

Alkol ve Madde Bağımlılarında Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyi ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki

Relationship Between Mental Health Literacy Level and Treatment Motivation in Alcohol and Drug Addicts

📧 Ayşegül Koç¹, 📧 Hümeysra Hançer Tok¹, 📧 Nihal Taştekin², 📧 Hülya Ensari¹

¹Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Bolu

²Üsküdar Üniversitesi, İstanbul

ÖZ

Bu çalışmanın amacı alkol/madde bağımlılığı olan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin tedavi motivasyonuna etkisini belirlemektir. Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi'nde yatarak tedavi gören 128 kişi çalışmaya dahil edildi. Veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ölçeği ve Tedavi Motivasyonu (TM) anketi kullanıldı. Tedavi Motivasyonu Anketi ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği puanları sırasıyla $94,21 \pm 12,2$ ve $108,03 \pm 11,7$ olarak bulundu. Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği-Ruh Sağlığı Bilgisini Nasıl Arayacağı Bilgisi alt ölçek puan ortalaması ile Tedavi Motivasyonu Anketi toplam ve Kişilerarası Yardım Arama alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf bir korelasyon vardı ($r=0,284$). Ancak Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği-Mesleki Yardım Bilgisi alt ölçek puan ortalamaları ile Tedavi Motivasyonu Anketi-Tedaviye Güvensizlik alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf bir korelasyon vardı ($r=-0,230$). Sonuç olarak ağırlıklı konusunda bilgi eksikliği, profesyonel yardımın nasıl alınacağı ve damgalanma endişesinin tedavi motivasyonunun önündeki en büyük engel olduğu kanısına varıldı.

Anahtar sözcükler: Bağımlılık, ruh sağlığı okuryazarlığı, tedavi motivasyonu

ABSTRACT

The primary objective of this research is to explore how the level of Mental Health Literacy influences the motivation for treatment among individuals dealing with alcohol or substance addiction. The study involved 128 subjects undergoing inpatient treatment at the Alcohol and Substance Abuse Treatment Center. To gather data, researchers utilized a Personal Information Form, Mental Health Literacy Scale, and Treatment Motivation (TM) survey. The scores obtained from the Treatment Motivation Questionnaire and Mental Health Literacy Scale were 94.21 ± 12.2 and 108.03 ± 11.7 , respectively. The analysis revealed a statistically significant, albeit weak, positive correlation between the participants' Mental Health Literacy Scale-Knowledge of How to Seek Mental Health Information subscale mean score and both their total Treatment Motivation Questionnaire score and their Interpersonal Help-Seeking subscale mean scores ($r=0.284$). Conversely, a statistically significant weak negative correlation emerged between the participants' Mental Health Literacy Scale-Knowledge of Professional Help Available subscale mean score and their Treatment Motivation Questionnaire-Distrust in Treatment subscale mean score ($r=-0.230$). Conclusions drawn from the study indicate that a lack of knowledge regarding addiction and accessing professional assistance, coupled with concerns surrounding stigma, pose as significant barriers to motivation for seeking treatment.

Keywords: Addiction, mental health literacy, treatment motivation

Giriş

Ruh sağlığı okuryazarlığı, "ruh sağlığı bozukluklarını tanıma, yönetme ve önleme bilgi ve inancı" olarak tanımlanmaktadır (Göktaş ve ark. 2019). Ruh sağlığı okuryazarlığı, toplumda ruh sağlığı hastalıklarına erken müdahale ve önlemede önemli bir kavram haline gelmiştir (Göktaş ve ark. 2019, Kesgin ve ark. 2020). Genel nüfusun ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin düşük olması, ruhsal bozuklukların yeterince tanınmaması, tedavilerinin sıklıkla gecikmesi ve ruh sağlığı bozukluğu olan kişilerin uzun yıllar iyi bir yaşam kalitesine sahip olamamalarına neden olabilir (Kesgin ve ark. 2020). Ruhsal hastalığı olan kişiler genellikle uzun yıllar tedavi edilmemekte, nüks ve intihar girişimi görülme sıklığını artırmakta, remisyon oranlarını düşürmekte ve genel

sonuçları kötüleştirmektedir (Sağlık Bakanlığı 2022). Yeterli düzeyde ruh sağlığı okuryazarlığı sağlık harcamalarını azaltabilir, ruh sağlığını geliştirmek ve bireylerin kendi kendine tedavi yöntemleri geliştirmelerini sağlamak için politikalar ve uygulamalar oluşturmak için kullanılır (Faigenbaum ve ark. 2022).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, ruh sağlığı okuryazarlığının ruh sağlığı hizmetlerinden yardım isteyen, tedavi hizmeti alan, tedavi motivasyonu, ruhsal hastalığı olan birine yardım eden ve damgalanan kişilerle çok yönlü bir ilişkisi olduğunu göstermiştir (Çam ve Çuhadar 2011). Asya ülkelerinde yaşayanlarda daha sık görülmekle birlikte, bazı toplumlarda, özellikle kültürel özelliklerden kaynaklanan bir ruh sağlığı bozukluğu söz konusu olduğunda, yardım arama gecikmekte ve tedavi motivasyonu azalmaktadır (Bjørnsen ve ark. 2017). Sonuç olarak, ruh sağlığı bozuklukları ilerlemekte ve insanlar genellikle hastalığın ileri evrelerine ulaştıklarında yardım aramakta, bu da ruh sağlığı bozuklukları ile ilgili acil servis başvurularının ve hastaneye yatış oranlarını artırmaktadır. Herhangi bir ruh sağlığı bozukluğu (şizofreni, bipolar afektif bozukluk, depresyon vb.) ve bağımlılığı olan kişilerin sadece yarısı ruh sağlığı hizmetlerini kullanmaktadır (Bjørnsen ve ark. 2017). İçişleri Bakanlığı Türkiye'de uyuşturucu madde kullanan bireylerin oranının %7,8-35,0 civarında olduğunu bildirmiştir (Duyan ve Gövebakan 2021).

Bağımlılığı önlemek için çeşitli düzeylerde çeşitli önlemler alınmalıdır. Bu önlemlerden biri alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerini artırmaktır (Wang ve ark. 2013). Bağımlı bireylerde ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin artması, tedaviye uyumu ve motivasyonu olumlu yönde etkileyebilir (Miles ve ark. 2020). Bağımlı bireylerin mevcut ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin ve tedavi motivasyonu ile ilişkisinin belirlenmesi, onlara ilgili müdahalelerin (özellikle ruh sağlığı okuryazarlığı bilgisi, bağımlılık tanıma, profesyonel yardım, mevcut tedaviler, etkili kendi kendine yardım stratejileri hakkında bilgi, başkalarına ilk yardım ve destek sağlama bilgi ve becerileri ve nükslerinin nasıl önleneceğine ilişkin bilgiler) sunulması açısından önemlidir (Bozdağ ve Çuhadar 2022). Türkiye'de alkol ve madde bağımlılığı olan kişilerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri ve bunun tedavi motivasyonu üzerindeki etkisi ile ilgili sınırlı veri bulunmaktadır. Bu çalışmada alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerde ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini etkileyen sosyodemografik faktörlerin belirlenmesi ve ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin tedavi motivasyonu ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın sonunda "Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketi puanları nelerdir? Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir, eğitim düzeyi vb.) ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği puanları arasında nasıl bir ilişki vardır? Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin Tedavi Motivasyon Anketi ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği puanları arasında nasıl bir ilişki vardır?" sorusuna yanıt verilmiş olacaktır.

Yöntem

Örneklem

Bu analitik çalışmaya 1 Temmuz 2021-31 Ocak 2022 tarihleri arasında Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi'nde (AMATEM) yatarak tedavi gören hastalar dahil edildi. Alkol ve madde bağımlılığı nedeniyle AMATEM'e başvuran ve hekim tarafından yatarak tedavisi uygun görülen kişiler, AMATEM kurallarının kabul edilmesi ve onaylanması halinde 28 gün hastanede yatırılır. Sigara Alkol Madde Bağımlılığı Tedavi Eğitim Programı, farkındalık toplantıları, beceri geliştirme çalışmaları, motivasyonel görüşmeler, bireysel görüşmeler, etkileşim grup terapileri ve ergoterapiler dahil olmak üzere farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedaviler alırlar.

Hekimler, hemşireler ve psikologlar bu destek programlarını uygulamaktadır. Ayrıca hemşirelerin gözetiminde sabah yürüyüşleri, gevşeme egzersizleri, resim ve el işi etkinlikleri, filmler, okuma saatleri de destekleyici tedaviler olarak yer almaktadır. AMATEM hizmetinde çalışan sağlık personeli (hekim, hemşire, psikolog vb.) ile gizlilik sözleşmesi yapılır.

Bir önceki yıl 1 Temmuz 2020 ile 31 Ocak 2021 tarihleri arasında 151 hasta hastaneye yatırılmıştı. Bu çalışmada örnekleme için CDC tarafından geliştirilen EPI-INFO programı kullanılmış ve örneklem büyüklüğü bağımlılık için popülasyon genişliği 151, beklenen sıklık %5,5, kabul edilen hata payı %5 ve güven aralığı %99 olarak dikkate alınarak 102 olarak belirlenmiştir. Alkol madde kullanım bozukluğu tanısı alan, bu tanı ile tedavisinin üç haftasını tamamlamış, en az ilkokul mezunu olan, ölçekleri tamamlamasına engel ruhsal veya fiziksel patolojisi olmayan ve çalışmaya katılmak için yazılı onam vermiş olan bireyler çalışmaya dahil edildi. Çalışma 128 katılımcı ile tamamlanmıştır. 3 haftalık tedavi programını tamamlamayan (n=18) ve yazılı onam vermeyen (n=5) toplam 23 kişi çalışma dışı bırakıldı.

Uygulama

Veriler, araştırmacılar tarafından 1 Temmuz 2021-31 Ocak 2022 tarihleri arasında veri toplama araçları kullanılarak katılımcılardan toplandı. Çalışmanın yapıldığı kurumdan ön izin alınmıştır. Tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmış ve Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırma etik kurulundan yazılı onam alındı (2021-173;/22.06.2021). Katılımcılara herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirlikleri bildirildi. Bu çalışma Helsinki Bildirgesi'nin ilkelerine uygun olarak yürütüldü.

Veri Toplama Araçları

Veriler kişisel bilgi formu, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketi kullanılarak toplandı.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan formda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, eşlik eden ruhsal veya fiziksel bir hastalığın varlığı gibi bilgiler yer alır. (Kesgin ve ark.2020, Miles ve ark. 2020, Akgün ve ark. 2021, Feigenbaum ve ark. 2022).

Tedavi Motivasyon Anketi

Alkol/madde bağımlılığı tedavisine başlama ve devam etme nedenlerini değerlendirmek için tasarlanmış 26 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Tedavi motivasyon ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Evren ve arkadaşları (2006) tarafından belirlenmiştir. Ölçek tanımlanabilir dört faktör içermektedir: 1) İç motivasyon (11 madde), 2) dış motivasyon (4 madde), 3) kişilerarası yardım arama (6 madde) ve 4) güvensizlik (5 madde). Daha yüksek bir toplam ölçek puanı, daha yüksek tedavi motivasyonunu gösterir. Evren ve arkadaşları (2006) ölçeğin Cronbach alfa değerini 0.84 olarak hesaplamıştır. Bu çalışmanın Cronbach alfa değeri 0,836 olarak hesaplandı.

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği, bireyin ruh sağlığı düzeyini ölçmek ve ek desteğe ihtiyaç duyabilecekleri alanları belirlemek için kullanılan bir araçtır. Likert tipi bir ölçek olan Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği 35 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır: bozuklukları tanıma becerisi (8-32 puan), bilgiye nasıl ulaşılacağı bilgisi (4-20 puan), risk faktörleri ve nedenleri hakkında bilgi (2-8 puan), kendi kendine yardım/tedavi müdahaleleri bilgisi (2-8 puan), profesyonel yardıma erişim hakkında bilgi (3-12 puan), ruh sağlığı ile ilgili bozukluklar için uygun yardım arayışını kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili bozukluklara yönelik tutumlar (damgalama) (16-80 puan). Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 35 ile 160 arasında değişmektedir. Kesgin ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,89'dur. Cronbach alfa katsayısı 0.84 olarak hesaplanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS 22 programı kullanılarak analiz edilmiş ve cinsiyet, gelir durumu, meslek gibi istatistiksel veriler için yüzde ve frekans değerleri kullanılarak değerlendirildi. Ayrıca değişken ve ölçek puanlarının değerlendirilmesinde ortalama ve standart sapma kullanıldı. Değişkenlerin normalliğini test etmek için çarpıklık-basıklık değerleri hesaplanmış ve +2.5 ile -2.5 arasında bulunmuş ve verilerin normal dağılıma sahip olduğu kabul edilmiştir. Parametrik olmayan veriler için Mann-Whitney U testi (Risk faktörleri ve nedenleri hakkında bilgi, Kendi kendine tedavi bilgisi, Mevcut profesyonel yardım bilgisi, Tanıma ve uygun yardım aramayı teşvik eden tutumlar (Damgalama)-sosyodemografik özellikler) ve Bağımsız Örneklem t Testi (Bozuklukların tanınması, Ruh sağlığı bilgisinin nasıl aranacağına ilişkin bilgi, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanı - sosyodemografik özellikler) parametrik veriler için kullanıldı. Korelasyon analizi için Pearson ve Spearman analizleri kullanılmıştır (Tedavi Motivasyon Ölçeği ve alt ölçekleri - Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve alt ölçekleri). Sonuçlar %95 güven aralığında ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Katılımcıların %42,6'sı 18-30 yaş aralığında, %94,5'i erkek, %48,4'ü bekar, %17,2'si düşük gelirli, %82,5'i lise ve altı mezunlardan oluşmaktadır. Ayrıca %60,2'sinin madde kullanım bozukluğu, %23,4'ünün bağımlılık dışında eşlik eden ruhsal hastalığı, %15,6'sının eşlik eden fiziksel hastalığı ve %41,4'ünün alkolizm/madde kullanımı ile mücadelede ilk tercih olarak sağlık mesleği mensubuna başvurduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Katılımcıların ortalama Tedavi Motivasyon Anketi puanları 94.21 ± 12.2 ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği puanları sırasıyla 108.03 ± 11.7 'dir (Tablo 2).

Tablo 1. Alkol/madde kullanım bozukluğu olan çalışma katılımcılarının bazı demografik özelliklerine ilişkin veriler.

Demografik özellikler	n	%
Yaş (n = 94)		
18-30 yaş	40	42,6
31 yaş ve üzeri	54	57,4
Ortalama yaş	34.12±9.8	
Cinsiyet (n = 128)		
Dişi	7	5,5
Erkek	121	94,5
Medeni durum (n = 127)		
Evli	65	50,8
Tek	62	48,4
Gelir durumu (n = 128)		
İyi	41	32,0
İlmlı	65	50,8
Fakir	22	17,2
Askerlik hizmeti (n = 127)		
Tamamlandı	80	63,0
Tamamlanmadı	28	22,0
Muaf*	19	10,2
Eğitim düzeyi (n = 126)		
Lise ve altı	104	82,5
Ön lisans-lisans derecesi	22	17,5
Kronik hastalık varlığı (n = 128)		
Evet	20	15,6
Hayır	108	84,4
Ruhsal bozukluk varlığı (n = 128)		
Evet	30	23,4
Hayır	98	76,6
Bağımlılık yapan madde türü (n = 127)		
Alkol	51	39,8
Madde	77	60,2
Alkolizmle mücadele için ilk kime başvuruyorsunuz? (n = 113)		
Aile üyeleri	44	34,4
Eş/partner	16	12,5
Sağlık profesyonelleri	53	41,4
Yoksunlukla başa çıkma yöntemleri (n = 128)		
Dua	31	24,2
Terapilere katılmak	14	10,9
Spor yapmak	18	14,1
Uyuyan	28	21,9
Başka	18	14,1
Hiç kimse	19	14,8
Yasal sorunlarla yüzleşmek (n = 128)		
Hayır	41	32,0
Evet	87	68,0

* Kadın, askerlik engeli, fiziksel veya ruhsal hastalığı bulunması,

Evlilerin bilgiye nasıl ulaşacaklarına ilişkin bilgi puan ortalamaları bekar bireylere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0.039$), komorbid psikiyatrik hastalığı olanların profesyonel yardıma erişim bilgi puan ortalaması olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0.009$). Diğer sosyodemografik özellikler, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 3).

Ölçekler ve alt ölçekler	Min.	Max.	Ortalama	Standart sapma	Çarpıklık	Basık
TMQ	50	130,0	94,21	12,2	-0,198	1,263
TMQ-IM	14	55	48,42	6,7	-1,649	4,796
TMQ-EM	5,0	20,0	11,50	3,2	0,335	0,081
TMQ-IHS	10,0	30,0	21,16	4,9	-0,154	-0,415
TMQ-DT	5	25,0	13,11	3,7	1,012	1,130
MHLS (MHLS)	79	144	108,03	11,7	0,386	0,339
MHLS-RD	8,0	32,0	22,01	4,4	-0,211	0,501
MHLS-KS	4,0	20,0	14,82	4,0	-0,816	0,324
MHLS-KRFC	4,0	9,0	5,99	0,9	0,309	1,899
MHLS-KST	3,0	24,0	6,00	1,8	7,668	77,602
MHLS-KPHA	3,0	14,0	9,11	1,3	0,807	1,373
MHLS-S Serisi	6,0	78,0	50,07	7,9	0,535	1,194

Min: minimum, Max: maksimum; TMQ: Tedavi Motivasyonu, TMQ-IM: İç motivasyon, TMQ-EM: Dış motivasyon, TMQ-IHS: Kişilerarası Yardım Arama, TMQ-DT: Tedaviye güvensizlik; MHLS-RD: Bozuklukların tanınması, MHLS-KS: Ruh sağlığı bilgisinin nasıl aranacağı bilgisi, MHLS-KRFC: Risk faktörleri ve nedenleri bilgisi, MHLS-KST: Kendi kendine tedavi bilgisi, MHLS-KPHA: Mevcut profesyonel yardım bilgisi, MHLS-S: Tanınmayı ve uygun yardım aramayı teşvik eden tutumlar (Stigma), MHLS: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanı

Ölçekler ve alt ölçekler	MHLS-RD	MHLS-KS	MHLS-KRFC	MHLS-KST	MHLS-KPHA	MHLS-S Serisi	MHLS (MHLS)
Yaş							
18-30 yaş	21,82±4,5	14,04±4,2	6,02±0,1	6,05±0,1	9,05±0,2	50,55±1,2	107,90±11,5
31 yaş ve üzeri	22,79±4,2	15,01±4,0	5,92±0,1	6,01±0,3	9,24±0,2	50,40±1,1	109,40±12,8
İstatistik	t = -1,066 df = 92, p = 0,289	t = -0,721, df = 92, p = 0,473	U = 1045,0, Z = -0,307, p = 0,759	U = 894,50 Z = -1,758, p = 0,079	U = 1007,50 Z = -0,573, p = 0,566	U = 1007,50, Z = -0,073, p = 0,942	t = -0,588, df = 92, p = 0,558
Cinsiyet							
Dişi	22,85±2,8	14,57±2,6	6,57±0,6	6,0±0,3	9,57±0,4	53,14±2,5	112,71±9,4
Erkek	21,96±4,6	14,83±4,9	5,95±0,1	6,0±0,1	9,09±0,1	49,90±0,7	107,7±11,9
İstatistik	t = 0,508, df = 126, p = 0,613	t = -0,168, df = 126, p = 0,867	U = 343,00, Z = -0,944, p = 0,345	U = 400,00, Z = -0,308, p = 0,758	U = 351,00 Z = -0,788 p = 0,431	U = 305,00, Z = -1,244, p = 0,214	t = 1,084, df = 126, p = 0,280
Medeni durum							
Evli	22,23±4,2	15,53±3,8	6,00±0,1	6,03±0,3	9,09±0,2	50,26±1,0	109,15±12,0
Tek	21,85±4,8	14,06±4,1	6,00±0,1	5,98±0,1	9,12±0,2	49,87±0,9	106,90±11,5
İstatistik	t = 0,469, df = 125, p = 0,640	t = 2,086, df = 125, p = 0,039*	U = 1964,00, Z = -0,276, p = 0,783	U = 1821,50 Z = -1,165, p = 0,244	U = 1988,0 Z = -0,135, p = 0,892	U = 1885,5, Z = -0,626, p = 0,532	t = 1,074, df = 125, p = 0,285
Gelir durumu							
Fakir	22,02±4,3	15,00±3,8	5,95±0,9	6,01±1,9	9,01±1,4	50,54±7,9	108,75±11,6
İyi	21,95±5,1	13,90±4,5	6,18±0,9	5,95±0,3	8,72±1,0	47,81±7,3	104,54±12,2
İstatistik	t = 0,070, df = 126, p = 0,945	t = 1,171, df = 126, p = 0,244	U = 1027,50, Z = -0,979, p = 0,328	U = 1143,50, Z = -0,178, p = 0,859	U = 1027,50 Z = -0,907, p = 0,364	U = 953,50, Z = -1,344, p = 0,179	t = 1,535, df = 127, p = 0,127
Eğitim seviyesi							
Lise ve altı	21,64±4,2	14,69±3,9	5,99±0,1	6,08±0,2	9,08±0,1	49,45±0,7	106,95±10,6
Önlisans-lisans	23,40±5,3	15,13±4,5	6,04±0,3	5,68±0,5	9,27±0,3	53,22±2,3	112,77±15,8
İstatistik	t = -1,684, df = 124, p = 0,095	t = -0,469, df = 124, p = 0,095	U = 1128,50 Z = -0,112 p = 0,911	U = 937,50 Z = -1,668 p = 0,095	U = 1118,50, Z = -0,170, P = 0,865	U = 895,00 Z = -1,603, P = 0,109	t = -1,648, df = 25,134, p = 0,112
Ek ruhsal bozukluk varlığı							
Evet	23,39±3,6	15,23±3,8	5,90±0,2	5,63±0,2	9,63±0,2	49,00±0,1	108,76±12,5
Hayır	21,60±4,7	14,69±4,1	6,02±0,1	6,12±0,2	8,95±0,1	50,40±0,8	107,80±11,6
İstatistik	t = 1,899, df = 126, p = 0,06	t = 0,642, df = 126, p = 0,522	U = 1354,00, Z = -0,730, p = 0,465	U = 1363,50, Z = -0,750, p = 0,453	U = 1020,50, Z = -2,622, p = 0,009*	U = 1313,00, Z = -0,885, p = 0,376	t = 0,390, df = 126, p = 0,697
Bağımlılık yapan madde türü							
Alkol	21,62±4,7	15,25±3,9	5,82±0,1	5,84±0,1	9,33±0,2	49,98±1,1	107,86±12,2
Madde	22,27±4,3	14,53±4,0	6,10±0,1	6,11±0,3	8,97±0,2	50,14±0,8	108,14±11,5

İstatistik	t = -0,793, df = 126, p = 0,429	t = -0,996, df = 126, p = 0,320	U = 1643,00, Z = -1,746 p = 0,081	U = 1893,50, Z = -0,426, p = 0,670	U = 1676,50, Z = -1,449 p = 0,147	U = 1940,00, Z = -0,115 p = 0,909	t = -0,131, df = 126, p = 0,896
Alkolizmle mücadele için ilk kime başvuruyorsunuz?							
Aile üyeleri	22,01±5,2	15,06±4,3	5,94±0,9	6,13±2,2	9,01±1,4	49,53±8,1	107,70±12,4
Sağlık profesyonelleri	22,01±3,2	14,47±3,5	6,05±0,9	5,83±0,9	9,26±1,4	50,84±7,7	108,49±10,8
İstatistik	t = -0,007, df = 126, p = 0,995	t = -0,824, df = 126, p = 0,411	U = 1895,50, Z = -0,498 p = 0,618	U = 1966,00, Z = -0,127 p = 0,899	U = 1832,50, Z = -0,778 p = 0,437	U = 1784,00, Z = -0,986 p = 0,324	t = -0,370, df = 126, p = 0,712
Yoksunlukla başa çıkma yöntemlerine sahip olmak							
Evet	22,26±4,3	14,80±4,0	5,97±0,9	5,84±0,8	9,07±1,3	50,06±7,6	107,83±11,0
Hayır	20,57±5,2	14,89±4,0	5,89±0,6	6,94±4,2	8,94±1,4	49,89±8,9	107,15±14,0
İstatistik	t = 1,516, df = 126, p = 0,132	t = -0,087, df = 126, p = 0,931	U = 1005,00, Z = -0,229 p = 0,819	U = 967,50, Z = -0,570 p = 0,568	U = 931,00, Z = -0,726 p = 0,468	U = 974,50, Z = -0,410 p = 0,682	t = 0,349, df = 126, p = 0,727
Yasal sorunlarla yüzleşmek							
Evet	21,75±5,1	15,39±4,0	5,87±0,8	6,31±2,9	9,41±1,6	49,90±8,0	108,65±11,6
Hayır	21,13±4,2	14,55±3,9	6,04±0,9	5,86±0,9	8,97±1,3	50,16±7,9	107,13±11,6
İstatistik	t = 0,027, df = 68, p = 0,978	t = 0,773, df = 68, p = 0,442	U = 1597,00, Z = -1,066 p = 0,287	U = 1763,50, Z = -0,128 p = 0,898	U = 1553,50, Z = -1,218 p = 0,223	U = 1767,50, Z = -0,082 p = 0,935	t = 0,541, df = 68, p = 0,590

U = Mann-Whitney U, t = Bağımsız Örneklem t Testi, *p < 0,05, **Tukey Testi; TMQ: Tedavi Motivasyonu, TMQ-İM: İç motivasyon, TMQ-EM: Dış motivasyon, TMQ-IHS: Kişilerarası Yardım Arama, TMQ-DT: Tedaviye güvensizlik; MHLS-RD: Bozuklukların tanınması, MHLS-KS: Ruh sağlığı bilgisinin nasıl aranacağı bilgisi, MHLS-KRFC: Risk faktörleri ve nedenleri bilgisi, MHLS-KST: Kendi kendine tedavi bilgisi, MHLS-KPHA: Mevcut profesyonel yardım bilgisi, MHLS-S: Tanınmayı ve uygun yardım aramayı teşvik eden tutumlar (Stigma), MHLS: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanı

Ayrıca Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ile Tedavi Motivasyon Anketi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği-bilgiye nasıl ulaşılacağını bilme, Tedavi Motivasyon Anketi ve Tedavi Motivasyon Anketi ile kişilerarası yardım arama arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla r=0.284, p=0.00, r=0.212, p =0.016). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği - profesyonel yardıma erişim bilgisi ve Tedavi Motivasyon Anketi - tedaviye güvensizlik arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur (r = -0.230, p = 0.009). Ayrıca Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği-damgalama ve Tedavi Motivasyonu Anketi ile dışsal motivasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf ilişki bulunmuştur (r=-0,203, p=0,022) (Tablo 4).

Tablo 4. TMQ, MHLS ve alt ölçekleri için korelasyon analizi verileri

Ölçekler ve alt ölçekler	TMQ-İM	TMQ-EM	TMQ-IHS	TMQ-DT	TMQ
MHLS-RD	0,018*	0,008*	0,110**	-0,111**	0,052**
MHLS-KS	0,133**	0,076**	0,284**	0,079**	0,212**
MHLS-KRFC	-0,033**	-0,109**	0,045**	-0,049**	-0,077**
MHLS-KST	-0,031**	0,000**	0,018**	0,039**	0,021**
MHLS-KPHA	0,024**	0,031**	0,109**	-0,230**	0,028*
MHLS-S Serisi	-0,068**	-0,203*	0,068*	-0,114*	-0,100**
MHLS (MHLS)	-0,033**	-0,165*	0,161*	-0,108*	-0,029**

* Pearson, **Spearman; TMQ: Tedavi Motivasyonu, TMQ-İM: İç motivasyon, TMQ-EM: Dış motivasyon, TMQ-IHS: Kişilerarası Yardım Arama, TMQ-DT: Tedaviye güvensizlik; MHLS-RD: Bozuklukların tanınması, MHLS-KS: Ruh sağlığı bilgisinin nasıl aranacağı bilgisi, MHLS-KRFC: Risk faktörleri ve nedenleri bilgisi, MHLS-KST: Kendi kendine tedavi bilgisi, MHLS-KPHA: Mevcut profesyonel yardım bilgisi, MHLS-S: Tanınmayı ve uygun yardım aramayı teşvik eden tutumlar (Stigma), MHLS: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanı

Tartışma

Bu çalışmada alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması 108,03 ±11,7 olarak belirlenmiştir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olanların ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri benzer olup, aralarında anlamlı bir fark gözlenmemiş, ortalama ve standart sapma değerleri Kesgin ve arkadaşları (2020) tarafından belirlenen eşik puanların (X=106,00) üzerinde bulunmuştur. Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri ile ilgili herhangi bir çalışma bildirilmemiş olmasına rağmen Degan ve arkadaşları (2019) bağımlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğunu saptamışlardır. Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireyler için bu çalışmadaki veriler 21 günlük yatarak tedavi sonrası toplanmıştır. AMATEM'de farmakolojik tedavinin yanı sıra alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin hastanede yatarak tamamlamaları gereken zorunlu eğitim olan SAMBA (Sigara, Alkol

ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı) dahil olmak üzere farmakolojik olmayan yöntemler de kullanılmaktadır. Bu eğitim, alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerde tedavi motivasyonunu artırmayı, öfke iletişimi konusunda farkındalıklarını artırmayı ve bir ruh sağlığı hastalığı olarak bağımlılığa ilişkin bilgilerini artırmayı amaçlamaktadır. Alkol/madde kullanım bozukluğu olan kişilerin hastanede yatış sırasında SAMBA eğitimi ile bağımlılık farkındalıklarını artırmaları, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği puanlarını artırmış olabilir (Ögel 2022).

Bu çalışmada, bekar bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği-bilgiye nasıl ulaşacaklarına dair bilgi ortalama puanı evli katılımcılara göre daha düşüktür. Bu çalışmadan farklı olarak Çin'de yapılan bir çalışmada medeni durum ile ruh sağlığı okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Wang ve ark. 2013). Degan ve arkadaşları (2019) alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireyler üzerinde bir araştırma yapmış ve evli katılımcıların %68'inin orta/yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu belirlemiştir. Başka bir çalışma, evli olmanın sağlıklı popülasyonlarda daha yüksek zihinsel sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Geboers ve ark. 2016). Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerde bekar olmak veya bir partnere sahip olmamak yalnızlık duygularını artırabilir. Yalnız yaşayan bireyler sınırlı sosyal ağlara sahip olma, daha az sosyal aktivitede bulunma, sınırlı sosyal ilişkilere sahip olma ve daha düşük sosyal destek seviyelerine sahip olma eğilimindedir. Tüm bu durumlar, ruh sağlığı okuryazarlığı farkındalıklarını, bilgiye erişimlerini ve mevcut bilgileri uygulama yeteneklerini kısıtlayabilir (Geboers ve ark. 2016).

Bu çalışmada alkol/madde kullanım bozukluğuna eşlik eden psikiyatrik hastalığı olan bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'ne ilişkin profesyonel yardıma erişim puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Akgün ve arkadaşları (2021) Türkiye toplumu üzerinde yaptıkları çalışmada psikiyatrik hastalık varlığı ile ruh sağlığı okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Gorczynski ve arkadaşları (2017), ruh sağlığı okuryazarlığı yüksek olan bireylerin ruh sağlığı sorunları için kişisel olarak veya başka yollarla yardım arama olasılıklarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bunun nedeni, ruh sağlığı okuryazarlığı yüksek olan bireylerin psikiyatrik semptom ve hastalıklarını daha kolay tanıyabilmeleri ve yönetebilmeleri olabilir. Bu bakımdan alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ruh sağlığı belirtilerini ve yardım arama davranışlarını tanıması açısından bu çalışmanın sonuçları beklenmektedir (Akgün ve ark. 2021). Ancak alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerde ek psikiyatrik hastalık öyküsü bağımlılık tedavisini zorlaştırarak tekrarlayan ve uzun süreli hastaneye yatışlara neden olabilmektedir (Geniş ve ark. 2021).

Miles ve arkadaşları (2020) Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği puanlarının yaşla birlikte arttığını, Akgün ve ark. (2021) ise 18-30 yaş arası bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği puanlarının 31-60 yaş grubundakilere göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu çalışma, alkol/madde kullanım bozukluğu olan 30 yaş ve üstü bireylerin, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, 18-30 yaş arası bireylere göre daha yüksek ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğunu bulmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, eğitim düzeyi yüksek olanların ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri düşük olanlara göre daha yüksekti. İlerleyen yaşla birlikte bireyler yükseköğretim yoluyla daha fazla bilgi edinme ve daha fazla bilgiye maruz kalma eğilimindedir (Akgün ve ark. 2021). Bu, ruh sağlığı okuryazarlığı konusundaki farkındalığı artırabilir. Buna ek olarak, yaşlı insanlar sosyal veya geleneksel medya ve sağlık eğitimi yoluyla ruh sağlığı ve hastalıkları hakkında daha fazla bilgi edinerek daha yüksek ruh sağlığı okuryazarlığı seviyelerine ulaşmış olabilirler (Farrer ve ark. 2008).

Bu çalışmada cinsiyet ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte kadınların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği puanları daha yüksektir. Akgün ve arkadaşları (2021) kadınların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bağımlılık oranlarına bakıldığında erkeklere kadınlara göre daha sık alkol/madde kullanım bozukluğu tanısı konulmakta ve risk düzeyleri daha yüksektir (WHO 2018). Bununla birlikte, erkeklerle karşılaştırıldığında, kadınlar psikolojik zorluklarla başa çıkma ve profesyonel yardım alma konusunda istekli ve uyumludur. Cinsiyetler arasındaki bu farklılık, toplumsal cinsiyet rollerinin bir sonucu olarak açıklanabilir (Miles ve ark. 2020).

Bu çalışmada Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği puanları, alkol/madde bağımlılığı belirtileriyle başa çıkma yöntemlerinin kullanımı ve bağımlılıkla mücadelede ilk başvuru şekli (aile bireyleri veya sağlık personeli) arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastalar, bağımlılıkla mücadelede sağlık kurumları gibi resmi kanallardan ve aile bireyleri gibi resmi olmayan kanallardan yardım istemektedir (Waldmann ve ark. 2019). Ancak aile bireyleri bağımlılıkla ilgili yardım arama konusunda yeterli güncel bilgiye sahip değildir (Bozdağ ve Çuhadar 2022). Ayrıca sağlık kuruluşlarında yeterli sağlık personelinin bulunmaması, alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastalara ayrılan süreyi kısaltmakta, sağlık hizmetlerine ve sağlık eğitimine erişimlerini zorlaştırmaktadır. Bu noktada yukarıda belirtilen değişkenlere göre ruh sağlığı okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı beklenen bir sonuçtur (Kalanlar 2018).

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği - bilgiye nasıl ulaşacağını bilme puanı arttıkça Tedavi Motivasyon Anketi ve Tedavi Motivasyon Anketi - kişilerarası yardım arama puanlarının da arttığı belirlenmiştir. Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerle yapılan nitel bir araştırma, bireylerin bağımlılığı tanınmaları ve bağımlılık hakkındaki bilgileri arttıkça tedavi motivasyonlarının arttığını göstermiştir (Yılmaz 2022). Başka bir çalışmada alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin alkol ve madde kullanımını konusunda bilgilendirmeyi, değişim motivasyonu sağlamayı ve uyuşturucu bırakma tedavisine uyumlarını artırmayı amaçlayan SAMBA eğitimi sonrasında kişilerarası yardım arama puanlarında anlamlı bir artış bulunmamıştır (Görgülü 2020). Bunun nedeni, bu çalışmanın denetimli serbestlik kapsamında eğitime zorunlu olarak kaydolan kişiler üzerinde yapılmış olması olabilir. Bu çalışma ise SAMBA eğitimi almayı kabul eden kişiler üzerinde yapılmıştır. Bu nedenle yatarak tedavi sürecinde bağımlılıkla ilgili bilgi düzeylerinin artması, Tedavi Motivasyon Anketi ve Tedavi Motivasyon Anketi-kişilerarası yardım arama puanlarını artırmış olabilir. Resmi ve sivil toplum kuruluşları tarafından sunulan çeşitli hizmetler (yatarak-ayakta tedavi, SAMBA eğitimi, denetimli serbestlik programları vb.) alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bilgi düzeylerini ve tedavi motivasyonlarını artırmayı amaçlamaktadır. Bir çalışmada, bağımlılığın azaltılması ve önlenmesi için 14-19 yaş arası gençlere 12 seans sınıf içi öğrenmeye dayalı eğitim içeren madde bağımlılığının ortadan kaldırılmasına yönelik bir proje sağlanmıştır (Görgülü 2020). Bu seansların ana temalarından biri tedavi motivasyonu kazanmaktır. Eğitim sonunda bir aylık sigara içme oranında %27, bir aylık esrar kullanımında %22, bir aylık uyuşturucu kullanımında %26 ve bir aylık alkol kullanımında %9 azalma gözlenmiştir (Sussman ve ark. 2002). Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerde bilgi düzeyinin artması ve bağımlılıktan korunma ve rehabilitasyon sürecinde uygun bilgi kaynaklarının bulunması, Tedavi Motivasyon Anketi ve Tedavi Motivasyon Anketi - kişilerarası yardım arama puanlarının artmasında etkili olmuş olabilir (Ögel 2019).

Bu çalışmada Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği - profesyonel yardıma erişim bilgi puanı arttıkça Tedavi Motivasyon Anketi - tedaviye güvensizlik puanının azaldığı belirlenmiştir. Aldemir ve arkadaşları (2018), alkol veya madde kullanım bozukluğu olan bireylerde bağımlılık deneme programının tedavi motivasyonu üzerindeki etkisini belirlemek için bir çalışma yapmış ve programın Tedavi Motivasyonu Anketi - tedaviye güvensizlik puanlarını önemli ölçüde azalttığını bulmuşlardır. Hastalara güvendikleri bireylerden, hastalıkları ve tedavi süreçleri hakkında açık, anlaşılır, kaliteli, doğru bilgi aktarılması, tedaviye olan güvenlerinin artması açısından önemlidir (Gille ve ark. 2021). Çalışmamızda yatan hastaların hastanede yatarak tedavi gören hastaların ruh sağlığı profesyonellerinden bilgi almaları tedaviye olan güvensizliklerini azaltmış olabilir. Madde kullanıcılarının tedaviye olan güveni ve katılımı, tedavinin sürdürülmesinde ve madde kullanımının bırakılmasında etkili bir motivasyon faktörüdür. Tedaviye olan güvenleri arttıkça madde kullanımını bırakma motivasyonları da artmakta ve bu da başarılı bir tedavi süreci ile sonuçlanmaktadır (Rosen ve ark. 2004).

Bu çalışmada ayrıca bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği damgalama puanları arttıkça Tedavi Motivasyon Anketi - dış motivasyon puanlarının düştüğü bulunmuştur. Bu çalışmadan farklı olarak alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerde tedavi motivasyonu ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla bir çalışma yapan Bozdağ ve Çuhadar (2022), içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arttıkça tedavi motivasyonlarının da arttığını bildirmişlerdir. Şamar ve arkadaşları (2022) içselleştirilmiş damgalama ile Tedavi Motivasyon Anketi arasında ilişki bulamamıştır. Damgalama, kişinin akıl hastalığı, etnik grup, uyuşturucu kullanımı veya fiziksel engellilik gibi özellikleri olumsuz değerlendirmesini ifade eder. İçselleştirilmiş damgalama, kişinin bu olumsuz değerlendirmeleri kendisi için benimsediği durumları ifade eder (Çam ve Çuhadar 2011). Damgalama ve/veya içselleştirilmiş damgalama, bağımlılarda depresif belirtileri artırabilir ve öz yeterliliği azaltabilir (Şamar ve ark. 2022). Bağımlı bireyler, psikiyatrik hastalıklar nedeniyle en sık damgalanan hasta grupları arasında yer almaktadır. Damgalama, kişinin kendine olan güvenini ve iyileşmeye olan inancını azaltabilir ve insanların toplum tarafından kabul edilmediklerini hissetmelerine neden olabilir. Dış motivasyon, kişinin davranışları sonucunda sosyal çevrede bir ödül veya olumlu bir sonuç alma isteğini ifade ettiğinden, bağımlı bireylerin damgalanma puanları arttıkça dış motivasyonlarının azalması beklenmektedir (Aslan ve Doğan 2020).

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları vardır. Birincisi, bu analitik bir çalışmadır, bu nedenle nedensel ilişkileri tam olarak tanımlamamıza izin vermedi. İkincisi, örneklem düşük oranda kadın içeriyordu. Sadece yatarak tedavi gören veya almak isteyenler çalışma popülasyonunu oluşturmuştur. Alkol/madde kullanım bozukluğu olup tedavi almayan ve tedaviye hiç erişimi olmayanlar çalışmaya dahil edilmedi. Bu nedenle, bu çalışmanın sonuçlarını tüm alkol/madde kullanım bozukluğu hastalarına genellemek zordur. Ayrıca çalışma, alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerde bağımlılık ve profesyonel yardım almanın yanı sıra nasıl başvurulacağı konusunda bilgi eksikliğinin de tedavi motivasyonunun önündeki en önemli engeller olduğunu göstermektedir.

Sonuç

Bu çalışmada alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin ve Tedavi Motivasyon Anketi puanlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Evli katılımcılar, zihinsel sağlık bilgilerinin nasıl aranacağı konusunda bekar insanlara göre daha fazla bilgiye sahipken, psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlara göre mevcut profesyonel yardım hakkında daha fazla bilgiye sahiptir. Ayrıca bağımlılık hakkında bilgi sahibi olmak ya da profesyonel yardım almak tedavi motivasyonunu artırırken, damgalanma tedavi motivasyonunu azaltır.

Bu çalışma, alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastalarda Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ile Tedavi Motivasyonu arasındaki ilişkiye ilişkin veri elde etmek amacıyla yapılan ilk çalışmadır. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ile Tedavi Motivasyonu arasındaki nedensel bağlantının daha iyi belirlenmesi için bu çalışma farklı bir araştırma deseni, vasküler bağımlılığı olanlar ve daha büyük bir örneklem büyüklüğü kullanılarak tekrarlanabilir. Ayrıca, ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini belirlemek ve şu anda tedavi edilmemiş ve hiç tedavi edilmemiş alkol/madde kullanım bozukluğu popülasyonlarında ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini artırmak için yöntemler daha ileri çalışmalar için önemli olabilir. Bu doğrultuda, AMATEM'lerde ve gündüz bakımevlerinde takip edilen hastalara ruh sağlığı okuryazarlığı eğitim programları düzenlenmelidir. Öte yandan sağlık personelinin ruh sağlığı okuryazarlığı konusundaki bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi de bu özel gruba eğitim vereceği için önem arz etmektedir.

Kaynaklar

- Akgün S, Kesgin MT, Tok HH, Uzun LN (2021) Comparison of psychological distress and mental health literacy levels of hospitalized COVID-19 patients, individuals under quarantine, and healthy individuals of society in the pandemic. *Asean J Psychiatr*, 22:1-11.
- Aldemir E, Berk G, Coşkunol H (2018) The effects of the addiction programme of probation on treatment motivation, abstinence, and quality of life: A comparative study with motivational interviewing and individual intervention. *Noro Psikiyatrs Ars*, 3:261-270.
- Aslan M, Doğan S (2020) Dışsal motivasyon, içsel motivasyon ve performansın etkileşimine teorik bir bakış. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11:291-301.
- Bjørnsen HN, Eilertsen MEB, Ringdal R, Espnes GA, Moksnes UK (2017) Positive mental health literacy: Development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*, 17:717.
- Bozdağ N, Çuhadar D (2022) Internalized stigma, self-efficacy, and treatment motivation in patients with substance use disorders. *J Subst Use*, 27:174-180.
- Çam O, Cuhadar D (2011) Stigma process and internalized stigma among individuals with mental illness. *J Psychiatr Nurs*, 2:136-141.
- Degan TJ, Kelly PJ, Robinson LD, Deane FP (2019) Health literacy in substance use disorder treatment: A latent profile analysis. *J Subst Abuse Treat*, 96:46-52.
- Duyan V, Gövebakan R (2021) *Substance Abuse and Family*. 2nd ed. İstanbul, Yeni İnsan Yayınevi.
- Evren C, Saatcioglu O, Dalbudak E, Danismant BS, Cakmak D, Ryan RM (2006) Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerli ve güvenilirliği. *Bağımlılık Dergisi*, 7:117-122.
- Faigenbaum AD, Rebullido TR, Zaichkowsky L (2022) Heads-up: effective strategies for promoting mental health literacy in youth fitness programs. *ACSMs Health Fit J*, 26(3):12-19.
- Farrer L, Leach L, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF (2008) Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health*, 8:125.
- Geboers B, Reijneveld SA, Jansen CJ, de Winter AF (2016) Health literacy is associated with health behaviors and social factors among older adults: Results from the lifelines cohort study. *J Health Common*, 21:45-53.
- Geniş B, Coşar B, Arıkan Z (2021) Psychiatric comorbidity, length of hospital stay and readmission rates in opiate addicts treated in inpatient ward. *Journal of Academic Research in Medicine*, 11:24-31.
- Gille F, Smith S, Mays N (2021) What is public trust in the healthcare system? A new conceptual framework developed from qualitative data in England. *Soc Theory Health*, 19:1-20.
- Gorczyński P, Sims-Schouten W, Hill D, Wilson JC (2017) Examining mental health literacy, help seeking behaviors, and mental health outcomes in UK university students. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12:111-120.
- Göktaş S, Işıklı B, Önsüz MF, Yenilmez Ç, Metintaş S (2019) Evaluation of validity and reliability of the Turkish version of the mental health literacy scale (MHL scale). *Konuralp Medical Journal*, 11:424-431.
- Görgülü T (2020) How Effective are psychosocial group workings in improving treatment compliance and self-efficacy? An experimental study with substance users. *Noro Psikiyatrs Ars*, 57:241-247.
- Kalanlar B (2018) Türkiye'nin yüzüncü yılında sağlık sektörü, mevcut durum ve beklentiler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21:495-510.

- Kesgin MT, Pehlivan S, Uymaz P (2020) Study of validity and reliability of the mental health literacy scale in Turkish, *Anadolu Psikiyatri Derg*, 21:5-14.
- Miles R, Rabin L, Krishnan A, Grandoit E, Kloskowski K (2020) Mental health literacy in a diverse sample of undergraduate students: Demographic, psychological, and academic correlates. *BMC Public Health*, 20:1-13.
- Ögel K (2019) Kısa müdahale. In *Bağımlılık Teşhisi, Tedavisi, Önlenmesi*. 1. (Eds M Öztürk, K Ögel, C Evren, R Bilici): 351–357. İstanbul, Yeşilay Yayınları,
- Ögel K (2022) SAMBA (Sigara, Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı). <http://www.samba.info.tr/> (Accessed 25.08.2022).
- Rosen PJ, Hiller ML, Webster JM, Staton M, Leukefeld C (2004) Treatment motivation and therapeutic engagement in prison-based substance use treatment. *J Psychoactive Drugs*, 36:387-396.
- Sağlık Bakanlığı (2022) Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2020-2023). Ankara, TC Sağlık Bakanlığı.
- Sussman S, Dent CW, Stacy AW (2002) Project towards no drug abuse: a review of the findings and future directions. *Am J Health Behav*, 26:354-365.
- Şamar B, Taş M, Kayın M, Ünübol B (2023) Comprehensive analysis of social stigma of individuals with substance use disorder in Turkey in the context of Erving Goffman's stigma theory. *J Ethn Subst Abuse*, doi: 10.1080/15332640.2023.2176394.
- Waldmann T, Staiger T, Oexle N, Rüsç N (2020) Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems. *J Ment Health*, 29:270-276.
- Wang J, He Y, Jiang Q, Cai J, Wang W, Zeng Q et al. (2013) Mental health literacy among residents in Shanghai. *Shanghai Arch Psychiatry*, 25:224-235.
- WHO (2018) Global Status Report on Alcohol and Health 2018. Geneva, World Health Organization.
- Yılmaz ŞB (2020) İyileşme dönemindeki alkolikleri anlamak: Adsız alkoliklerin ifadelerinin gösterdiği motivasyon faktörleri (Yüksek lisans tezi). İstanbul, İstanbul Medipol Üniversitesi.

Yazarların Katkıları: Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

Authors Contributions: The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared.

Financial Disclosure: No financial support was declared for this study.