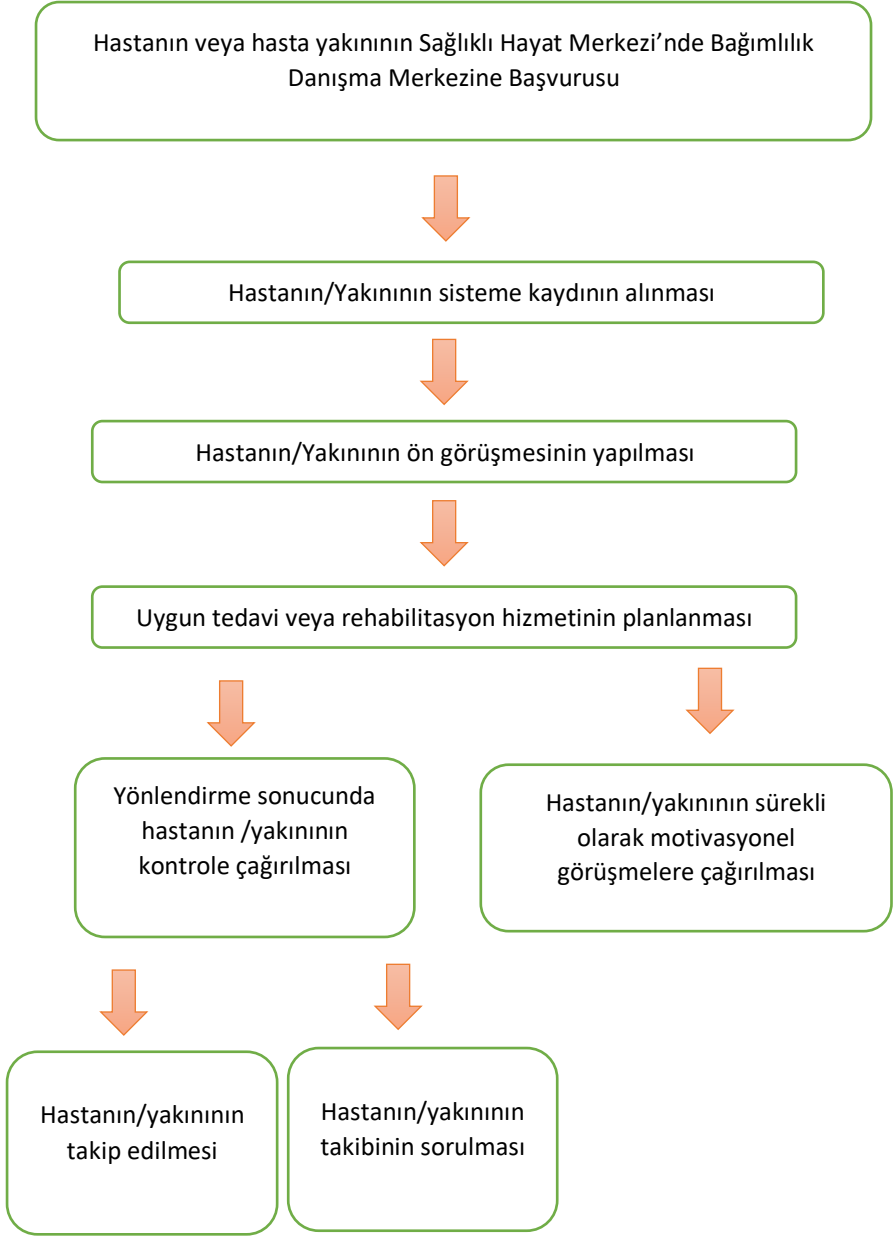
bağımlısı kişileri tedavi, rehabilitasyon veya diğer uygun kurum ve kuruluşlara yönlendirmek ve takibini sağlamak.

- Bölgesindeki uyuşturucu madde kullanan kişileri hizmet almaya yönlendirmek için çalışmalar yapmak, ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte bölgesinde yaşayan riskli gruplara yönelik önleme çalışmaları yapmak ve ilgili sağlık kuruluşunda uyuşturucu ile ilgili yapılacak çalışma ve projelere destek olmak.
- Uyuşturucu kullanan kişinin ailesinin/yakınının tek başına SHM'ye gelmesi halinde kullanıcı kişi ile nasıl iletişime geçileceği, iletişimi düzeltmek adına neler yapılabileceği konusunda motivasyonel görüşme yapmak ve kişinin yakınına aile eğitimi ve müdahale programına (iletişim, çocuğun gelişim süreçleri ve ailenin sorumlulukları, ailede meydana gelmiş travmaya bağlı psikiyatrik problemlerin tespiti ve tedavisi, öfke kontrolü ve stres yönetimi, sınır koyabilme, ikna yöntemleri vb.) almak.
- Uyuşturucu kullanan kişinin tedavi olması konusunda yakını tarafından ikna edilememesi ve tedavi için başvurmaması halinde; kullanıcı saldırgansa ve kendine ya da aileye yönelik tehdit oluşturacak davranışlar sergiliyorsa aileye zorunlu tedaviye yönelik bilgi verilerek gerekli işlemleri başlatmaları için yönlendirme yapmak (Sulh Hukuk Mahkemesine müracaat vb.).
- Danışmanlık merkezi sorumlu hekimi başkanlığında her ayın 3. Haftası Çarşamba günü bölge sınırları içerisindeki tedavi merkezi sorumlu hekimi, kolluk, GSB, AÇSHB, Diyanet, Adalet, Belediye temsilcileri ile vaka değerlendirme ve koordinasyon

toplantısı organize ederek hizmet sundukları kişilerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik koordinasyonu sağlamak. Koordinasyon toplantısında alınan kararların il/ilçe koordinasyon kurullarına sunulması üzere bir rapor hazırlamak ve İl/İlçe Sağlık Müdürlüğüne iletmek.

- SHM'ye müracaat eden kişilerin durumuyla alakalı 15 günde bir ilgili kurumlarla vaka görüşmesi ve vaka toplantısı yapmak. Bu doğrultuda ihtiyaçları karşılamak.
- Vaka izlem sürecinde sunulan hizmetin değerlendirilmesi amacıyla her 15 günde bir ALO 191 tarafından yapılan aramalar sonucunda tespit edilen aksaklık ve eksiklikleri gidermek.

Sağlıklı Hayat Merkezleri'nde, madde bağımlılığı ile yürütülen mücadelenin iş akış şeması aşağıdaki gibidir.



Şekil 4: Sağlıklı Hayat Merkezleri İş Akış Şeması/Madde Bağımlılığı (https://shm.saglik.gov.tr/images/SHM_Yeni/tutun/Saglikli_Hayat_Merkezleri_Uyusturucu_Is_Akis_.pdf. Erişim Tarihi: 25.08.2020)

3.7. Bağımlılıklarda Sağlık Eğitmcisinin Rolü

Madde bağımlılıkları ve madde dışı bağımlılıklar bireysel ve toplumsal açıdan büyük problemlere sebep olabilmektedir. Bağımlılıklar her yaşta görülebilsede özellikle gençler arasında yaygındır ve bu durum genç ve dinamik insan gücünün israfı anlamına gelmektedir. Bağımlı kişiler gün geçtikçe bağımlı oldukları maddeye veya davranışa günlük hayatlarında daha fazla yer vermektedirler. Bu da ekonomiye katkı sağlaması beklenen kişilerin bu işlevlerini yerine getirememesine yol açmaktadır. Bu kişiler sadece kendilerine zarar vermemektedir. Öncelikle ailelerine ve arkadaş çevrelerine daha sonra da toplumun geneline zarar verebilmektedirler. Örneğin eroin bağımlıları ilk zamanlarda bu maddeyi kendi finansal kaynakları ile satın almaya çalışırken daha sonra aileleri ve arkadaş çevrelerinden yardım talebinde bulunmakta, daha sonraki aşamalarda ise para kazanabilmek için bu maddenin satışında da yer alabilmektedirler. Kadınlar aynı sebepler ile fuhuş yapmak zorunda kalabilmektedirler. Yine madde satın alabilmek için kişiler çeşitli hırsızlık ve gasp gibi suçlara bulaşabilmektedirler. Bir internet bağımlısı internet başında çok uzun vakit geçirdiği için çalışamaz hale gelmekte, fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar yaşamakta ve internet bağlantısı için daha çok ödeme yapmak zorunda kalmaktadır. Bu kişiler de finansal olarak ve sağlık açısından sıkıntılar yaşadıkları için çeşitli suçlara karışabilmektedirler. Bir seks bağımlısı kontrolsüz olarak cinsel aktivitelerde bulunabilmekte hem kendi sağlığını hem de toplum sağlığını cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından tehlikeye atabilmekte, tecavüz gibi olaylara karışabil-

mektedir. Bu bağlamda madde ve madde dışı bağımlılıklara yönelik olarak öncelikle birincil koruma çabalarının üzerinde durularak bağımlılıkların önlenmesine yönelik girişimlerde bulunulmalıdır. Sonraki aşamalarda ise bağımlılıkların erken teşhis ve tedavisine yönelik adımlar atılmalıdır.

Bağımlılıklar ile mücadelede öncelikle ailede başlayan ve okul tabanlı veya sosyal tabanlı çalışmalar ile devam eden eğitim faaliyetlerinin önemi çok büyüktür. Bu noktada sağlık eğitimcileri, aile eğitimi sonrası eğitimi veren kişiler olarak önemli bir misyonu gerçekleştirebilmektedirler. Dünya Sağlık Örgütü' nün sağlık eğitimi tanımına göre, sağlık eğitimi bireylerin ve toplumların bilgi düzeyinin artırılması ve davranışlarının yönlendirilmesi ile birey veya toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik çabalardır (WHO, 2016). Sağlık eğitimi sadece bağımlılıklara yönelik eğitimleri içermez. Kişisel hijyen, çevre sağlığı, kazalardan korunma ve ilk yardım, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi konuları da kapsamaktadır (Gökkoca, 2001). Bu konuda “Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği” bakanlığın görevlerini, sağlık eğitimi çalışmalarının amaçlarını, ilkelerini, bu konuda faaliyet gösteren teşkilatları ve bu teşkilatların görevlerini, eğitim verecek personelin eğitimi ile ilgili konuları, plan ve programları düzenlemiştir (Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği, 2000).

Ebeveynler aile içerisinde çocuklarının ihtiyaç duyacakları bilgileri yaşlarına uygun olarak ve örnekler ile anlatmalıdırlar. Örneğin zararlı alışkanlıklar ve bağımlılıklar ile ilgili olarak zaman zaman

konuşulmalı, bağımlılıkların yaratacağı olumsuzluklar örneklerle açıklanmalıdır. Aynı zamanda çocuklara yeterli miktarda para verilmesi fazla paranın gereksiz ve zararlı olabilecek şeylere harcanmasını engelleyecek, ihtiyacından az para verilen çocukların da para temin edebilmek için bazı olumsuz alışkanlıkları edinmesini önleyecektir. Aynı şekilde zamanı geldiğinde çocuklara cinsellik ile ilgili bilgilerin verilmesi gerekmektedir. Böylece çocukların cinsellik ile ilgili bilgileri doğru veya yanlışlığı bilinmeyen kaynaklardan edinmesi engellenebilecektir (Ertuğrul, 2000). Aile içerisinde başlayan eğitim, sonrasında okul ve aile tabanlı eğitimlerle devam edecektir.

Sağlık eğitimi uygulamaları daha çok yetişkin eğitimlerini kapsamaktadır. Özellikle ergenlerin sağlık eğitimi bu yaş grubunun sağlık ile ilgili risklere daha yakın olmasından dolayı çok önemlidir. Ergenler arasında da sağlık açısından riskli davranışları gerçekleştirme noktasında çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Bunlar cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, aile yapısı gibi faktörlerdir. Örneğin erkeklerin kadınlara göre sağlık açısından riskli davranışlarda bulunmaları iki kat daha yüksektir. Dolayısı ile sağlık eğitiminde bu faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır (Heaven, 2002).

Sağlık eğitimi kapsamında uygulanan çeşitli stratejiler vardır. Bunlar; korku uyandıran mesajlar verme, bilgi sağlama ve davranış modifikasyonu gibi stratejilerdir. Bazı araştırmacılara göre aşırı korku, korkunun göz ardı edilmesine ve bastırılmasına sebep olabilir ve kişinin davranışı üzerinde bir etki yaratmayabilir. Ancak belirli bir plan dahilinde iletilen korku uyandırıcı mesajlar kişileri sağlıklı davranışlara

sevk edebilmektedir. Bilgi sağlama stratejisi hem direkt olarak sağlık eğitimcisini hem de medya araçları ile okul programlarını ilgilendirmektedir. Özellikle gelişen teknoloji ile birlikte gençler arasında yaygın olarak kullanılan sosyal medya gibi araçlar üzerinden yapılacak olan bilgi sağlama çalışmaları etkili olabilmektedir. Davranış modifikasyonu stratejisi kötü alışkanlıklar için kendince haklı sebepleri olan kişilere yönelik olarak etkili olabilmektedir. Örneğin yoğun stres altında olan ve sigaranın kendisini rahatlattığını söyleyen bir kişiye terapist bu durumun kötü olduğunu ancak bu durumdan kaçınmak için çeşitli stratejilerin uygulanabileceğini söyleyerek davranış terapileri ile bu kişilere stresten ve dolayısı ile zararlı alışkanlıklardan kaçınmak için yeni davranışlar kazandırabilmektedir (Heaven, 2002; Sarafino ve Smith, 2014).

SONUÇ

Bağımlılık kavramı neredeyse insanlık tarihi kadar eski bir kavramdır ve bağımlılık yapıcı maddeler tarihin çeşitli dönemlerinde çeşitli amaçlar için kullanılmıştır. Örneğin bu maddeler hem tıp alanında ağrı kesici gibi özelliklerinden dolayı kullanılmış, hem de Hasan Sabbah örneğinde olduğu gibi aynı zamanda politik amaçlar için birer araç olarak kullanılmıştır. Alkollü bir içecek olan şarabın ise tarihinin çok eskilere kadar dayandığı bilinmektedir. Bununla beraber alkollü içeceklerin eski dönemlerde içilebilir suya erişimde yaşanan sıkıntılardan dolayı kullanıldığı örnekler de mevcuttur. Dolayısıyla yıllar içerisinde bağımlılık yaratan maddeler şekil değişirse de, temel sorun bu maddelerin kullanılma sebepleri, üretilmesi, ticareti ve bu maddeler ile mücadele noktasında yaşanmıştır.

Yine insanlık tarihi kadar eski bir tarihe sahip olan davranışsal bağımlılık konusu, diğer bağımlılık türlerine göre araştırmacıların ilgisini nispeten daha geç geçmiştir. Bağımlılık yapıcı maddelerin laboratuvar ortamında üretiminin yapılması ile yapay maddelere yönelik bağımlılıklar gelişmiş, en eski davranışsal bağımlılık türlerinden bazıları olan kumar bağımlılığı, seks bağımlılığı vb. gibi bağımlılıklar günümüzde teknoloji ile beraber şekil değiştirmeye başlamıştır. Gelişen teknoloji ile de zaman içerisinde televizyon bağımlılığı, video oyun bağımlılığı, internet bağımlılığı gibi bağımlılık türleri ortaya çıkmış ve toplumun geniş kesimlerini etkilemiştir. Öte yandan geçmiş yıllarda ortaya konan bir takım davranışsal bağımlılıklar ise gelişen teknoloji ile beraber şekil değiştirmeye başlamıştır. Örneğin

geçmiş yıllarda kumar bağımlılığı bilinen bir problem iken, bireyler internetin yaygınlaşmasıyla beraber kumar oynama imkânlarına fiziksel ortamdan bağımsız olarak sahip olmaya başlamışlardır. Dolayısıyla burada internet üzerinde saatler harcamanın anlamı internet bağımlılığı değil, yine kumar bağımlılığı olmaktadır. Bu örnekte görüldüğü üzere bağımlılık türünün tespiti, önleme ve iyileştirme-rehabilitasyon faaliyetleri açısından önem arz etmektedir.

Dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de bağımlılık ile mücadele, temel sağlık hizmetleri kapsamında yürütülmektedir. Ancak diğer sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuruda bulunan bireyler de, doğru yönlendirmeyle bağımlılık ile mücadeleye dâhil edilmektedir. Bağımlılık ile mücadele, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne bağlı Toplum Sağlığı Merkezleri'nde, Aile Hekimliklerinde ve Sağlıklı Hayat Merkezleri'nde planlanan sağlık eğitimleri ve tedavi protokollerine göre yürütülmektedir.

Bireylere sunulan sağlık eğitiminin temel amacı; bireysel ve toplumsal ihtiyaçları karşılayacak, sağlıklı yaşam standartlarını arttıracak, bireylerin kendi sağlığını korumasını, geliştirmesini sağlayacak ve tedavi imkânlarından da yararlanmalarını arttıracak davranış değişikliği yaratmaktır. Sağlık eğitimleri ile istenen sonuçlara ulaşabilmek için eğitim konusu seçilirken hedef kitlenin özellikleri göz önüne alınarak uygun öğretim araçlarının ve yönteminin seçilmesi büyük önem taşımaktadır. Çünkü davranış değişikliği oluşturmak istenen grubun eğitim düzeyi, konu hakkında sahip olduğu bilgi düzeyi, sosyo-kültürel özellikleri ve kişisel davranış olarak tanımlanan sağlığı algılama,

hastalığını ciddiye alma özellikleri, davranış değişikliğinden beklenen fayda düzeyini etkilemektedir.

Toplumlara bakıldığında hem madde bağımlılıklarına hem de madde dışı bağımlılıklara en çok yakalanan kesimin toplumun genç olarak tanımlanan kesimi olduğu görülmektedir. Ülkelerin dinamik iş gücü, zihin gücü, askeri gücü ve aslında sermayeleri olan gençlerin bu tür bağımlılıklara yakalanması küresel anlamda artan rekabette bu ülkelerin geri kalmasına, gelişmekte olan ülkelerin ise hedeflediği gelişmişlik düzeylerine ulaşamamalarına sebep olabilmektedir. Gençlerin bir toplumun geleceğini oluşturduğu göz önünde bulundurulduğunda sağlıklı nesiller yetiştirmek için ve bir ülkenin ayakta kalabilmesi için bağımlılıkların önlenmesi çabalarının üstünde önemle durulması gerekmektedir. Gençlerin bağımlılıkların pençesine düşmesi gelecek nesillerin sağlıklı olmasının ve ülkelerin gelişmesinin önünde birer engel olurken aynı zamanda önleme çalışmalarının yapılmaması ile her geçen gün daha fazla genç bu bağımlılıklara yakalanmakta, üretim yapabilecekleri verimli çağlarında bağımlılıklarla mücadele etmekte, bağımlı olunan davranışın sürdürülebilmesi için de çeşitli suçlara karışmaktadırlar. Örneğin eroin kullanan bir genç öncelikle kendi finansal durumunu bozmakta, daha sonra çevresindekilerden yardım istemekte, bu yardımı bulamadığı takdirde çeşitli suçlar işlemektedir. Hatta bağımlı olduğu maddeyi alabilmek için uyuşturucu ticaretinde satıcı durumuna da geçebilmekte böylece daha fazla genç uyuşturucu madde bağımlısı olmaktadır. Aynı zamanda

özellikle kadınlar uyuşturucu için gerekli olan parayı bulamadıklarında fuhuş gibi suçlara karışabilmektedir.

Madde bağımlılığı olan bireylerin yaşadığı bu gibi biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlara çözüm bulunması amacı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan danışmanlık birimleri tarafından müdahalelerde bulunulması gerekmektedir. İleri tedavi gerektiren durumlarda ise üst kurumlardan sosyal, ekonomik, hukuki ve güvenlik ile ilgili konularda destek sağlanmalıdır. Ayrıca danışmanlık birimlerinde görevli personellerin, sağlık eğitimi verebilmesi için gerekli eğitimleri almış olması gerekmektedir. Çünkü danışmanlık birimlerinde görevli olan sağlık personelinden beklenen, gelen bireylere uyuşturucu ya da alkol kullanıp kullanmadıklarını sorması, kullananlar için risk değerlendirme ölçeğini uygulaması ve risk durumuna göre gerekli müdahaleyi yapmasıdır. Bu nedenle eğiticinin eğitimi konusu, bağımlılık ile mücadelede ön plana çıkmaktadır.

Türkiye gerek toplumsal yapısı, gerek inanç yapısı gerekse aile yapısı dolayısı ile Avrupa ülkelerine oranla bağımlılıkların daha düşük oranlarda görüldüğü bir ülkedir. Ancak küreselleşmenin hızlanması, internetin akıllı telefonlar ile beraber ceplere girmesi ve artan ve hızlanan iletişim olanakları ile beraber bu türden bağımlılıklara daha açık hale gelmektedir. Özellikle artan nüfus ve kentleşme oranları, internete ulaşım ve interneti kullanan hane sayısının artması gibi sebepler Türkiye'yi de bu bağımlılıklar konusunda potansiyel tehlikelerin beklediğine işaret etmektedir. Bu nedenle madde bağımlılıkları konusunda hem hükümetler hem aileler hem de okullar

üstlerine düşen görevleri yerine getirmeli; dünyada bağımlılıklara karşı geliştirilen önlemler ve tedavi yöntemleri takip edilmeli ve Türkiye'nin gelenek-görenek, aile yapısı, nüfus yapısı, ekonomik durumu vb. özellikleri göz önünde bulundurularak uygulanmalıdır.

Sağlık profesyonellerine, okul yıllarından başlayarak sağlık eğitiminin önemi anlatılmalı ve sağlık eğitim dersleri, teknik ve uygulamalı olarak öğretilmelidir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında ise yöneticiler tarafından sağlık çalışanlarına sağlık eğitiminin önemi hatırlatılmalı, belirli aralıklar ile denetim sağlanmalıdır.

İl ve ilçelerde örgütlenmiş olan toplum sağlığı merkezlerinde sağlık eğitimi yaygınlaştırılmalı, her kuruma sağlık eğitim faaliyetini yürütecek personel atanmalı veya mevcut personelin bağımlılıkla mücadele özelinde sağlık eğitimi konusunda yetkinliğinin artırılması gerekmektedir.

Toplumların sağlık seviyesinin yükseltilmesi; sağlığı için gerekli olan yaşam koşullarını sağlayan ekonomik, çevresel ve yapısal düzenlemelere ek olarak eğitim faaliyetlerinin yürütülmesi ile sağlanmaktadır. Bu bağlamda sağlık eğitimi çabalarının desteklenmesi ve geliştirilmesi, sağlığın geliştirilmesi ve temel sağlık hizmetleri kapsamında önem arz eden konulardır. Böylece uygulanması kolay ve ekonomik olan yöntemler ile bağımlılıkla mücadele edilmesi ve toplum sağlığı düzeyinin yükseltilmesi mümkün olabilir.

KAYNAKÇA

- Aasved, M. J. (2003). *The Biology Of Gambling* (Vol. 3). Charles C Thomas Publisher.
- Akçın, E. (2000). *Yataklı Tedavi Kurumlarında Hasta Eğitime Yönelik Hemşirelik Etkinlikleri*. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Akgün, G. (2014). *Yetişkinlerin Kitle İletişim Araçları Yoluyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi*. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Akman, M. (2014). *Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü*. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 18 (2): 70-78.
- Altun, D.A. (2007). *Ruhsal Hayat Rehberi: Çocuk ve Aile*. Sezgin Yayıncılık, Ankara.
- Annels, M. (2007). *Where Does Practice Nursing Fit In Primary Health Care?* Contemporary Nurse. 26 (1): 15-26.
- Arısoy, Ö. (2009). *İnternet Bağımlılığı ve Tedavisi*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 1(1), 55-67.
- ASAM (American Society of Addiction Medicine), (2011). *Definition of addiction*, in: <http://www.asam.org/quality-practice/definition-of-addiction> , Erişim tarihi: 07.09.2016
- Aslantekin F, Aslan G. (2006). *Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda Sağlık Eğitiminin Önemi ve Ebenin Eğitimci Rolü*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 1 (1), 82-92.
- Ateş M. (2013). *Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. 2. Baskı. Beta Yayınları. İstanbul.
- Ayyıldız N. (2013). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Özürlü Bireylere Yönelik Tutumunun Sağlık Eğitimi Faaliyetlerine Etkisi*. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Aziznezhad P, Zabihi A, Hossini S.J, Bighani A. (2010). *Nurses And Nurse Manager’s Opinions About The Patient’s Education Barriers*. Babol University Medical Science. 12(1):60-64.

- Babacan E, Ulupınar S. (2008). Hemşirelerin Hasta Eğitimi İle İlgili Düşünce Ve Uygulamaları. Hemşirelikte Yüksek Lisans Tezi.
- Balcı, Ş. Gülnar, B. (2009). Üniversite Öğrencileri Arasında İnternet Bağımlılığı Ve İnternet Bağımlılarının Profili. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi, 6 (1), 5-22.
- Bambal Ö.Ö, Lağarlı T, Eser E, Filibeli M, Bilecenoğlu T, Çive G, Taştekin E, Güngör Ş, Çetin O, Güngör M, Ayhan E, Kara T, Kahvecioğlu F. (2010). Manisa Merkez Yarı Kentsel Bölgede Bir Aile Sağlığı Birimine Kayıtlı Kadınlarda Birinci Basamak Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 8 (3): 176-190.
- Barutçugil İ. (2002). Eğitimcinin Eğitimi. Kariyer Yayıncılık. İstanbul
- Beyazyürek, M. Şatır, T. T. (2000). Madde Kullanım Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası, 4(2), 50-56.
- Bilkent, (2016).<http://bilheal.bilkent.edu.tr/uremesagligi/maddekul.html>, Erişim tarihi: 09.09.2016.
- Botelho RJ, Skinner HA, Williams GC, Wilson D (1999), Patients With Alcohol Problems in Primary Care: Understanding Their Resistance And Motivating Change Prim Care, 26(2): 279-98.
- Boyle, P. (2013). Alcohol: Science, Policy And Public Health. Oxford University Press.
- Bransfield, J. B. (2013). Overcoming Pornography Addiction: A Spiritual Solution. Paulist Press.
- Brust, J. C. M. (2004). Neurological Aspects Of Substance Abuse. Butterworth-Heinemann.,
- Carnes, P. (1983). The Sexual Addiction. CompCare Publications.
- Carnes, P. Adams, K. M. (2013). Clinical Management of Sex Addiction. Routledge.
- Cherry, A. L, Dillon, M. E., & Rugh, D. (Eds.). (2002). Substance Abuse: A Global View. Greenwood Publishing Group.
- Chou, C. Hsiao, M. C. (2000). Internet Addiction, Usage, Gratification, and Pleasure Experience: The Taiwan College Students' Case. Computers and Education, 35(1), 65-80.

- Cook, D. R. (1987). Self-Identified Addictions and Emotional Disturbances in A Sample Of College Students. *Psychology Of Addictive Behaviors*, 1(1), 55.
- Cragg L, Nutland W. (2015). *Health Promotion Practise*. New York: McGraw-Hill Education,
- Çavmak, Ş. ve Kurtuldu A. (2019). Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Sağlıklı Hayat Merkezlerine Dair Algılarının Ve Beklentilerinin Değerlendirilmesi. *Eurasian Journal Of Family Medicine Avrasya Aile Hekimliği Dergisi*. Cilt:1 Sayı:8
- Çavmak, Ş. Çavmak, D. (2017), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, Sayı:1, ss.48-57.
- Detels R. Breslow, L. (2011). *Current Scope And Concerns in Public Health*. Fourth Edition. Oxford University Press. New York USA.
- Devlin, L. (2015). *Gambling Addiction Cure: Learn How to Overcome Your Gambling Addiction Problem*. Lulu Press, Inc.
- Dilbaz, N. (2012). *Madde Bağımlılığında Korunma ve Tedavi İlkeleri*. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı.
- Ege, E., Timur, S., Zincir, H. (2005). Ebelik Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Eğitimi Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *STED*.14 (9): 202-207.
- Ely J.V., Goerd C.J., Bergus G.R., West C.P., Davson J.D., Doebbeling B.N. (1998). The Effect of Physician Charecterirics on Compliance with Adult Preventive Care Guidelines. *Fam Med*, 30(1):34-39.
- Erden Ş. (2016). *Aile Sağlığı Merkezlerinde Düzenlenen Sağlık Eğitimlerinin Sağlık Çalışanlarının Görüş ve Deneyimlerine Dayalı Olarak Değerlendirilmesi*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yaşam Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı, Yetişkin Eğitimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Erkoç, Y. Çom S. Keskinlik B. (2011). *Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlığın Geliştirilmesi Eğitim Rehberi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Geliştirme müdürlüğü, Ankara
- Ertuğrul, H. (2000). *Ailede ve Okulda Çocuk Eğitimi*. Nesil Basım Yayın Gıda Ticaret ve Sanayi A. Ş.

- Freud, S. (1928). Dostoevsky and Parricide. Appendix: A Letter from Freud to Theodor Reik. Standard Edition, 21.
- Ghodse, H. (2002). Drugs and Addictive Behaviour: A Guide To Treatment. Cambridge University Press.
- Glanz, K., Lewis, F. M. and Rimer, B. K. (1997) Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice. Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- Goldberg's message (1996), Internet Addiction Support Group, Is There Truth in Jest? John Suler's The Psychology of Cyberspace. This article created August 1996, revised March 1998. <http://users.rider.edu/~suler/psyber/supportgp.html> (Erişim tarihi: 05.09.2016).
- Goldman, D. Oroszi, G., Ducci, F. (2005). The Genetics Of Addictions: Uncovering The Genes. Nature Reviews Genetics, 6(7), 521-532.
- Gökkoca, Z. (2001). Sağlık Eğitimi Açıısından Temel İlkeler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 10(10), 371-374.
- Grant, J. E., Potenza, M. N. (Eds.). (2011). The Oxford Handbook Of Impulse Control Disorders. Oxford University Press.
- Grant, J. E., Brewer, J. A. Potenza, M. N. (2006). The Neurobiology Of Substance And Behavioral Addictions. CNS spectrums, 11(12), 924-930.
- Grant, J. E. Potenza, M. N, Weinstein, A. Gorelick, D. A. (2010). Introduction To Behavioral Addictions. The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse, 36(5), 233-241.
- GWF, (2016). Gateway Foundation; <http://recovergateway.org/substance-abuse-resources/drug-addiction-effects/> , Erişim tarihi: 07.09.2016.
- Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği, (2000). <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.9352&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=halk%C4%B1n> , Erişim tarihi: 25.09.2016
- Hart, A. (2000). Unmasking Male Depression. Thomas Nelson Inc.
- Heaven, P. (2002). Adolescent Health: The Role Of Individual Differences. Psychology Press.
- Hiroi, N. Agatsuma, S. (2005). Genetic Susceptibility To Substance Dependence. Molecular Psychiatry, 10(4), 336-344.

- Holden, C. (2001). 'Behavioral'addictions: Do They Exist?. *Science*, 294(5544), 980-982.
- Hoving C, Visser A, Mullen PD, Van Den Borne B. (2010). A History Of Patient Education By Health Professionals In Europe And North America: From Authority To Shared Decision Making Education. *Patient Education And Counseling*, 78(3), 275-281.
- http://www.ankara.pol.tr/Sayfalar/bilgilendirme_uyusturucu.aspx, Erişim tarihi: 12.09.2016
- <http://www.indiana.edu/~engs/hints/shop.html>, Erişim tarihi: Erişim tarihi: 05.08.2017
- Hu, T. W. (2008). *Tobacco Control Policy Analysis In China: Economics And Health (Vol. 12)*. World Scientific.
- Husna, F. (2009). Preventing internet addiction to avoid mental disorder. Padang State University, English Department Faculty of Language, Literature and Art, Öğrenci ödevi, Padang/Endonezya. https://www.academia.edu/2998969/Preventing_Internet_Addiction_to_Avoid_Mental_Disorder Erişim tarihi: 16.09.2016
- Hyman, S. E., Malenka, R. C., Nestler, E. J. (2006). Neural Mechanisms Of Addiction: The Role Of Reward-Related Learning And Memory. *Annu. Rev. Neurosci.*, 29, 565-598.
- Johnson, B. A. Cloninger, C. R. Roache, J. D. Bordnick, P. S., Ruiz, P. (2000). Age Of Onset As A Discriminator Between Alcoholic Subtypes In A Treatment-Seeking Outpatient Population. *The American Journal On Addictions*,9(1), 17-27.
- Kalyoncu, A. Mırsal, H. (2000). Alkol Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4(1), 22-30.
- Kelly RB, Falvo DR.(2000) Patient Education. In: Rakel RE (ed). *Textbook of Family Practice*. 6th ed. Saunders Com, Philadelphia, 253-61.
- Kreek, M. J. Nielsen, D. A. LaForge, K. S. (2004). Genes associated with addiction. *Neuromolecular medicine*, 5(1), 85-108.
- Kremer, D. (2015).

- <https://www.harleystreetaesthetics.com/blog/2015/10/02/plastic-surgery-addiction-causes-and-treatments> , (Erişim tarihi: 14.09.2016)
- Lam, L. T. Peng, Z. W. Mai, J. C. Jing, J. (2009). Factors Associated With Internet Addiction Among Adolescents. *CyberPsychology and Behavior*, 12(5), 551-555.
- Maly R.C., Bourgue L.B., Engelhardt R. F. (1999). A Randomized Controlld Trial Of Facilitating Information Fiving To Patients With Chronic Medical Conditions: Effects On Outcomes Of Care *J Fam Pract*, 48(5): 356-63
- Marsch, L. Lord, S. Dallery, J. (Eds.). (2014). *Behavioral Healthcare and Technology: Using Science-based Innovations to Transform Practice*. Oxford University Press.
- Martin, P., Weinberg, B. A., Bealer, B. K. (2007). *Healing Addiction: An İntegrated Pharmacopsychosocial Approach To Treatment*. John Wiley And Sons.
- Morgan, M. (2001). *Drug Use Prevention: An Overview Of Research*. Stationery Office.
- NIDA (National Institute On Drug Abuse), (2007). *Drugs, Brains, And Behaviour: The Science Of Addiction*, İn: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/addiction-health>. Erişim Tarihi: 07.09.2016.
- Nordqvist, C. (2016), *Addiction Risk Factors*. İn: <http://www.medicalnewstoday.com/info/addiction/risks-of-addiction.php>, Erişim tarihi: 12.09.2016.
- Oates, W. E. (1968). On Being A “Workaholic”. *Pastoral Psychology*, 19(8), 16-20.
- Odabaşioğlu, G. Öztürk, Ö., Genç, Y. Pektaş, Ö. (2007). On Olguluk Bir Seri İle İnternet Bağımlılığı Klinik Görünümleri. *Bağımlılık Dergisi*, 8(1), 46-51.
- Öcek Z, Soyer A. (2007). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı. *Türk Tabipler Bitliği Yayınları*. Ankara.
- Ögel, K. (1997). *Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık*. İletişim Yayınları.
- Özdemir O. Ocaktan E, Akdur R. (2003). Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye Ve Avrupada Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 56 (4): 207-216.
- Özden M. (2013). *Sağlık Eğitimi Ders Kitabı*. 20. Baskı. Ayrıntı Basımevi. Ankara

- Özden, S. Y. (1992). Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztek, Z. Üner, S. Eren, N. (2012). Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişimi. 1. Cilt Hacettepe Üniversite Yayınları. Ankara.
- Özvarış ŞB. (2011). Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara. S. 3-79.
- Padwa, H. Cunningham, J. (2010). Addiction: A Reference Encyclopedia. Abc-Clio.
- Pala K. (2015). Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı. Palme Yayıncılık. Ankara. S. 3-139, 331-357
- Pates, R. Riley, D. (Eds.). (2012). Harm Reduction İn Substance Use And High-Risk Behaviour. John Wiley and Sons.
- Perdew, L. (2014). Internet Addiction. ABDO.
- Piscitelli, S. C. Gallicano, K. D. (2001). Interactions Among Drugs For HIV And Opportunistic İnfections. New England Journal Of Medicine, 344(13), 984-996.
- Randolph, T. G. (1956). The Descriptive Features Of Food Addiction. Addictive Eating And Drinking. Quarterly Journal Of Studies On Alcohol, 17, 198-224.
- Ruiz, P. Strain, E. (2012). Lowinson And Ruiz's Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. JAMA, 307(17), 1869.
- Sadoff, RL. Drogin, EY., Gurmu, S., (2015). Forensic Implications Of Behavioral Addictions. In MS. Ascher and P. Levounis (Eds.), The Behavioral Addictions. American Psychiatric Pub., P. 9-29, ISBN: 978-1-58562-485-0.
- Sarafino, E. P. Smith, T. W. (2014). Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. John Wiley and Sons.
- Shapley, D. (1978). Addiction To Technology Is One Cause Of Navy's Shipbuilding Crisis. Science, 200(4343), 741-745.
- Smith Boswell K. (1993). Nurse Perceptions Of Their Educational Preparation As Patient Educator. Texas Woman's University, Submitted in Partial Fulfillment Of The Requirements Fort He Degree Of Master Of Science, Collage Of Heath Science. (Advisor: Barbara J. Cramer).
- Söyler, S., Kaptanoğlu, AY. (2018). Sanal Uyuşturucu: İnternet. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(2), 37-46.

- Starfield B. Politics, Primary Healthcare And Health: Was Virchow Right. *Journal Of Epidemiology And Community Health* 2011;65(8):653-665
- Suissa, A. J. (2008). Addiction To Cosmetic Surgery: Representations And Medicalization Of The Body. *International Journal Of Mental Health And Addiction*, 6(4), 619-630.
- Sun, A. P. Ashley, L. Dickson, L. (2013). Behavioral Addiction: Screening, Assessment, And Treatment. Central Recovery Press, LLC.
- Szabo, A. (2010). Addiction To Exercise: A Symptom Or A Disorder?. Nova Science.
- Tabak R. S. (2000). Sağlık Eğitimi. Somgür Yayıncılık. Ankara.
- Tarhan, N. Nurmedov, S. (2011). Bağımlılık. Timaş Yayınları.
- Thomas, B. S. (1996). A Path Analysis Of Gender Differences in Adolescent Onset of Alcohol, Tobacco, And Other Drug Use (ATOD), Reported ATOD Use And Adverse Consequences Of ATOD Use. *Journal Of Addictive Diseases*, 15(1), 33-52.
- Tones K (1997), Health Education, Behaviour Change, And The Public Health. (Eds) Detels R., Holland WW., Mceven J., Omenn GS.: Oxford Textbook Of Public Health. Third Edition. Volume 2, Pp 783-814. Oxford University Pres.
- Topbaş, M. (2018). Halk Sağlığı. Anadolu Üniversitesi Yayınları. Eskişehir.
- Tosun, M. (2008). Madde Bağımlılığına Genel Bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62, 201-220.
- Turner C. E. (1981), Marley Salery: Okul Sağlığı ve Sağlık Eğitimi, (Çev Tunca Y.) MEB, İstanbul
- Ulusoy Gökkoca F. Z. (2001). Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler. *STED*. 10 (10):371-374.
- Ülkü S. (2010). Kütahya İli Yenidoğan Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Vajinal Duş Uygulamalarına Sağlık Eğitiminin Etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi
- Veale, D. Neziroglu, F. (2010). Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual. John Wiley and Sons.

- Volkow, N. (2010). *The Science Of Addiction: Drugs, Brains, And Behavior*. National Library Of Medicine–National Institutes Of Health.
- Walters, S. T. Rotgers, F. (Eds.). (2011). *Treating Substance Abuse: Theory And Technique*. Guilford Press.
- West, R. Brown, J. (2013). *Theory Of Addiction*. John Wiley & Sons.
- WHO, (2000) *Ottawa Charter For Health Promotion*. World Health Organization, Geneva.
- WHO, (2001) *Jakarta Declaration On Leading Health Promotion İnto The 21st Century*. World Health Organization, Geneva.
- WHO, (2016). *Health Education*: [Http://Www.Who.İnt/Topics/Health_Education/En/](http://www.who.int/topics/health_education/en/) , Erişim Tarihi: 25.09.2016.
- Wilhelm, S., Phillips, K. A., Steketee, G. (2012). *Cognitive-Behavioral Therapy For Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual*. Guilford Press.
- Wong, W. C., Ford, K. A., Pagels, N. E., Mccutcheon, J. E., & Marinelli, M. (2013). *Adolescents Are More Vulnerable To Cocaine Addiction: Behavioral And Electrophysiological Evidence*. *The Journal Of Neuroscience*, 33(11), 4913-4922.
- Yeşilay Dergisi, Haziran (2014). Sayı 965. *Uyuşturucu Bağımlılığı: Arz Ve Talep Azaltımı, Önleme Ve Tedavi Yöntemleri*. In: [Http://Www.Yesilay.Org.Tr /Yesilaydergisi/Haziran_2014/İndex.Html#1](http://www.yesilay.org.tr/yesilaydergisi/haziran_2014/index.html#1). Erişim Tarihi: 12.09.2016.
- Yeşilay Dergisi, Haziran 2016. Sayı 989. *Uyuşturucu: Önlemek, Tedavi Etmek Mümkün Mü?* In: [Http://Www.Yesilay.Org.Tr/Yesilaydergisi/Haziran_2016/İndex.Html#28](http://www.yesilay.org.tr/yesilaydergisi/haziran_2016/index.html#28). Erişim Tarihi: 12.09.2016.
- Yeşilay TBM, (2014). *Uyuşturucu Maddelerden Korunmak İçin. İçinde: Http://Bagimlilik.Org.Tr/Eser/Diger-Uyusturucu-Maddelerden-Korunmak-İcin*. Erişim Tarihi: 12.09.2016
- Yeşilay, (2016). [Http://Www.Yesilay.Org.Tr/Tr/Bagimlilik/Bagimlilik-Nedir](http://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/bagimlilik-nedir), Erişim Tarihi: 09.09.2016.
- Yılmaz A. (2007). *Bozkır'da Çalışan Sağlık Görevlilerinin Sağlık Eğitimi Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*. S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

- Yılmaz A. (2007). Bozkır'da Çalışan Sağlık Görevlilerinin Sağlık Eğitimi Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
- Yurtseven, E. (2015). Sağlık Eğitimi. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.
- Zhang, R. (2015). Internet Dependence İn Chinese High School Students: Relationship With Sex, Self-Esteem, And Social Support. Psychological Reports,117(1), 8-25.
- <https://shm.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 25.08.2020



ISBN: 978-625-7897-98-3