

T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**AKILCI DUYGUSAL DAVRANIŞÇI YAKLAŞIMA DAYALI
PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ MULTİPL SKLEROZ TANISI
ALMIŞ BİREYLERİN BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Doktora Tezi

Emel ŞAHİN






Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Serap GÜLEÇ KESKİN

SAMSUN

2021

TEZ KABUL VE ONAYI

Emel ŞAHİN tarafından Dr. Öğr. Üyesi Serap GÜLEÇ KESKİN danışmanlığında hazırlanan Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım Dayalı Psikoeğitim Programının Multipl Skleroz Tanısı Almış Bireylerin Bilişsel Duygu Düzenleme Düzeylerine Etkisi başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 17/02/2021 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı/Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan (Danışman)	Dr. Öğr. Üyesi Serap GÜLEÇ KESKİN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik/Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Prof. Dr. Murat TERZİ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi/Dahili Tıp Bilimleri Bölümü		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik/Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR Ordu Üniversitesi Hemşirelik/Halk Sağlığı Hemşireliği		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül KARAKURT Erzurum Teknik Üniversitesi Hemşirelik/Psikiyatri Hemşireliği		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY

... / ... / ...

(Unvanı, Adı-Soyadı)
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım doktora tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.



İmza

18/12/2020

Emel ŞAHİN

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım Dayalı Psikoeğitim Programının Multipl Skleroz Tanısı Almış Bireylerin Bilişsel Duygu Düzenleme Düzeylerine Etkisi

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından
16/12/2020 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 19

Tek kaynak oranı : % 2 çıkmıştır.



İmza

18/12/2020

Dr. Öğr. Üyesi Serap GÜLEÇ KESKİN

ÖZET

AKILCI DUYGUSAL DAVRANIŞÇI YAKLAŞIMA DAYALI PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ MULTİPL SKLEROZ TANISI ALMIŞ BİREYLERİN BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Emel ŞAHİN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı,

Doktora, Şubat/2021

Dr. Öğr. Üyesi Serap GÜLEÇ KESKİN

Bu çalışmanın amacı akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programının multipl skleroz tanısı almış bireylerin bilişsel duygu düzenleme düzeylerine etkisini incelemektir.

Araştırma ön test, son test ve izlem ölçümlü randomize kontrollü deneysel desenli bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Samsun ilinde bulunan bir hastanenin nöroloji polikliniğine kayıtlı olan multipl skleroz tanısı almış bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini çalışma grubunda 24, kontrol grubunda 24 olmak üzere 48 kişi oluşturmuştur. Hem çalışma hem de kontrol grubu bireylere araştırma başlangıcında onamları alındıktan sonra ön test olarak tanıtıcı bilgi formu, bilişsel duygu düzenleme ölçeği uygulanmış, ön test sonrası çalışma grubu bireylere akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programı uygulanmıştır. Psikoeğitim programlarının bitiminden iki hafta sonra çalışma ve kontrol grubuna son test, iki ay sonra ise izleme testi uygulanmıştır.

Çalışma grubundaki bireylerin uyumlu bilişsel duygu düzenleme ön test, son test ve izleme testi puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Hem çalışma hem de kontrol grubundaki bireylerin uyumsuz bilişsel duygu düzenleme ön test, son test ve izleme test puanları arasında bulunan farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programının multipl skleroz tanısı almış bireylerin uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri kullanmalarını arttırdığı ve bu durumun da uzun vadeli olduğu ancak uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerine etki etmediği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: bilişsel duygu düzenleme; hemşirelik; psikoeğitim; terapi

ABSTRACT

THE EFFECT OF A PSYCHOEDUCATION PROGRAM BASED ON RATIONAL EMOTIONAL BEHAVIORAL APPROACH ON COGNITIVE EMOTION REGULATION LEVELS OF INDIVIDUALS IMULTIPLE SCLEROSIS

Emel ŞAHİN
Ondokuz Mayıs University
Institute of Graduate Studies
Department of Nursing
Ph.D., February/2021
Doctor Lecturer Serap GÜLEÇ KESKİN

The aim of this study is to examine the effects of psychoeducational program based on rational emotional behavioral approach on cognitive emotion regulation levels of individuals diagnosed with multiple sclerosis.

The research is a randomized controlled experimental design study with pre-test, post-test and follow-up measurements. The population of the study consists of individuals diagnosed with multiple sclerosis who are registered in the neurology outpatient clinic of a hospital in Samsun. The sample of the study consisted of 48 people, 24 in the study group and 24 in the control group. The Introductory information form and the cognitive emotion regulation scale were applied to both the study and the control group individuals as a pre-test after their consent was obtained at the beginning of the study, and the psychoeducation program based on the rational emotional behavioral approach was applied to the individuals in the study group after the pre-test. Two weeks after the end of the psychoeducation programs, a post-test was applied to the study and control groups, and a follow-up test was administered two months later.

The differences between the cognitive emotion regulation pre-test, post-test and follow-up test mean scores of the individuals in the study group were found to be statistically significant ($p < 0.05$). The differences between the maladaptive cognitive emotion regulation pre-test, post-test and follow-up test scores of individuals in both the study and control groups were not found to be statistically significant ($p > 0.05$). It was concluded that the psychoeducation program based on rational emotional behavioral approach increased the use of cognitive emotion regulation strategies in individuals diagnosed with MS, and this situation was long-term but did not affect maladaptive cognitive emotion regulation strategies.

Keywords: cognitive emotion regulation; nursing; psychoeducation; therapy

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Bu çalışma sürecinde çalışmamın her aşamasında bana yön veren ve desteklerini esirgemeyen danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serap GÜLEÇ KESKİN'e, önerileri ve araştırmamın uygulama aşamasında tüm olanaklarını seferber eden Sayın Prof. Dr. Murat TERZİ'ye ve önerileri ve yönlendirmeleri ile çalışmama katkıda bulunan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK'a, tez çalışmam boyunca sabır ve anlayışıyla beni destekleyen kızım Bilge AKTÜRK'e, annem Hanife ŞAHİN'e, babam Kadir ŞAHİN'e ve tezime katkısı olan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Multipl Skleroz.....	5
2.2. Multipl Sklerozda Duygusal Problemler.....	5
2.3. Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi.....	8
2.3.1. Akılcı Duygusal Davranışçı Terapinin Felsefi Temeli	9
2.3.2. Akılcı Duygusal Davranışçı Terapinin Gelişimi	10
2.3.3. Akılcı Duygusal Davranışçı Terapinin İnsan Doğasına Bakışı	12
2.3.4. Temel İnsan Hedefleri ve Değerleri.....	12
2.2.5. Duygusal Rahatsızlığa Bakış	13
2.3.6. Akılcı Duygusal Davranışçı Terapinin ABC'si: Düşünceler, Duygular ve Davranışlar Arasındaki İlişkiler	14
2.2.7. İrrasyonel İnançlar	16
2.3.8. İrrasyonel İnançların Temel Özellikleri	19
2.3.9. Rasyonel İnançlar	19
2.3.10. Sağlıklı ve Sağlıksız Duygular	20
2.3.11. Akılcı Duygusal Davranışçı Terapinin Temel İlkeleri	22
2.3.12. Kısa Bir Terapi Olarak Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi	23
2.3.13. Terapistin Rolü	24
2.3.14. Terapide Danışanın Deneyimi	25
2.3.15. Terapist ve Danışanı Arasındaki İlişki	25
2.3.16. Psikiyatri Hemşiresinin Terapist Rolü Olarak Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi Psikoeğitimi	26
2.4. Psikoeğitim.....	32
2.4.1. Psikiyatri Hemşiresi ve Psikoeğitim	35
2.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri.....	36
2.6. Multipl Sklerozda Psikososyal Sorunlarda Hemşirelik Bakımı	39
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	41
3.1. Yöntem.....	41
3.1.1. Araştırmanın Türü	41
3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	41
3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu	41
3.1.4. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	41
3.1.5. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	42
3.1.6. Araştırmanın Değişkenleri	42
3.2. Veri Toplama Araçları.....	42
3.2.1. Soru Formu.....	42
3.2.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)	42
3.3. Deneysel Çalışmanın İçeriği	43
3.4. Grup Oturumlarının Süresi, Sıklığı ve Yeri	44
3.5. Psikoeğitim Oturumları.....	45
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması	52
3.7. Araştırmanın Consort Şeması.....	54
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	55

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	55
4. BULGULAR.....	56
4.1. Çalışma ve Kontrol Gruplarına Ait Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	56
4.2. Çalışma ve Kontrol Grubu Bireylerin Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Uyumlu Stratejiler Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular.....	57
4.3. Çalışma ve Kontrol Grubu Bireylerin Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Uyumsuz Stratejiler Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular.....	58
5. TARTIŞMA.....	60
6. SONUÇ.....	66
KAYNAKLAR.....	68
EKLER.....	77
Ek 1. Sosyo demografik /Eğitim ve Sağlık Özelliklerini İçeren Soru Formu.....	77
Ek 2. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği.....	78
Ek 3. Psikoeğitim Programının Genel Amaçları.....	80
Ek 4. Akılcı Duygusal Davranışçı Terapiye Dayalı Psikoeğitim Oturumları.....	81
Ek 5. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzni.....	112
Ek 6. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Kullanım İzni.....	113
Ek 7. Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği.....	114
Ek 8. Psikoterapinin Genel İlkeleri ve Akılcı Duygusal Terapiye Giriş Sertifikası.....	116
Ek 9. Psikoeğitim Süreci ve Grup Liderliği Kursu Katılım Belgesi.....	117
Etik Kurulu Kararı.....	118
Öz Geçmiş.....	119

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADDT	: Rational Emotive Behavior Terapy (Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi)
ANA	: American Nursing Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
BDD	: Bilişsel Duygu Düzenleme
BDDÖ	: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği
F	: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MS	: Multipl Skleroz
n	: Örneklem alınacak birey sayısı
p	: Anlamlılık değeri
PPMS	: Primer Progresif Multipl Skleroz
RRMS	: Relapsing – Remitting Multipl Skleroz
RT	: Rational Therapy (Rasyonel Terapi)
RET	: Rational Emotional Therapy (Rasyonel Duygusal Terapi)
SSS	: Santral Sinir Sistemi
SPMS	: Sekonder Progresif Multipl Skleroz
S.S	: Standart Sapma
t	: İki bağımsız grup t testi
χ^2	: Ki-kare testi
\bar{x}	: Aritmetik Ortalama

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırmanın Consort Şeması	54
--	----

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Çalışma ve kontrol gruplarına ait demografik özellikleri.....	55
Tablo 4.2. Uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyut puanlarının çalışma ve kontrol grupları arası ve grup içi karşılaştırması	56
Tablo 4.3. Uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyut puanlarının çalışma ve kontrol grupları arası ve grup içi karşılaştırması	57

1. GİRİŞ

Multipl skleroz (MS) sıklıkla genç erişkinlerde en sık görülen, merkezi sinir sisteminin demiyelinizasyon ve akson kaybı ile sonuçlanan, merkezi sinir sisteminin inflamatuvar, otoimmün bir hastalığıdır (Ghasemi, vd.,2015; Sönmez, vd., 2016). Sıklıkla hastalık nörolojik belirtilerle ortaya çıkmakta ve ilerleyici nörolojik fonksiyon bozukluğu ile seyretmektedir (Gazioğlu ve Özmenoğlu, 2016; Sönmez, vd., 2016). MS hastalığına maruz kalmak fiziksel iyiliği etkilediği kadar, psikolojik iyiliği de etkilemektedir (Aflakseir ve Manafi, 2018).

Ruhsal bozukluklar MS tanısı almış bireyler arasında oldukça yaygındır (Ghasemi, vd., 2015). Yaşamın tüm yönlerini tehdit eden bir hastalık teşhisi travmatik bir deneyim olabilmekte ve kaygıyı ve bir çok duyguyu etkileyebilmektedir (Mavioğlu, vd., 2014; Sönmez, vd., 2016; Aflakseir ve Manafi, 2018). MS tanısı alan bireylerde depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk, psikoz, öfori, somatizasyon, obsesyon, kompulsiyon, intihar girişimi psikiyatrik bozukluklardır ve normal popülasyona göre daha sık görülmektedir (Gazioğlu ve Özmenoğlu, 2016; Sönmez, vd., 2016). MS'te olağandışı öfori hissi, patolojik gülme ve ağlama, dramatik ruh hali değişiklikleri veya genel bir duygusal diskontrol hissi gibi duygusal kontrol eksikliğini gösteren sorunlar bildirilmiştir (Harel, vd., 2007). MS'te patolojik gülme ve ağlamanın varlığı, bilişsel kontrol ve sözel akıcılık gibi yürütücü işlev ölçümlerinde daha düşük performansla ilişkilidir ve bu durum MS tanısı almış bazı kişilerde bilişsel ve duygusal kontrol başarısızlıkları arasında olası bir bağlantıyı göstermektedir.

MS tanısı almış bireyler ruhsal sorun yaşama riskine sahiptir ve yardımcı alet kullanan bireylerin büyük çoğunluğunun ruhsal durumu iyi değildir (Güler ve Ersin, 2018). Depresif bozukluklar MS tanısı almış bireylerde yaygındır ayrıca depresif belirtiler intihar riskini de doğrudan etkilemektedir (Holden ve Isaac, 2011; Duru Aşiret, vd., 2014; Solaro, vd., 2018; Tauil, vd., 2018). Kahraman, vd. (2018) çalışmalarında MS tanısı almış bireylerin yarıya yakınının anksiyetesi olduğunu belirtmiştir.

Bilişsel duygu düzenleme için bazı stratejiler bireylerin ruh sağlığında önemli bir rol oynamaktadır. Uygunsuz bir duygu düzenleme stratejisi, psikolojik patolojinin geliştirilmesi ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynar. Etkili karşı önlemler, strateji

seçiminin bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutlarda, uyarlanabilir başa çıkma kullanımını artırmanın yanı sıra, ruh sağlığının geliştirilmesini de etkiler (Ghorbani vd., 2019).

MS, hastaların günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesine engel olmakta, sosyal hayatını etkilemekte ve duygusal iyilik halini bozmaktadır. Bu psikolojik etki engelin ciddiyetine bağlıdır. Duygu düzenlemesi ile ilgili bozukluklar sıklıkla MS'te ortaya çıkar (Mavioğlu, vd., 2014; Sönmez, vd., 2016). Duyguların daha iyi düzenlenmesi, yüksek yaşam doyumunu öngörür, psikopatolojiye karşı korur, işyerindeki etkinliği artırır ve yetişkinlikte sürdürülebilir ilişkiler kurma yeteneğinin temelini oluşturur (Phillips, vd., 2014).

Literatür incelendiğinde kendini suçlama, ruminasyon ve felaketleştirme gibi belirli bilişsel başa çıkma stratejilerini kullanarak psikopatoloji semptomlarına daha duyarlı olunabileceğini, diğer sonuçların ise olumlu değerlendirme gibi başka bir strateji kullanmanın daha az psikopatoloji geliştirme olasılığı olduğunu göstermektedir (Garnefski, vd., 2002; Garnefski, vd., 2002; Kraaij, vd., 2002; Kraaij, vd., 2003; Garnefski, vd., 2004; Garnefski, vd., 2005; Martin ve Dahlen, 2005; Garnefski ve Kraaij, 2006; Jermann vd., 2006; Kraaij ve Garnefski, 2008; Schroevers, vd., 2008; Garnefski, vd., 2009; Garnefski, vd., 2009; Öngen, 2010; Garnefski ve Kraaij, 2012; Çelik ve Kocabıyık, 2014; Ghorbani-Marghmaleki, vd., 2019). Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin özellikle depresyon ve kaygıyı kapsayan psikolojik bozukluklarla ilişki bulunması nedeniyle bazı araştırmacılar depresyon ve kaygı belirtilerinin azaltılmasına yönelik bilişsel başa çıkma stratejilerini içeren müdahale programlarını kullanmışlardır (Kraaij, vd., 2010; Garnefski ve Kraaij, 2012; Sepehri, vd., 2016).

Barcroft ve Simpson (2016) MS tanısı almış bireylerde daha az yaygın olan psikolojik müdahale türlerine ve özellikle de aktif bir karşılaştırma grubu kullanan randomize kontrollü çalışmalara yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu belirtmektedir. MS tanısı almış bireylerin yaşadıkları duygusal problemler göz önünde bulundurulduğunda, olası problemlerin önlenmesi ya da azaltılmasında duygu düzenleme becerilerinin artırılması çok önemlidir. MS tanısı almış bireylerde anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sıkıntıların azaltılması hastalığın tekrarını da azaltabilmektedir (Snyder, 2013). Phillips, vd. (2014) çalışmalarında MS'teki refahı artırmak için müdahaleler düşünülürken duygusal kontrol becerilerinin daha ayrıntılı

olarak araştırılması gerektiğini belirtmiştir. Literatürde diğer bazı kronik zihinsel ve fiziksel hastalıklarda psikoeğitim uygulama sonuçlarının ümit verici olduğu belirtilmektedir (Palli, 2017).

Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi (ADDT) terapistlerin danışanların felsefi sorunlarının felsefi kaynağını belirlemeye yönlendiren ve danışanların irrasyonel inançlarına meydan okuyabileceklerini ve onları değiştirebileceklerini danışanlarına göstermede aktif olan bir psikoterapi biçimidir. ADDT'ye göre insanlar, önemli yaşam hedefleri belirlediklerinde ve bunları gerçekleştirmek için aktif olarak çabaladıklarında en mutludurlar (Ellis and Dryden, 2007). Grup tartışması, hastaların olumsuz duyguların, davranışların ve düşüncelerin üstesinden gelmelerine yardımcı olur ve anlamlı bir yaşamda hareket etmeleri için onlara rehberlik eder ve ruh sağlığını iyileştirebilir (Mazaheri, vd., 2011). ADDT'ye dayalı psikoeğitimin içeriğinde rasyonel düşüncelerin sağlıklı duygulara ve işlevsel davranışlara yol açabileceği, irrasyonel düşüncelerin ise sağlıklı olmayan duygulara ve işlevsel olmayan davranışlara yol açabileceği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda psikoeğitim programının MS tanısı almış bireylerin bilişsel duygu düzenleme stratejilerini etkileyeceği varsayılmaktadır.

Araştırmadan elde edilen bilgiler MS tanısı alan bireyler, aileleri, hemşireler için ADDT'ye dayalı psikoeğitim programının bilişsel duygu düzenleme stratejilerine etkisi hakkında uyarıcı sağlayabilir, bu doğrultuda gerekli adımların atılmasını sağlayarak alana önemli katkı sağlayabilir ve araştırmacılara yol gösterici olabilir. Bu çalışmanın amacı akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı bir psikoeğitim programının MS tanısı almış bireylerin bilişsel duygu düzenleme düzeylerine etkisini incelemektir.

Araştırmanın Hipotezleri

1. H⁰: Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programı MS tanısı almış bireylerin uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerine ilişkin puan ortalamalarını etkilenmez.

2. H¹: Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programı MS tanısı almış bireylerin uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerine ilişkin puan ortalamalarını etkiler.

3. H⁰: Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programı MS tanısı almış bireylerin uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerine ilişkin puan ortalamalarını etkilemez.

4. H¹: Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programı MS tanısı almış bireylerin uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerine ilişkin puan ortalamalarını etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Multipl Skleroz

Multipl skleroz ilk olarak 1868 yılında Jean-Martin Charcot tarafından tanımlanmıştır (Efendi ve Kuşçu, 2018). MS bilinmeyen kökenli ve öngörülemeyen seyirli merkezi sinir sisteminin iltihaplanması, demiyelinizasyon ve akson hasarı ile karakterize progresif, otoimmün, bir santral sinir sistemi (SSS) hastalığıdır (Tülek, 2007; Mazaheri, vd. 2011; Artemiadis, vd., 2012; Karagkouni, vd., 2013, Ünal, vd., 2013; Sönmez, vd., 2016; Efendi ve Kuşçu, 2018; Taş, vd., 2019). Beyin ve spinal kord boyunca rastgele dağılan, parsiyel aksonların korunduğu fokal demiyelinize lezyonlarla karakterizedir (Şen, vd., 2015). Myelin kılıflar, oligodendrositler ve daha az oranda akson ve sinir hücresinin kendisi hasarlanır (Ünal, vd., 2013; Efendi ve Kuşçu, 2018; Tauil, vd. 2018). MS hastalığında ataklar veya ilerleyici nörolojik semptomlar görülmektedir (Kurt, vd., 2009). MS hem kontrol edilebilir hem de kontrol edilemeyen stresörleri içeren kronik bir hastalıktır (Roubinov, vd., 2015).

MS, bir bireyin ailesinin hayatının yanı sıra bireyin farklı yönlerini ciddi şekilde etkileyebilecek ve hastanın bozulmasına neden olabilecek en yaygın nörolojik hastalıklardan biridir (Tauil, vd., 2017). MS genç hastalarda en sık görülen progresif nörolojik hastalıktır (Taş ve Kazaz, 2017). MS genellikle üretken çağdaki bireylerin sağlığını tehdit eden, zaman içinde klinik seyri değişebilen, ataklar ve remisyonlarla seyreden, önemli sorunlara, giderek belirgin fonksiyonel defisitlere yol açabilen, fiziksel özür lülüğe, işgücü kaybına neden olan, kronik ilerleyici bir hastalıktır (Akkuş ve Kapucu, 2006; Güler ve Ersin, 2018; Erdeo, vd., 2017; Kurtuluş, vd., 2017). MS, merkezi sinir sisteminin en sık görülen engelleyici hastalığıdır (Ghasemi, vd., 2015).

2.2. Multipl Sklerozda Duygusal Problemler

MS, psikolojik boyutları içeren, bireyleri güçsüzleştiren kronik hastalıklar arasındadır. MS somatik, davranışsal, duygusal ve sosyal bozukluklar gibi hastalarda birçok soruna yol açabilir (Mazaheri, vd., 2011). MS, genellikle psikolojik komplikasyonları ile ilişkilidir. MS'li insanlar daha düşük psikolojik iyi oluş riski altındadır (Dehnavi, vd., 2015; Carrigan, vd., 2018).

Hastalığın ilk aşamasında; hasta tanımı öğrendiğinde hastada şok tepkisi meydana gelmektedir. Bunu takiben hastada; hastalığın seyri ve geleceğe dair belirsizlikler, tahmin edilemeyen nörolojik semptomlar, tedavi karmaşıklığı, hastalığa bağlı kişilerarası ilişkiler, günlük aktivitelerdeki değişiklikler, gelir ve istihdamdaki potansiyel değişiklikler nedeniyle kaygılar oluşabilmekte, hasta yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine kapılabilmekte ve kontrol kaybı yaşamaktadır (Artemiadis, vd., 2012; Güler ve Ersin, 2018).

MS'in, prognoz belirsizliği, atak yaşama ve yeti yitimi olasılığı nedeniyle yaşamı kontrol edememe duygusu ve emosyonel stres yaratması nedeniyle hastanın ilişkilerini de etkilemesi kaçınılmazdır (Tülek, 2007). Kronik bir hastalığın rollerde değişikliklere, rollerin performansında bozulmaya, gelir kaybına, tedavi için daha uzun zaman geçirmesine, hastanın aktivitesini ve sosyal işleyişini azaltmasına neden olabileceği açıktır (Mazahari, vd., 2011). Belirtiler, MS'li kişilerin mesleki yaşamlarını, sosyal, eğlence ve boş zaman etkinliklerine katılmalarını, evde bakım ve öz bakım işlerini tamamlamayı zorlaştırabilir (Finlayson, vd., 2008; Tauil, vd., 2018). Bahsedilen sorunların hepsi hastanın tedavisini güçleştirmekte ve kendisi için gerginlik, stres ve yorgunluk yaratabilmekte ve hepsi ruhunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Mazahari, vd., 2011). Stres verici yaşam olaylarının MS ataklarını tetiklediği; bazen ilk epizodu ortaya çıkardığı, bazen de kronik seyirde semptom alevlenmesine yol açtığı bilinmektedir (Kulaksızoğlu, 2009).

Hastalarda ruh hali, davranış ve kişilik bozuklukları ile ilgili bazı psikiyatrik belirtiler görülebilir (Mazahari, vd., 2011; Milanlioğlu, vd., 2014). MS hastalarında duygudurum bozuklukları çok yaygındır (Loreface, vd., 2015). Depresyon ve anksiyete, bilişsel değişiklikler ve fiziksel morbidite gibi MS semptomlarından, hastalığın seyirinden veya MS tedavisinde kullanılan ilaçlardan kaynaklanabilir (Milanlioğlu, vd., 2014; Salene ve Amtmann, 2015). Depresyon ve anksiyete, MS'li kişilerde yaygındır ve yorgunluğu, ilaca bağlılığı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (Fiest, vd., 2016).

En sık görülen duygudurum bozukluğu depresyondur. Depresyon, hastalığa bağlı sakatlığı daha da kötüleştirir (Mazahari, vd., 2011). Hasta ve yakınları, hastalık hakkında bilgi edinememe, geleceğe ilişkin belirsizlik, gelecekle ilgili endişe, kayıp duygusu, hastalıktan kaynaklanan nörolojik değişiklikler, ölüm korkusu, işini kaybetme ve tedavi masraflarını sağlama gibi sosyal faktörler ve çocuklarının

geleceği ile ilgili endişe nedeniyle depresyon yaşayabilirler (Akkuş ve Kapucu, 2006; Pahlavanzadeh, vd., 2017). Kalıcı bir hüznün hissine sahip olmak, gelecekle ilgili hayal kırıklığı, engellilikle ilgili tekrarlanan düşünceler ve olumsuz düşüncelerle sürekli meşgul olmak, bu hastalarda depresyonun istenmeyen sonuçlarından bazılarıdır. Hatta intihara teşebbüs etme gibi aşırı davranışlara yol açmaktadır (Pahlavanzadeh, vd., 2017). Burns, vd. (2013) çalışmalarında somatik depresif semptomların daha sonra teyit edilmiş alevlenmeleri öngördüğünü ve alevlenmelerin nörolojik semptomlarının ortaya çıkmasından önce meydana gelen enflamatuar süreçleri etkileyebileceğini belirtmektedir. Ayrıca kaygıdaki artışların MS'li hastaların kaygı belirtilerini alevlenmelerden ayırt etmekte zorlanabileceğini belirten yalancı alevlenmelerden önce geldiğini de belirtmektedir. Ayrıca hasta ve hasta yakınları için hastalığın seyriyle ilgili belirsizlik ve açıklanamayan belirtiler anksiyeteye neden olmaktadır (Koçer, vd., 2011; Güler ve Ersin, 2018). MS hastalarında depresyon ve anksiyete yanında psikozda sıklıkla yaşanan ruhsal sorunlar içinde yer almakta, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Güler ve Ersin, 2018).

Hartoonian, vd. (2015) çalışmalarında hastalık dışı semptomların hastalığın erken dönemlerinde anksiyete ile daha fazla ilişkili olduğunu ve somatik semptomların hastalıkta ileride anksiyeteye daha belirgin bir şekilde ilişkilendirildiğini belirtmektedir. Aynı çalışmada onaylanmış ve yalancı alevlenmelerin, eşzamanlı anksiyete ve depresyon belirtileriyle ilişkili olduğu ve önceden var olan depresyon düzeyi daha yüksek olan hastaların, teyit edilmiş alevlenmeler sırasında depresyon için daha büyük risk altında olduğu belirtilmektedir.

MS'in duyguların düzenlenmesi üzerindeki etkisi hakkında çok az şey bilinmektedir. MS'li insanlar duygu düzenlemede kontrollerden daha fazla zorluk yaşamaktadırlar. Depresyon ve zayıf sosyal ilişki MS'teki duygu düzenleme zorluklarına etki etmektedir (Phillips, vd. 2014). Hoş olmayan duyguları ve düşünceleri durdurmak, MS hastalarında en önemli başa çıkma türü gibi görünmektedir (Mikula, vd., 2014). Psikolojik iyi oluş geliştirilmesine yönelik girişimsel programlar çok büyük ölçüde tavsiye edilmektedir (Dehnavi, vd., 2015).

2.3. Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi

ADDT, temel hümanist psikoterapilerden biridir. Bireyler ve yaşamayı seçtikleri sosyal grup için duygusal sağlığı ve kendini gerçekleştirmeyi vurgulayan bir kişilik ve terapi teorisidir. Her türlü sihre ve doğaüstü davranışa bağlılığı önler. Özellikle koşulsuz kendi kendine kabulü, anti-mutlakiyetçilik, belirsizlik ve insan yanılabilirliğini vurgular ve bilimsel esnekliği ve titizliği varoluşçu bir hümanist yaklaşımla birleştirmeye çalışır (Ellis, 1996). İnsanları ne insanüstü ne de insanlık dışı olarak görür ve tüm insanları insanlıklarında eşit görür (Corey, 2017).

ADDT duygusal ve davranışsal sorunların çözümüne odaklanan kapsamlı, aktif bir yönerge içeren, felsefi ve deneysel temelli bir psikoterapidir (Bhosale, 2015). ADDT rasyonel ve irrasyonel olan inançlar adı verilen bilişlere odaklanır (Dryden, 2005). ADDT'de, irrasyonel inançlar, duygusal sıkıntıların merkezi faktörleri olarak kabul edilir, bu nedenle odaklanılan işlevsiz duyguları ve uyumsuz davranışları işlevsel ve uyarlanabilir davranışlara dönüştürmek amacıyla, irrasyonel inançları rasyonel inançlara dönüştürmeye odaklanmaktadır (David, Lynn and Ellis, 2010).

ADDT'nin özü A-B-C felsefesinin danışanların problemlerine uygulanmasıdır (Sharf, 2015). ADDT tutumları, yaşam doyumunu olumsuz yönde etkileyebilen sağlıksız duyguları (örneğin sağlıksız öfke, depresyon, anksiyete, suçluluk vb.) ve uyumsuz davranışlar (örneğin erteleme, bağımlılık davranışları, saldırganlık, sağlıksız beslenme, uyku bozukluğu vb.) ele almaktadır. ADDT bilişsel, duygusal ve davranışsal bozuklukları yönetmede eyleme yönelik bir yaklaşımdır. ADDT, bireylerin, sıkıntılarla başa çıkma ve üstesinden gelmelerinin yanı sıra hedeflere ulaşmalarına yardımcı olan pratik bir yaklaşımdır. ADDT ayrıca insanlara sorunları çözmelerine yardımcı olmak için kişiselleştirilmiş kanıtlanmış teknikler sağlar. Sonuçta, ADDT bireylerin bir felsefe geliştirmelerine yardımcı olur. ADDT yaklaşımı bireylerin işyerinde etkinliklerini ve memnuniyetlerini artırarak yaşayabilmelerini sağlayabilen, başkalarıyla başarılı olarak yaşamalarını sağlayabilen, toplumumuzu ve çevremizi daha sağlıklı yapabilen, bireylerin kendi duygusal sağlıklarını ve kişisel refahlarını arttırabilen bir yaklaşımdır (The Albert Ellis Institute, 2020).

2.3.1. Akılcı Duygusal Davranışçı Terapinin Felsefi Temeli

Her ne kadar ADDT genel olarak günümüzün bilişsel davranışsal yaklaşımlarının öncüsü olarak kabul edilse de, daha önceki düşünce okulları tarafından gelmiştir. Akılcı duygusal terapi bazı eski filozofların - özellikle Epictetus ve Marcus Aurelius - ve Robert Woodworth'un uyaran-organizma tepkisi teorisinin görüşlerini takip etmiştir. Uyaran-organizma tepkisi teorisi insanların yaşamlarında etkinleştirici olayların (A) duygusal ve davranışsal rahatsızlıklara ya da sonuçlara (C'ler) büyük ölçüde, katkıda bulunduğunu göstermektedir. Çünkü etkinleştirici olaylar (A) ile insanların etkinleştirici olaylar (A) hakkındaki inançları (B) iç içe geçmiştir ya da birlikte hareket etmektedirler (Corey, 2017).

Ellis, yaklaşık 2000 yıl önce Stoacı filozof Epictetus'un söylediği “İnsanlar olaylardan değil, onlarla ilgili görüşlerinden rahatsız olur.” sözünden etkilenmiştir. Ellis, insanların kendilerini nasıl rahatsız ettiklerinin bundan daha kapsamlı olduğunu iddia etmektedir. Ellis'e göre insanlar kendi başlarına gelenlerden, onlara bakış açılarından, duygularından ve davranışlarından rahatsız olmaktadır. Bu fikir Albert Ellis'ten önce felsefe ve / veya diğer tıbbi / psikolojik yaklaşımlarda bulunabilse de, o açıkça bu görüşü tutarlı, bilimsel olarak test edilebilir bir paradigmada dile getirmiştir. Bu nedenle, Albert Ellis genellikle en çok kullanılanlardan biri olarak genel olarak klinik psikolojideki “bilişsel devrim” in temel kaynaklarından biri olarak kabul edilmektedir (David, 2014; Corey, 2017).

Karen Horney'in (1950) “meli”lerin zulumü” fikri de ADDT'in kavramsal çerçevesi içinde açıkça görülmektedir. Adler, duygusal tepkilerimizin ve yaşam tarzımızın temel inançlarımızla ilişkili olduğuna ve dolayısıyla bilişsel olarak yaratıldığına inanmaktadır. Adlerian yaklaşımı gibi, ADDT de psikolojik sağlığı belirlemede sosyal ilginin rolü vurgulanmaktadır. ADDT'de insan varlığındaki hedeflerin, amaçların, değerlerin ve anlamların önemi gibi başka Adlerian etkileri de vardır (Corey, 2017). Ayrıca Baruch Spinoza, Friedrich Nietzsche, Immanuel Kant ve Arthur Schopenhau'nun yanı sıra mutluluk ve rasyonellik konularını ele alan Avrupalı filozoflardan da etkilenmiştir (Sharf, 2015).

Ellis ADDT'yi oluştururken felsefe, hedonizm, hümanizm, rasyonalizm gibi birçok yaklaşım ve görüşten etkilenmiştir (Gençtanırım ve Acar, 2007). ADDT sorumlu hedonizm, hümanizm ve rasyonellik içerir:

Sorumlu Hedonizm: Hedonizm haz arama ve acıdan kaçınmayı ifade eden bir kavramdır. Sorumlu hedonizm tutumuna sahip bireyler, davranışlarının başkaları ve kendileri hakkındaki sonuçlarını da düşünürler. Ellis insanların kısa vadeli hazlar yerine uzun vadeli hazlara odaklanmaları gerektiğini düşünmektedir (Sharf, 2015). Uzun vadeli hedonizm politikasını benimseyerek duygusal sağlık ve mutluluk artırılabilir (Ellis, 1994).

Hümanizm: ADDT insanları canlı oldukları için önemli olan, bütüncül, hedefe yönelik organizmalar olarak görürler. Ellis bireylerin tercihen koşulsuz bir şekilde kabul görmeleri gerektiğine inanmaktadır. Ellis, hem terapistin hem danışanın, eylemlerini veya performanslarını derecelendirmemeleri veya eleştirmemeleri gerektiğine, özlerini veya kendilerini değerlendirmemelerine inanmaktadır. Danışanın davranışlarının yönlerini beğenmemekle birlikte kabulü, ADDT felsefesi ile tutarlıdır (Sharf, 2015).

Rasyonellik: Akılcılık, duyguların veya heyecanların yokluğunu değil, değerlerini ve hedeflerini gerçekleştirmeye çalışmak için verimli, esnek, mantıklı ve bilimsel yöntemler kullanan insanları ifade eder (Sharf, 2015). Rasyonellik, insan mutluluğunu destekleyen ve besleyen, gerçeklikle tutarlı ve mantıklı olan anlamına gelir. Akılcı düşünme, bu nedenle duygusal rahatsızlığı büyük ölçüde azaltma eğilimindedir (Dryden and Neenan, 2012).

2.3.2. Akılcı Duygusal Davranışçı Terapinin Gelişimi

Albert Ellis, çeşitli profesyonel araştırmalarda, genel olarak psikoloji tarihinde ve özellikle de psikoterapi ve klinik psikolojide ana figürlerden biri olarak ortaya çıkmıştır (The Albert Ellis Institute, 2020). ADDT, Amerikan klinik psikolog Dr. Albert Ellis tarafından 1955 yılında kurulan ilk bilişsel-davranışçı terapi şeklidir ve bugün büyük bir bilişsel davranışçı yaklaşım olmaya devam etmektedir (David, 2014; Corey, 2017). ADDT'nin düşünmeyi, yargılamayı, karar vermeyi, analiz etmeyi ve yapmayı vurgulaması nedeniyle biliş ve davranış yönelimli terapilerle ortak bir yönü vardır (Corey, 2017).

Başlangıçta bir psikanalist olarak eğitilmiştir, Ellis bu terapi şeklinden elde ettiği sonuçlarda hayal kırıklığına uğramıştır. Ellis, psikanalitik yaklaşımın bazen çok yetersiz olduğunu savunmuştur çünkü psikanalizle insanlar genellikle daha iyiye değil, daha da kötüye gitmektedir. Danışanlarını ikna etmeye ve yapmaktan en çok

korktukları şeyleri çok yapmaya teşvik etmeye başlamıştır (örneğin, başkaları tarafından reddedilme riski) (Dryden, 2005; David, 2014). Terapist olarak yavaş yavaş çok daha eklektik, daha aktif ve yönlendirici olmuştur (Corey, 2017).

Zamanın çeşitli tedavi yöntemlerini denemesinden sonra ADDT'yi oluşturmak için önceki ilgi alanlarını bir dizi alanda bir araya getirmiştir. Bu alanlar, insan ilişkilerini anlamada bilişin önemini ve John B. gibi önceki davranış terapistlerinin çalışmalarını vurgulayan Epictetus, Marcus Aurelius ve Bertrand Russell gibi filozofların pratik uygulamalarını içermektedir (Dryden, 2005). Albert Ellis 1950'lerde terapiyi kurduğunda, "Rasyonel Terapi (RT)" adını vermiştir (Dryden and Neenan, 2012). Aslında, Ellis, rasyonel ve bilişsel özelliklerini vurgulamak istediği için yaklaşımına "RT" adını vermiştir (Dryden, 2005). Albert Ellis 1957'de, RT olarak adlandırdığı şeyin temelini oluşturduğu "Rasyonel psikoterapi ve bireysel psikoloji" başlıklı makalesini yayımlamıştır (Ellis, 1962). Gerçekten de, RT, esas olarak duygusal (sadece davranışsal değil) sonuçları hedeflemesine ve çeşitli duygusal/metaforik teknikleri kullanmasına rağmen, birçok kişi tarafından duyguların görmezden gelindiği yanlış algısını düzeltmek için, 1961'de, duyguları ismini "Rasyonel Duygusal Terapi (RET)" olarak değiştirmiştir. 1962'de Ellis, daha önce basılmış makalelerin bir koleksiyonu olan "Psikoterapide Akıl ve Duygu" adlı yeni ufuklar açan kitabı yayınlanmıştır ve klinik alanda bilişsel paradigma değişimini meşrulaştırmıştır (David, 2014). RET geniş bir davranış teknikleri yelpazesi kullanmasına rağmen kendisi, birçok profesyonel tarafından "çok bilişsel" olduğu ve davranışsal geleneği görmezden geldiği (ve dolayısıyla etkili davranışsal müdahalelerini) göz ardı ettiği şekilde yanlış tanıtılmıştır. Bu yanlış algıyı düzeltmek için, 1993 yılında Albert Ellis, RET adını Rational Emotive Behavior Therapy (ADDT) olarak değiştirmiştir (Dryden, 2005; David, 2014).

ADDT, danışanlara felsefi ve davranış biçimlerini yeniden yapılandırma araçları sağlamayı amaçlayan genel bir psikoterapi okulu olmuştur (Corey, 2017). ADDT, yüzlerce çalışmada test edilmiş ve orijinal teorinin ana fikirlerini ve uygulamanın genel etkinliğini/etkinliğini destekleyen, aynı zamanda orijinal modelin bazı önerilerini geçersiz kılan çeşitli meta analizlerde/incelemelemlerde özetlenmiştir. ADDT ruh sağlığı dışındaki alanlara da uygulanmıştır. Bu nedenle, eğitim alanına ADDT uygulaması, rasyonel duygusal eğitim, iş ortamına rasyonel etkinlik eğitimi (veya ADDT koçluğu) ve kırsal alana yönelik rasyonel kırsal danışmanlık

sağlamıştır. Yeni ortaya çıkan ve gelişen bir alan ADDT 'nin genetik danışmanlıkta kullanılmasıdır (David, 2014).

2.3.3. Akılcı Duygusal Davranışçı Terapinin İnsan Doğasına Bakışı

Ellis iki insan biyolojik içgüdüsünün olduğunu belirtir:

1. Mantıksız bir düşünme eğilimi (mutlakiyetçilik, talepkarlık).
2. Kendini gerçekleştirme eğilimi.

Ellis'e göre, mutlakiyetçi düşünme eğilimi ve bunun sonucunda ortaya çıkan duygusal ve davranış bozuklukları, insanların kendilerini gerçekleştirme eğilimlerini engelleyebilir (Bernard, 1995).

ADDT insanların hem rasyonel, hem de irrasyonel düşünme potansiyeli ile doğduğu varsayımına dayanır. ADDT insanların kendilerini bilinçli ve bilinçsiz olarak rahatsız edecek güçlü doğuştan gelen eğilimlere sahip olduklarını varsaymaktadır. ADDT irrasyonel düşünceye yönelik eğilimin biyolojik temelde olduğunu, ancak çevresel bağlamlar tarafından tamponlanabileceğini veya teşvik edilebileceğini göstermektedir. İnsanların kendini koruma, mutluluk, düşünme ve kendini sözlü olarak ifade etme, sevmeye, başkalarıyla toplu yaşama, büyüme ve kendini gerçekleştirme gibi eğilimleri vardır. Ayrıca kendi kendini mahvetme, düşünceden kaçınma, erteleme, hataların sonsuz tekrarı, batıl inanç, hoşgörüsüzlük, mükemmeliyetçilik ve kendini suçlama ve kaçınma yönünden de eğilimleri vardır (Ellis, 1992; Dryden, 2005;).

ADDT danışanların irrasyonel inançlarına karşı durmak için sürekli ve kuvvetli bir şekilde çalıştıklarında ve tutarlı bir şekilde hareket ettiklerinde rasyonel inançlarıyla kendilerine önemli ölçüde yardımcı olabileceklerini savunur. Bununla birlikte, ADDT, çoğu danışanın uzun bir süre boyunca bu derece çaba sarf etmeyeceğini ve bu nedenle psikolojik sağlık için potansiyellerine ulaşmakta çok yetersiz kalacağını da kabul etmektedir (Dryden, 2005).

2.3.4. Temel İnsan Hedefleri ve Değerleri

Biyolojik olarak ve sosyal öğrenme yoluyla insanlar, hedeflerinin peşinden giderler ve temel hedefleri normal olarak hayatta kalmak, göreceli olarak acısız olmak ve makul şekilde tatmin olmaktır. Alt hedefleri (1) kendileriyle (2) diğer insanlarla toplu halde yaşayarak (3) samimi birkaç kişiyle, (4) bilgilendirici ve

eğitsel olarak, (5) mesleki ve ekonomik olarak, (6) eğlenerek mutlu olmak isterler (Dryden, 2005).

2.2.5. Duygusal Rahatsızlığa Bakış

İnsan rahatsızlığının özünde bireyin zaman içinde ebeveynlik, kültür, dini ve sosyal etkilerin bir sonucu olarak inşa ettiği benlik, diğerleri ve dünya ile ilgili anlamların yanı sıra mutlakistik düşünmeye biyolojik eğilimlerinin olmasıdır (Dryden, 2005). Duygusal rahatsızlık, bireylerin kendilerini mantıksız, tutarsız ve işlevsel olmayan değerler ile kazanıp yeniden telkin etmeleri sonucu ortaya çıkmaktadır (Ellis, 1991). İnsanlar standartlarını ve hedeflerini kültürlerinden öğrenir, ancak rahatsızlık, standartlarının karşılanmadığı koşullara mantıksız inançlarını getirdiğinde ve amaçlarına ulaşmak için peşinde olmaları engellendiğinde ortaya çıkar (Dryden, 2005).

ADDT, başlangıçta çocukluk döneminde önemli olan diğerlerinden irrasyonel inançları öğrenmemize rağmen, kendimizden irrasyonel dogmalar yarattığımız fikrine dayanmaktadır. Bunu, kendini engelleme ve kendini tekrar etme süreçleriyle kendini engelleyen inançları aktif olarak pekiştirerek ve faydalı gibi davranarak yaptığımızı belirtmektedir. Bu nedenle büyük ölçüde kendi işlevsiz tutumlarımızın içimizde canlı ve işlevsel kılan, daha önceki telkin edilen irrasyonel düşüncelerin tekrarı olduğunu da belirtmektedir (Corey, 2017).

Ellis, arzu edilse de, insanların kabul edilmeleri ve sevimleri gerektiğini ileri sürmektedir. Terapist, danışanlara önemli olan başkaları tarafından kabul edilmediğinde ve sevilmediğinde bile, kendilerini nasıl etkilenmeyeceklerini öğretmektedir. ADDT, insanları kabul edilmemeye karşı sağlıklı bir üzüntü duygusu yaşamaya teşvik etse de depresyon, anksiyete, gücenme, kendine değer kaybını ve nefreti yenmenin yollarını bulmalarına yardım etmeye çalışır. Ellis, suçlamanın en duygusal rahatsızlıkların çekirdeğini oluşturması konusunda ısrar etmektedir. Bu nedenle, bir nevrozdan veya kişilik bozukluğundan kurtulmak için kendimizi ve başkalarını suçlamayı bırakmak gerektiğini; bunun yerine, kusurlarımıza rağmen kendimizi tam olarak kabul etmeyi öğrenmemizin önemli olduğunu savunur (Corey, 2017).

ADDT rahatsızlığın nasıl sağlandığına dair daha ayrıntılı bir görüşe sahiptir. İnsanların, rahatsızlıklarını, aşağıdakileri de içeren çeşitli nedenlerle sürdürdüğünü iddia eder:

1. Rahatsızlıklarının irrasyonel inançlarıyla desteklendiğine dair bir iç görüden yoksundurlar ve bunun olaylardan kaynaklandığını düşünürler.

2. Bir kez sorunlarının mantıksız inançlarla desteklendiğini anladıklarında bu, tek başına değişime yol açacaktır.

3. İrrasyonel inançlarını değiştirmek ve rasyonel alternatifleri bu inançlara inanç sistemlerine entegre etmek için ısrarcı bir şekilde çalışmazlar.

4.İrrasyonel inançlarına uygun şekillerde davranmaya devam ediyorlar.

5. Önemli sosyal becerilerde, iletişim becerilerinde, problem çözme becerilerinde ve diğer yaşam becerilerinde eksik veya yoksundurlar.

6. Rahatsızlıklarının, sağlıklı alternatiflerin rahatsızlık duygularına ve / veya davranışlarına getirdiği avantajlardan ağır basan getirileri olduğunu düşünüyorlar.

7. Sorunlarını destekleyen mantıksal inançları destekleyen ortamlarda yaşarlar (Dryden, 2005).

Bununla birlikte, Ellis, bilişsel süreçlerin (B) insan rahatsızlığına daha fazla katkıda bulunduğunu ve değişikliklerinin daha kalıcı kişisel değişime, daha iyi kişilik işlevine ve daha iyi zihinsel sağlığa yol açabileceğini savunmaktadır (Dryden, 2005).

2.3.6. Akılcı Duygusal Davranışçı Terapinin ABC'si: Düşünceler, Duygular ve Davranışlar Arasındaki İlişkiler

Ellis 1962'de, biliş, davranış ve duygu gibi psikolojik süreçlerin birbiriyle ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bilişsel süreçlerin bu üçlülükteki merkezi rolünü her zaman vurgulamıştır. Bazı bilişler ve duygular birbirleriyle örtüşmektedir ve birbirlerinden ayırt edilemez hale gelmiş sayılmaktadır. Ellis, bir kişinin tutumlarının, olayların yorumlanmasının ya da olayların kendileri için ne ifade ettiğinin, duyguları büyük ölçüde belirlediğini belirtmiştir. ADDT 'nin temel varsayımı, insanların olumlu ve olumsuz düşünceleri onların duygusal ve davranış rahatsızlıklarına önemli katkı sağlamaktadır. İnsanlar olayları ve durumları yorumlayarak kendi psikolojik sorunlarına ve ayrıca spesifik semptomlarına katkıda bulunmaktadır. İnsanların düşüncelerini değiştirmelerine yardımcı olmak da onların

daha az rahatsız olmalarına yardımcı olacaktır (Ellis, 1991; Ellis, 1994; Corey, 2017).

ADDT, bir ABC psikolojik rahatsızlık ve sağlık modelini savunmaktadır. A-B-C çerçevesi, ADDT teorisi ve pratiğinin merkezidir. Bu model, danışanın duygularını, düşüncelerini, olaylarını ve davranışlarını anlamak için kullanışlı bir araç sunar. A (Action, Activity), bir olgu, aktive edici bir olay veya bir bireyin davranışı veya tutumudur. B bireyin A'ya ilişkin inançlarıdır. C aktive edici olayla ilgili inançlara bağlı gelişen duygusal ve davranışsal sonuç veya tepkidir (Ellis, 1991). A (aktive edici olay) C'ye (duygusal sonuç) neden olmaz. Bunun yerine, kişinin A hakkındaki inancı olan B, duygusal tepkilere büyük ölçüde C'ye neden olur. ADDT teorisi, A hakkında rasyonel bir inanca sahip olmanın gerçekçi düşünceye sağlıklı duygulara, işlevsel davranışa yol açtığını belirtirken, aynı A hakkında mantıksız bir inanca sahip olmanın gerçekçi olmayan düşünceye, sağlıksız duygulara, işlevsiz davranışa yol açtığını belirtir (Dryden, 2005).

İnsanların hedefleri etkinleştirici olaylar (A) tarafından engellendiğinde özellikle başarısızlık ve reddedilme durumuyla, duygusal olumsuzluklarla (C'ler) sinirlilik, hayal kırıklığı, üzüntü, pişmanlık ve hoşnutsuzluk veya işlevsel olmayan olumsuz duygusal sonuçlar (C'ler) ile öfke, panik, depresyon ve değersizlik gibi ya da yanıt verme seçeneğine sahiptirler. İşlevsel C'leri büyük ölçüde, "istenmeyen aktive edici deneyimleri (A) sevmiyorum, ama şu anda varlar, korkunç değiller, onlara dayanabilirim" 'onlara rağmen yaşayabilir ve makul derecede mutlu olabilirim' gibi işlevsel veya tercihli inançlarından (B) kaynaklanmaktadır. O zaman kişi muhtemelen üzülecek (C, sonuç sağlıklı olumsuz duygu). Bu duygu, hoş olmamasına rağmen, gelecekte hedefe daha etkili bir şekilde yaklaşmak için birini motive edebilir. Bununla birlikte, "işlevsiz sonuçları (C'ler) büyük ölçüde, işlevsiz ya da irrasyonel inançlarından (B) kaynaklanır. Aynı aktivasyon olayı veya sıkıntı muhtemelen C'de depresyon gibi sağlıksız, kendini yitiren bir duygu doğuracaktır. Bir hedefi gerçekleştirememeye bağlantılı depresyon, "Evet, amacımı gerçekleştirmeyi başaramadım ve bu berbat bir şeydi, çünkü bu benim için çok önemli bir amaçtı" inancını benimseyebilir. Fakat aynı olaya ilişkin düşünceleri "bir şeyde başarısız olduğum için, bu çok önemli şeyde bile, bu benim için genelleşmeyen bir şey. Bu beni bir başarısız yapmaz. Ben sadece bir şey yapmayı başaramayan bir insanım"! Benzer şekilde, diğer insanlar istenmeyen bir şekilde

(özellikle de bana!) davrandıklarında, yaptıklarını rasyonel olarak eleştiririm ve genellikle daha iyi davranmalarına yardımcı olmaya çalışırım. Ama katı bir şekilde davranmamaları konusunda kesinlikle ısrar etmiyorum ve onları lanetlemiyorum.’ düşüncesini benimseyerek depresyon radikal bir şekilde azaltılabilir ve sağlıklı üzüntü hissine dönüşebilir (Ellis, 1991; Corey, 2017).

ADDT, psikolojik rahatsızlıkların A-B-C’sine ek olarak, terapötik süreci içine alan D, E ve F basamaklarını da ekleyerek bu modeli genişletmektedir. “D” insanların mantıksız inançlarına karşı tartışmayı (irrasyonel bilişler) ve daha sonra “E”yi, etkili bir yeni felsefeyi takip eder. Yeni ve etkili bir inanç sistemi, sağlıksız düşüncelerin sağlıklı düşüncelerle değiştirilmesinden ibarettir. Örneğin; Başarılı olmayı ve sevilebilir olmayı tercih ederim, ama bunu asla yapmak zorunda kalmam!” “Başkalarının bana adil ve saygılı davranmalarını çok isterdim, ancak böyle yapmaları için hiçbir neden yok.” “Yaşam koşullarımın rahat ve keyifli olmalarını çok istiyorum, ancak asla bu şekilde olmalarına ihtiyacım yok.” F duygusal olarak daha iyi hissetme ve daha yararlı bir şekilde davranma sürecidir (Corey, 2017; Ellis, 1991).

2.2.7. İrrasyonel İnançlar

İrrasyonel inançlar, standartlar, değerler, beklentiler ve tercihler ile ilgili temel anlamların ampirik olmayan yönlerini ifade eder. "Ben başarısızım, çünkü önemli bir görevde başarısız oldum" genel olarak mantıksız bir inancı oluşturur çünkü anti-ampiriktir (bireyin başarısız olduğuna veya her şeyde başarısız olacağına dair kanıt yoktur). Dryden and Nenan (2012) Ellis’e göre insanların kendileri hakkında derin düşüncelerini ifade eden kelimelerin duygusal üzüntü derecelerine katkıda bulunma eğiliminde olduğunu, bu kelimelerin de genellikle aşırı genelleştirmeler, mutlaklıklar ve abartılar olduğunu bildirmektedir.

Dört tür akılcı olmayan inanç vardır:

1. Katı talepler: Onaylanmalıyım.
2. Felaketleştirici inançlar: Eğer onaylanmazsam bu dünyanın sonudur.
3. Hayal kırıklığına düşük tolerans inançları: Onaylanmamaya tahammül edemem.

4.Değerini düşürücü inançlar: Eğer onaylanmazsam değersizim. Beni onaylamıyorsan sen kötü bir insansın. Hayat kötüdür, çünkü onaylanmadım (Dryden, 2005).

Talepkarlık koşulsuz, dogmatik, mutlakçıdır ve evrenin birisinin bildirilerine itaat etmesini ister. Öfke genellikle bazı katı talep nedeniyle ortaya çıkar. Danışan daha az kızgın hissetmek için yardım isterse, o zaman terapist bir insanın hata yapmasının kabul edilemez olduğu fikrine itiraz ederek başlayabilir.

Felaketleştirme katı arzuların karşılanmamasına tahammül edememek, bir durumun duygusal olarak durdurulamayacak kadar kötü (yani, korkunç) olması gerektiğinden daha kötü olduğuna inanmak (irrasyonel olarak) olduğuna dair ADDT terimidir (yani bireyin ve / veya durumun ortadan kalkması gerekir). Felaketleştirme (örneğin, “berbat”), katı formüle ettiğiniz isteklerin karşılanmaması, olabilecek en kötü şeydir (veya %100'den fazla) (Ellis, 1994; Nielsen, vd., 2001; The Albert Ellis Institute, 2020).

Ellis kişinin kendisine ve dünyaya ilişkin olumsuz değerlendirmelerin duygusal rahatsızlığa yol açtığını belirtmiştir. Daha sonra buna ego rahatsızlığı demiştir. Düşük hayal kırıklığı toleransı kavramı, ego rahatsızlığından çok daha fazla sayıda duygusal rahatsızlığı göz önüne alır. Düşük hayal kırıklığı toleransı, yaşamın zorlukları ile ilgili talepkar ve felaketleştirici inançların bireyin kendini engellemesine neden olan bir karışımıdır. Düşük hayal kırıklığı toleransı temel olarak istenmeyen yaşam koşulları ile ilgili duygusal olarak rahatsız edici inançları tanımlar. Bir düşük hayal kırıklığı toleransı felsefesine sahip insanlar, örneğin, hayal kırıklığına dayanamadıklarına ya da dayanamadıklarına inanmak suretiyle kendilerini rahatsız etmektedirler. Düşük hayal kırıklığı toleransı erteleme ve kaçınma ile yakından bağlantılıdır. Düşük hayal kırıklığı toleransı rahatsız edici, sinir bozucu durumlardan ve onların düşük hayal kırıklığı toleranslarının irrasyonel olduğunu çeşitli şekillerde göstererek danışanların taleplerini belirlemelerine yardımcı olarak tartışılmaktadır (Ellis, 1994; Nielsen, vd., 2001). Ellis, bu inancın düşük hayal kırıklığı toleransına, öfke ve depresyon duygularına ve geri çekilme, atalet, erteleme, fobiler ve bağımlılıklar benzeri işlevsiz davranışlara güçlü yol açtığını iddia etmektedir (Bernard, 1995).

Global değerlendirme, katı arzular karşılanmadıysa, bireyin kendisinin, diğer insanların ve yaşam koşullarının tamamının kötü olduğunu belirten inançlardır (örneğin, “Ben kötüyüm, sen kötüsün ve / veya hayat kötüdür”) (The Albert Ellis Institute, 2020). Ellis, arzularımızı ve tercihlerimizi dogmatik mutlak taleplere ve emirlere yükseltmek için güçlü eğilimlerimiz olduğunu varsaymaktadır. Bu tür talepler yıkıcı hisler ve işlevsiz davranışlara neden olur. Zorunluluklar, emirler, mutlaklıklar üç ana başlık altında toplanır. Ellis, bu üç ana irrasyonel inançla ilgili spesifik hipotezler ve aşağıdaki gibi spesifik problemler sunar (Bernard, 1995; Corey, 2017):

1. Kendimize ilişkin talepkarlık: “Ben, kendim, kesinlikle, her koşulda ve her zaman, kesinlikle iyi performans göstermeliyim (veya olağanüstü derecede iyi!) ve önemli kişilerin onayını (veya tam sevgisini!) kazanmalıyım. Bu önemli ve kutsal olanlarda başarısız olursam bu berbatır ve ben muhtemelen her zaman başarısız olacak ve acı çekmeyi hak edecek kötü, beceriksiz, değersiz bir insanım demektir”. Ellis'e göre, ego odaklı bu mutlaklıklar düşünme biçimi, öz-nefret, endişe, depresyon gibi güçlü duygulara ve intihar, geri çekilme ve takıntılılık gibi yıkıcı davranışlara yol açar.

2. Diğer insanlara ilişkin talepkarlık: Siz, sizle, ilişkide bulunduğum ya da ilişki kurduğum önemli insanlar, kesinlikle, her koşulda ve her zaman, bana kibar, dürüst ve adil davranmalılar. Aksi takdirde bu korkunçtur ve sen çok kötüsündür. Bana her zaman kötü davranacaksın. Sen asil bana kötü davrandığın için şiddetli bir şekilde cezalandırılmalısın. Ellis, bu mutlaklıklar inancın sık sık, kıskançlık ve kendine acımak gibi güçlü öfke duygularına ve saldırganlık, kincilik ve sevgi bağımlılığı gibi çeşitli yıkıcı davranışlara yol açtığını ileri sürer.

3. Yaşam koşullarına ilişkin talepkarlık: “Yaşadığım koşullar (çevrem, ekoloji, ekonomik ve politik koşullar) kesinlikle pratik olarak her zaman elverişli, güvenli, sorunsuz ve hızlı ve kolay bir şekilde zevkli olmalı ve bu şekilde olmazsa korkunç ve korkunçtur, ve buna dayanmam, kendimden hiç zevk alamam. Hayatım imkansız ve yaşamaya değmezdir!” Ellis, diğer irrasyonel düşünce türleri olan “felaketleştirme”, hayal kırıklığına düşük tolerans” ve “değerini düşürücü inançlar” da dahil olmak üzere, mutlaklıklar düşünceden kaynaklandığını varsaymaktadır (Dryden ve Neenan, 2012). Bunlar gibi kendini engelleyen inançları içselleştirerek kendimizi duygusal olarak rahatsız etme ve koruma konusunda güçlü bir eğilime sahibiz, bu

yüzden iyi psikolojik sağlığı sağlamak ve sürdürmek gerçek bir zorluktur (Corey, 2017).

2.3.8. İrrasyonel İnançların Temel Özellikleri

Mantıksız bir inanç katı veya aşırıdır.

Mantıksız bir inanç yanlıştır.

Mantıksız bir inanç mantıklı değildir.

Mantıksız bir inanç, büyük ölçüde yapıcı değildir.

Hatalı muhakemeye dayanırlar (Dryden and Neenan, 2012).

2.3.9. Rasyonel İnançlar

ADDT 'de rasyonellik, bir kişinin inançlarına uygulanan bir kavramdır. Rasyonel inançlar, mutlakların aksine, tercihleri ve arzuları ileten ve mantıksal akıl yürütmeye dayanan anlamlar olarak tanımlanır. Rasyonel inançlar doğrulanabilir gerçeklik ve deneyime dayanır (Dryden ve Neenan, 2012). ADDT'deki psikolojik sağlığın özü olarak kabul edilen rasyonel inançlar, esnektir, gerçektir, mantıklıdır ve kişinin kendisiyle ilişkisinde tutarlıdır. ADDT teorisinde 4 tane akılcı inanç türü vardır.

1. Esnek tercihler: Onaylanmak istiyorum ancak onaylanmak zorunda değilim.

2. Felaketleştirici olmayan inançlar: Onaylanmamak kötüdür ancak bu dünyanın sonu değildir.

3. Yüksek hayal kırıklığına karşı tahammül edici inançlar: Onaylanmamakla yüzleşmek zor ama buna tahammül edebilirim ve bu tahammül değerlidir.

4. Kabul inançları: Onaylanamadım ama değersiz değilim. Ben onaylanan, onaylanmayan ya da bana tarafsız davranılabilen ve diğerleri tarafından koşulsuz başka şekilde kabul edilebilecek hata yapabilme kapasitesinde bir insanım. Beni onaylamıyorsun ama bunu yaptığın için kötü bir insan değilsin. Aksine iyi, kötü ve tarafsız işler yapabilen ve koşulsuz yaşamı kabul edebilen yanılabilir bir insansın. Senin beni onaylamaman nedeniyle yaşam koşulları benim için gerçekten zor ama hayat hiç de fena değil. Yaşam iyi, kötü ve tarafsız olayların muazzam karmaşık bir karışımıdır (Dryden, 2005).

Akılcı bir inanç, esnektir. Akılcı bir inanç aşırı değildir. Akılcı bir inanç doğrudur. Akılcı bir inanç mantıklıdır. Akılcı bir inanç, büyük ölçüde yapıcıdır (Dryden and Neenan, 2012).

2.3.10. Sağlıklı ve Sağlıksız Duygular

ADDT olumsuz olan ve büyük ölçüde yapıcı olmayan sonuçları olan ve olumsuz olan ve büyük ölçüde yapıcı sonuçları olan duygular arasında ayırım yapar. İlki sağlıksız olumsuz duygular, ikincisi ise sağlıklı olumsuz duygular olarak bilinir (Dryden and Neenan, 2012). ADDT yaşadığımız duyguların büyük ölçüde kendimiz, başkaları ve dünya hakkında tuttuğumuz inançlara dayandığını belirtir. Daha spesifik olarak, yaşamın olumsuz yanlarıyla ilgili sağlıksız olumsuz duygularımızın, büyük ölçüde bu olumsuzluklar hakkında tuttuğumuz mantıksız inançlara dayandığını ve söz konusu olumsuzluklarla ilgili sağlıklı olumsuz duygular yaşamak istiyorsak, mantıksız inançlarımızı mantıklı inançlarla değiştirmemiz gerektiğini belirtmektedir. Hayatın olumsuzlukları olumsuz olduğu için, birinin kendini, iyi hissetmesi, hatta onlar hakkında tarafsız hissetmesi uygun değildir. Olumsuz duygular yaşamak sağlıklıdır ancak olumsuz yaşam olayları olmayanlara olumsuz duygular yaşamak sağlıklı değildir. Sağlıksız olumsuz duygular büyük ölçüde yaşamın olumsuz yanları hakkında akılcı olmayan inançlardan kaynaklanırken, sağlıklı olumsuz duygular büyük ölçüde bu aynı olumsuzluklarla ilgili rasyonel inançlardan kaynaklanmaktadır (Dryden and Neenan, 2012). Sağlıksız olumsuz duyguların alternatifleri sağlıklı olumsuz duygular:

Anksiyete-Endişe

Depresyon-Üzüntü

Suçluluk-Pişmanlık

Utanç-Hayal kırıklığı

Gücenme-Tasa

Sağlıksız öfke-Sağlıklı öfke

Sağlıksız kıskançlık-Sağlıklı kıskançlık (Dryden and Neenan, 2012).

Sağlıklı ve sağlıksız duyguların özellikleri:

1. Hem işlevsel hem de işlevsel olmayan duygular düşük, orta ve yüksek yoğunluktadır. İşlevsel olmayan duygular daha yoğun, daha derin, daha yaygın ve daha fizyolojik olarak uyandırıcı olma eğilimindedir ve işlevsel duygulardan daha kalıcı sonuçlar doğurur.

2. Yaşamlarında bir şeyler ters gittiğinde, insanların yalnızca işlevsel veya işlevsiz olarak hissetmelerine gerek yoktur, aynı zamanda her iki duyguya da sahip olabilirler.

3. İnsanların olumsuz duygularının işlevsel mi yoksa işlevsiz mi olduğu getirdikleri sonuçlara göre, önemli ölçüde değişebilir. Öfke, panik, depresyon ve değersizlik gibi olumsuz duygular her zaman, işlevsiz, uygunsuz, engelleyici değildir. Bu nedenle, adaletsizlikle ilgili "uygun" hoşnutsuzluk, pasif bir şekilde buna yol açabilirken, "uygunsuz" bir öfke onu aktif olarak çalışmaya itebilir.

4. Sadece aptalca davranma konusunda sadece mutsuzluk veya pişmanlık duyan insanlar genellikle tutarlı bir şekilde tercihli oluyor. Yaşamlarının istenmeyen aktive edici olayları (A) hakkındaki inançlar (B): Örneğin, "Aptalca davranmam hoşuma gitmiyor ama mantıklı davranmam gerekmiyor. Bu yüzden davranışlarıma aldırış etmiyorum ama bu kötü davranışla kendi kişiliğimi kabul ediyorum." Bu nedenle genellikle işlevsel olarak pişmanlık duyuyorlar, ancak işlevsiz olarak depresyonda değil ya da değersiz hissetmiyorlar (Ellis ve DiGiuseppe, 1993).

Sağlıksız duygularla ilişkili temel davranışlar:

Anksiyete ile ilişkili temel davranışlar: Tehditten çekilme, tehditten kaçınma, olmasa da güvence istemek, tehditten güvenlik istemek.

Depresyon ile ilişkili temel davranışlar: Eğlenceli aktivitelerden uzun süre geri çekilme.

Suçluluk ile ilişkili temel davranışlar: Bağışlanmak için yalvarmak.

Utanç ile ilişkili temel davranışlar: Diğerlerinden çekilme, başkalarıyla göz temasından kaçınmak.

Gücenme ile ilişkili temel davranışlar: Somurtma.

Sağlıksız öfke ile ilişkili temel davranışlar: Saldırganlık (doğrudan ve dolaylı)

Sağlıksız kıskançlık: Diğer kişiyi uzun süre şüpheli sorgulamak, diğerini denetlemek, diğerini kısıtlamak.

Sağlıklı duygularla ilişkili temel davranışlar:

Endişe ile ilişkili temel davranışlar: Tehditle yüzleşme, uygun olduğunda güvence almak.

Üzüntü ile ilişkili temel davranışlar: Yas tutulduktan veya kaybedilme döneminden sonra eğlenceli faaliyetlerle meşgul olma.

Pişmanlık ile ilişkili temel davranışlar: Affetmek, yalvarmak istememek.

Hayal kırıklığı ile ilişkili temel davranışlar: Başkalarıyla iletişimde kalmak, diğerleriyle göz kontağının sürdürülmesi.

Tasa ile ilişkili temel davranışlar: Hakkını arama ve diğerleriyle iletişim kurma.

Sağlıklı öfke ile ilişkili temel davranışlar: Hakkını arama.

Sağlıklı kıskançlık ile ilişkili temel davranışlar: Diğer kişinin kısa, açık fikirli sorgulanması, diğerini kontrol etmemek, diğerini kısıtlamamak (Dryden and Neenan, 2012).

2.3.11. Akılcı Duygusal Davranışçı Terapinin Temel İlkeleri

1. Düşünce, duygu ve davranış birbiriyle çok yakın ilişkidir. Biliş duyguların temel belirleyicisidir. Bazı bilişler ve duygular birbirleriyle örtüşmektedir ve birbirlerinden ayırt edilemez hale gelebilecekleri karmaşık bir şekilde birbirleriyle ilişkilendirilmiş sayılmaktadır (Ellis, 1994).

2. ADDT teorisi, aktive edici olay hakkında rasyonel bir inanca sahip olmanın sağlıklı duygulara, işlevsel davranışa ve gerçekçi müteakip düşünceye yol açtığını belirtirken, aynı A hakkında mantıksız bir inanca sahip olmanın sağlıksız duygular, işlevsiz davranış ve gerçekçi olmayan müteakip düşünceye yol açtığını belirtir (Dryden, 2005).

3. İnsanların olumlu ve olumsuz düşünceleri onların duygusal ve davranış rahatsızlıklarına önemli katkı sağlamaktadır. İnsanlar olayları ve durumları yorumlayarak kendi psikolojik sorunlarına ve ayrıca spesifik semptomlarına katkıda

bulunmaktadır. İnsanların düşüncelerini değiştirmelerine yardımcı olmak da onların daha az rahatsız olmalarına yardımcı olacaktır (Ellis, 1991; Corey, 2017).

4. İnsanlar kendilerini gereksiz rahatsız ettikleri zaman, işlevsiz düşünceler (örneğin saplantılar), duygular (örneğin panik, depresyon ve öz-nefret) ve davranışlar (örneğin fobiler ve zorlamalar) üretir. Neyse ki, onlar ayrıca güçlü kendini değiştirme ve kendini gerçekleştirme eğilimleriyle doğarlar. Böylece neredeyse her zaman, kendi başlarına ve terapi ile, güçlü zorunlu düşünme, duygu ve hareket etme biçimlerine bakabilir ve bu işe yarayabilir (Ellis, 1992).

5. Rasyonel ve irrasyonel inançların gelişiminde hem genetik hem de çevresel (örneğin ebeveynlik) faktörlerin önemli katkıları vardır. Genel temel rasyonel ve irrasyonel inançlar bilişsel sistemimizde şemalar ve / veya önerme ağları olarak kodlanmıştır. Aktive edici olayların algısında bu şemalar önyargılıdır ve böylece genellikle otomatik düşünceler biçiminde rasyonel ve irrasyonel inançlar oluştururlar. Danışanlar genellikle rahatsızlığa yönelik eğilimlerin ve ebeveynlerinin rahatsız edici davranışlarına maruz kalma eğiliminde talihsiz deneyime sahiptir (Dryden, 2005; The Albert Ellis Institute, 2020).

6. ADDT insanlar irrasyonel inançlarına karşı durur, kuvvetlice çalışırlarsa ve rasyonel inançlarına uygun şekillerde davranırlarsa, o zaman kendilerine önemli ölçüde yardımcı olabileceklerini savunur. Bununla birlikte, ADDT, çoğu danışanın uzun bir süre boyunca bu derece çaba sarf etmeyeceğini ve bu nedenle psikolojik sağlık için potansiyellerine ulaşmakta çok yetersiz kalacağını da kabul etmektedir (Dryden, 2005; The Albert Ellis Institute, 2020).

2.3.12. Kısa Bir Terapi Olarak Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi

ADDT terapötik süreç, danışanların günümüzdeki deneyimlerine odaklanır. İnsan merkezli ve varoluşsal terapi yaklaşımları gibi, ADDT de temel olarak şimdi ve şimdiki deneyimleri vurgular ve danışanların daha önce inşa ettikleri düşünce ve ifade kalıplarını değiştirme vardır (Corey, 2017). ADDT, bireylere, gruplara, çiftlere veya ailelere uygulanan kısa bir terapi şekli olarak çok uygundur. Ellis, psikoterapiyi diğer birçok tedavi sisteminden daha kısa ve daha verimli hale getirmek için başlangıçta ADDT 'yi geliştirmiştir ve sıklıkla kısa bir tedavi olarak kullanılır. Ellis her zaman en iyi tedavinin etkili olduğunu ve danışanlara yaşamın pratik problemleriyle nasıl başa çıkılacağını öğrettiğini belirtmiştir. Danışanlar, ADDT

tekniklerini bugünkü ve gelecekteki problemlere nasıl uygulayacaklarını öğrenirler. Temel rahatsızlık yaratma tutumlarını değiştirmeye yönelik A-B-C yaklaşımı, bir ila on seansta öğrenilebilir ve daha sonra evde uygulanabilir (Corey, 2017). ADDT terapistlerinin birçok alanda sorunu olan insanlara “hizmet” sundukları görülebilir: duygusal problemler, uygulama, memnuniyetsizlik problemleri ve kişisel gelişim problemleri (Dryden and Neenan, 2012).

2.3.13. Terapistin Rolü

Terapist, danışanların önceki hikayelerini keşfetmeye ve geçmiş ve şimdiki davranışları arasında bağlantı kurmaya çok zaman ayırmaz. Terapist genellikle danışanların ebeveynleriyle veya kardeşleriyle önceki ilişkilerini de keşfetmez. Bunun yerine, terapötik süreç danışanlara şu anda rahatsız olduklarını vurgulamaktadır. Hala danışanlar kendileri ve dünyaları hakkındaki kendi kendilerini engelleyen görüşlerine inanmakta ve hareket etmektedirler (Corey, 2017).

ADDT 'nin özü A-B-C felsefesinin danışan problemlerine uygulanmasıdır (Sharif, 2015). Terapi bir eğitim süreci olarak görülür. Terapist, öğretmen gibi birçok şekilde, özellikle ev ödevlerinde bir danışanla işbirliği yaparak ve doğru düşünme stratejileri öğretirken; danışan, yeni öğrenilen becerileri günlük yaşamda uygulayan bir öğrencidir (Corey, 2017). ADDT'ciler, ilk seanstan itibaren danışanlara A-B-C modelini öğretmeye çalışmakta, irrasyonel inançların kendini engelleyen duyu ve davranışlara yol açmadaki rolünü vurgulamaktadırlar. Genellikle bu yaklaşım ilk ve sonraki oturumlarda kullanılır. Mümkün olan yerlerde, terapistler her üç yönü de açıklamayı tercih ederler (Nielsen, vd., 2001). ADDT daha sonra “tartışma” adı verilen güçlü ADDT tekniğini kullanarak insanların işlevsiz inançlarını daha mantıklı, gerçekçi ve yararlı olanlara dönüştürmelerine yardımcı olacak çeşitli yöntemler sunar. Şimdi üzerine bir vurguyla, bireylere sağlıksız duygular ve kendi kendini yitiren/kendini sabote edici davranışlar oluşturan yararsız düşüncelerini nasıl inceleyip sorgulayabilecekleri öğretilir (The Albert Ellis Institute, 2020).

Danışanların mantıksız inancını tespit ettikten sonra, ADDT'er danışanlara irrasyonel inanç-sonuç (IB-C) bağlantısını, kendi mantıksız inançları ile kendi kendini engelleyen duyu ve davranışları arasındaki bağlantıyı göstermeye veya öğretmeye çalışır. Üç temel tartışma türü vardır (D): Mantıksız inançları tespit etmek, mantıklı inançlardan mantıksız olanı ayırt etmek ve mantıksız inançları

tartışmak. Son olarak, ADDT' nin danışanlara E'nin kalıcı bir etkili rasyonel yaşam felsefesi yerleştirmelerine yardımcı olma amacıdır. İnançlar aktif ve başarılı bir şekilde tartışıldıklarında, danışanlar E' yi, yeni bir etki - mantıklı bir felsefe ve soruna uygun yeni bir etki seviyesi yaşayacaklar. A-B-C-D-E modeliyle çalışırken, terapistler danışanları için uygulamada sorunlar ve zorluklar yaşayabilirler (Nielsen vd., 2001). Terapötik süreç, danışanların ADDT değişim ilkelerini yalnızca belirli bir sorunla değil aynı zamanda yaşamdaki veya gelecekteki problemlerle karşılaşabilecekleri diğer sorunlara da uygulamalarını sağlar (Corey, 2017).

Özetle ADDT terapistlerinin danışanlarının aşağıdakileri yapmalarına yardımcı olmaları gerekir:

1.Kendi psikolojik problemlerini büyük ölçüde kendilerinin oluşturduklarını ve durumların bu problemlere katkıda bulunduğunu ve genel olarak değişim sürecinde bunların daha az önemli olduğunu fark etmek.

2. Bu sorunları gönderebileceklerini ve onların üstesinden gelebileceklerini tamamen anlamak.

3. Sorunlarının büyük ölçüde irrasyonel inançlardan kaynaklandığını anlamak.

4.İrrasyonel inançları keşfetmek ve aralarındaki rasyonel inançları ayırt etmek.

5.Rasyonel inançları doğru, mantıklı ve yapıcıyken irrasyonel inançlarının yanlış, mantıksız ve yapıcı olmadığını açıkça görene kadar onların irrasyonel inançlarını sorgulamak (Dryden, 2005).

2.3.14. Terapide Danışanın Deneyimi

Terapötik süreç boyunca, danışanlar kazandıkları ve kendi kendilerini inşa ettikleri ve şimdi kendi kendilerine zorla kabul ettirmeleriyle sürdürülen irrasyonel inançları tanımlamak ve tartışmak için onlara araç sağlayan becerileri öğrenirler. Bu kadar etkisiz düşünme yollarını etkili ve rasyonel bilişlerle değiştirmeyi öğrenirler ve bunun sonucunda durumlara duygusal tepkilerini değiştirirler (Corey, 2017).

2.3.15. Terapist ve Danışanı Arasındaki İlişki

ADDT esasen bilişsel ve yönlendirici bir davranış süreci olduğundan, terapist ile danışan arasında yoğun bir ilişki gerekli değildir. ADDT uygulayıcıları koşulsuz olarak tüm danışanları kabul eder ve aynı zamanda koşulsuz olarak başkalarını ve kendilerini de kabul etmelerini öğretir. Bununla birlikte, Ellis, çok fazla sıcaklık ve

anlayışın, terapistten onay için bir bağımlılık duygusu geliştirerek üretken olamayacağına inanmaktadır. Ellis danışanlarına kendilerini değiştirme yeteneklerine büyük bir inanç duyduğunu ve bunu yapmalarına yardımcı olacak araçlara sahip olduğunu göstererek danışanlarıyla ilişki kurar. Akılcı duygusal davranış terapistleri genellikle kendi inanç ve değerlerini açıklamada açık ve doğrudandırlar. Ellis, aktarımın teşvik edilmediğini ve gerçekleştiğinde, terapistin bununla yüzleşmesinin muhtemel olduğunu savunuyor. Ellis, bir aktarım ilişkisinin, danışanın terapist veya ebeveyn figürü tarafından sevilmesi ve sevilmesi gerektiğine dair mantıksız inancına dayandığına inanmaktadır (Corey, 2017).

2.3.16. Psikiyatri Hemşiresinin Terapist Rolü Olarak Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi Psikoëğitimi

ADDT uygulayıcıları genellikle terapötik süreçte güçlü bir bilişsel metodoloji içermektedir. Terapist danışanlara kendilerine neyi anlatmaya devam ettiklerini hızlı ve doğrudan bir şekilde gösterirler. Sonra danışanlara bu kendi ifadeleriyle nasıl başa çıkacaklarını öğretirler. Böylece danışanlar artık onlara inanmazlar ve terapist danışanları gerçeğe dayalı bir felsefe kazanmaya teşvik ederler. ADDT düşünce üzerinde çok düşünme, tartışma, düşünüp taşınma, yorumlama, açıklama ve öğretmeye dayanır. Kalıcı duygusal ve davranışsal değişimi gerçekleştirmenin en etkili yolu, danışanların düşünce tarzlarını değiştirmeleridir (Corey, 2017). ADDT’de bilişsel teknikler:

Rasyonel öz bildirimler: Danışman, danışanı ortak akıl dışı inançlara itiraz eden rasyonel ifadelerin bir listesini oluşturmaya teşvik eder. “Hata yapmak normaldir. Bu benim insan olduğum anlamına geliyor”. “Kocamı mutlu etmek istiyorum, ama bazen yapmazsam dünyanın sonu değil.” “Akıllı insanlar her zaman akıllı şeyler söylemek zorunda değiller.” Bu listeye sahip olmak, danışanların anlaşmazlık çalışmalarında yardımcı olabilir (Sharf, 2015).

İrrasyonel inançları tartışma: İlk önce bilişsel olarak sorgulama insanların zorunluluklarını ve taleplerini yok etmek için zorlayıcı bir şekilde yapılır. Örneğin, “Benden iyi bir performans istenmesine rağmen neden iyi bir performans göstermeliyim”? (Ellis, 1991). ADDT 'nin en yaygın bilişsel yöntemi, terapistin, danışanların mantıksız inançlarına aktif olarak itiraz etmeleri ve bu zorlu işi kendi başlarına nasıl yapacaklarını öğretmeleridir. Danışanların kendilerine anlatmayı

öğrendikleri bazı soru veya ifadelerden bazıları şunlardır: “Neden insanlar bana adil davranmalı”? “Denediğim önemli görevlerde başarılı olmazsam nasıl bir biri olurum” ? “İstedğim işi alamazsam, hayal kırıklığı yaratabilir, ancak kesinlikle buna dayanabilirim.” “Hayat her zaman istediğim gibi gitmezse, korkunç olmaz, sadece bu rahatsız edicidir” (Corey, 2017).

Anlamsal kesinlik: İrrasyonel inançlara itiraz etmenin önemli bir yönü, irrasyonel dile dikkat etmek ve düzeltmektir. Hassasiyet, beklenen felaket ya da diğer uçlar açısından düşünmenin ve konuşmanın mantıksız olduğunu ve ihtiyaçlar ve tercihler arasındaki ayrımın ve öncekinden ziyade ikincisi açısından düşünmenin ve konuşmanın rasyonel olduğunu kabul etmektir (Fall et al., 2017)

Bilişsel ödev yapmak: ADDT’de danışanların sorunlarının bir listesini yapmaları, mutlakçı inançlarını aramaları ve bu inançlara itiraz etmeleri bekleniyor. Ödevlerini yerine getirirken, danışanların kendilerini sınırlayan inançlarına meydan okumalarını sağlayacak riskli durumlara girmeleri teşvik edilir. Örneğin, başarısızlık korkusundan dolayı seyircinin önünde hareket etmekten korkan oyunculuk yeteneğine sahip bir danışandan bir sahne oyununda küçük bir rol alması istenebilir. Danışana “başarısız olacağım”, “Aptal gibi görüneceğim” veya “Kimse beni sevmeyecek” gibi olumsuz ifadelerinin yerine , “Bazen aptalca davransam bile, bu beni aptal bir insan yapmaz’ Oynayabilirim. Elimden gelenin en iyisini yapacağım. Beğenilmek güzel ama herkes benden hoşlanmayacak ve bu dünyanın sonu değil ”. gibi ifadeleri yerleştirmesi için talimat verilir (Corey, 2017).

ADDT öğretmeni olmak: Ellis, danışanların arkadaşlarına ve ortaklarına gerektiğinde ADDT ilkelerini öğretmelerini önerir. Diğerleri danışanlara akılcı olmayan inançlarını sunarken, Ellis, danışanların arkadaşlarına rasyonel inançları göstermeye çalışmalarını önermektedir. Başkalarını irrasyonel inançları kullanmamaya ikna etmeye çalışmak, ikna edicinin kendi irrasyonel inançlarına itiraz etmenin daha etkili yollarını öğrenmesine yardım edebilir (Sharf, 2015). Başkalarının mantık dışı inançlarını tanımlamak genellikle kendi düşüncelerinden daha kolaydır. Danışanları, ADDT ilkelerini başkalarına aktif olarak öğretmeye teşvik ederek, danışmanlar danışanların ADDT sürecinde ek uygulamalar kazanmasına yardımcı olur. Öğretme yoluyla öğrenmenin kişisel etkisi, ADDT ödevinin ve ADDT odaklı grup çalışmasının önemli bir yönüdür (Fall et al., 2017).

Kendini ifade etme: Başa çıkma ifadeleri geliştirilerek rasyonel inançlar güçlendirilebilir. Örneğin, halkla konuşmaktan korkan bir birey, “Kusursuz konuşabilmek istiyorum, ama yapmazsam sorun değil”. gibi ifadeleri günde birkaç kez yazıp tekrar edebilir (Sharf, 2015).

Problem çözme: ADDT, insanlara yapmak istedikleri ve olmak istediklerini seçmelerine yardımcı olarak dogmatik irrasyonel inançlarının yönlendirmesi yerine rasyonel düşünceleri, duyguları ve eylemleri seçmelerine yardımcı olur. Akılcı duygusal davranış terapistleri, danışanların hem pratik problemlerle (bir iş bulma) hem de duygusal problemlerle (pratik problemlerle ilgili (iş bulma konusunda endişelenme) başa çıkarak uygulanabilir seçeneklere ulaşmalarına yardımcı olur. Pratik problemlerle ilgili sorunlarla çalışırken, terapistler genellikle A-B-C kişilik kuramının özelliklerini kullanırlar (Sharf, 2015).

Dili değiştirmek: Danışanlar zorunluluk bildiren ifadelerinin yerine tercih belirten ifadeleri kullanmayı öğrenirler. Çaresizliği ve kendini kınama biçimini yansıtan dil kalıplarını kullanan danışanlar, farklı düşünmelerine ve davranmalarına yardımcı olan yeni kişisel ifadeler kullanmayı öğrenebilirler. Sonuç olarak, onlar da farklı hissetmeye başlarlar (Corey, 2017).

Yarar zarar analizi: Bu yöntem özellikle bağımlılıkları ve / veya düşük hayal kırıklığı toleransı olan kişiler için yararlıdır. Sigaraya bağımlı olan bireylerden, sigarayı bırakmanın avantajlarını ve sigara içmeye devam etmenin dezavantajlarını listelemeleri istenebilir. Daha sonra bu avantajları ve dezavantajları günde 10 veya

20 kez ciddi şekilde düşünmeleri istenir. Bu aktivite onlara bağımlılığı yenmeleri için iyi sebepler verir (Sharf, 2015).

Danışanın tek bir akılcı olmayan düşünceye karşı koyması: Bu teknikle danışan, akılcı olmayan bir temel düşünceyi ele alır. Özellikle bir mutlak “meli-malı’yı” (şartı) ve bunun üzerinde sistematik bir biçimde en az on dakika çalışır. Danışan, bu akılcı olmayan inancın üstüne bu düşünceyi kafasından atana dek veya bu düşüncenin gücünü azaltana dek gider (Doğan, 2016).

Kitapla sağaltım: Kitapla sağaltımda danışanın bilişsel yapıyı düzeltmesi için akılcı duygusal kitaplar okuması sağlanır (Doğan, 2016).

Akılcı-Duygusal Terapide duygusal teknikler olarak koşulsuz kabul, akılcı duygusal rol yapma, model olma, kendi kendine telkinde bulunma, duygusal betimleme ve utanç duyulan şeye saldırma gibi çeşitli teknikler kullanılır. Danışana koşulsuz kabulün değeri öğretilir. Bir kişinin kendini yenilgiye uğratması için uğraşmasının ne denli yıkıcı olduğu açıklanır. Terapinin en sık kullanıldığı temel tekniklerden birisi de model olmaktır. Terapist kendisini danışana kabul ettirmek için model olmayı çok kullanır. Terapist olduğu gibi davranış ve danışanın onayını almak için gereksiz bir çaba içine girmez (Doğan, 2016). ADDT’de duygusal teknikler:

Mizah kullanma: ADDT, duygusal rahatsızlıkların sıklıkla kendini çok ciddiye almaktan kaynaklandığını ileri sürmektedir. Mizah, danışanların sürekli olarak korudukları bazı fikirlerin saçma olduğunu gösterir ve danışanların kendilerini daha az ciddi almasına yardımcı olmada değerli olabilir (Corey, 2017).

Akılcı duygusal hayaller: Bu yöntem, hoş olmayan bir aktive edici olayın (A) görüntüsünü düzeltmek ve zihinsel olarak A hakkındaki akılcı olmayan bir inançtan A hakkındaki akılcı bir düşünce inancına geçmek ve duygusal sonucun (C) duyumundaki farkı hissetmektir. Hayal etme danışanların uygunsuz duygularını uygun olanlara değiştirmelerine yardımcı olmak için ADDT 'de sıklıkla kullanılır (Sharf, 2015). Bu teknik, yeni duygusal kalıpları oluşturmak için tasarlanmış yoğun bir zihinsel uygulama şeklidir. Danışanlar, kendilerini gerçek hayatta düşünmek, hissetmek ve davranmak istedikleri gibi düşünmeyi, hissetmeyi ve davranmayı hayal ederler. Ayrıca, kendilerine gelebilecek en kötü şeylerden birinin nasıl hayal edileceği, bu durum hakkında sağlıksız bir şekilde nasıl üzüleceği, duygularını yoğun bir şekilde nasıl yaşayacağı ve ardından deneyimin sağlıklı bir olumsuz duyguya

nasıl değiştirileceği gösterilebilir. Danışanlar olumsuzluklarla ilgili duygularını değiştirdikçe, durumdaki davranışlarını değiştirme şansı daha yüksektir. Rasyonel duygusal hayalleri birkaç haftalığına haftada birkaç kez uygulamaya devam edersek, olumsuz olaylardan dolayı artık zgn hissetmediğimiz noktaya ulaşabileceğimizi savunur (Corey, 2017).

Rol oynama: Danışanın duygularını ortaya çıkarmak için belirli davranışların prova edilmesi, danışanın daha önce farkında olmadığı duyguları ortaya çıkartabilir. Örneğin, bir kadının bir erkekle randevu istediği bir durumu oynayarak, kadın sahip olduğunu bilmediği güçlü korkuların farkında olabilir. Durumun tekrarlanan rol oynaması, bireye sosyal becerileri hakkında daha iyi hissetme ve uygunsuz duygusal öz ifadeleri değiştirme şansı verir (Sharf, 2015). Rol oynamanın duygusal, bilişsel ve davranışsal bileşenleri vardır ve terapist genellikle danışanlara rahatsızlık yaratmalarını söylediklerini ve sağlıksız duygularını sağlıklı olanlara değiştirmek için neler yapabileceklerini göstermek için sık sık sze karışır. Danışanlar, bir durumdaki duygularını ortaya çıkarmak için bazı davranışları prova edebilirler. Odak noktası, hoş olmayan duygularla ilgili temeldeki mantıksız inançlar üzerinden çalışmaktır (Corey, 2017).

Güçlü z ifadeler: Danışan kendisini rahatsız eden inançlara karşı koymayı öğrendikten sonra Akılcı-Duygusal Terapi, akılcı teknikleri ve yapıcı sayıltıları içeren bir ğretim yöntemini kullanır. Danışan yaşamının “meli-malı”larla belirlediğini anladığı an bunların yerine artık mutlak olmayan tercihler koyacak duruma gelmiş demektir (Doğan, 2016). Zorunluluk inançlarıyla güçlü bir şekilde mücadele eden ifadeler, mantıksız inançların rasyonel inançlarla değiştirilmesinde yardımcı olabilir. Bir danışan kendisine sınavda C almanın korkunç olduğunu söylerse bu öz-bildirimini yerini “A almak istiyorum ama A almak zorunda değilim!” gibi daha güçlü ve daha uygun bir ifade alabilir (Sharf, 2015).

Güçlü kendi kendine diyalog: Mantıksız bir inana karşı güçlü bir şekilde tartışmak, tüm materyalin danışandan gelmesi bakımından terapist-danışan diyaloğuna göre bir avantaja sahiptir. Bu tür diyalogları kaydetmek, onları tekrar tekrar dinlemek ve dinleyicilerin tartışmanın gerçekten güçlü olup olmadığını belirlemesine izin vermek danışanların kendi gleriyle kendilerini etkilemelerine yardımcı olabilir (Sharf, 2015).

Utanca müdahale egzersizleri: Danışanların kendilerini kabul etmeyi öğrenmeleri ve sonrasında ortaya çıkan rahatsızlığa tahammül etmek için kasten “utanç verici” davranmaya çalışma egzersizleridir (David vd. 2004). Tipik olarak hem duygusal hem de davranışsal bileşenleri içeren bu alıştırmaların ana noktası, danışanların başkaları açıkça onaylamadığı zaman bile utanmamayı hissetmeye çalışmasıdır. Egzersizler kendini kabullenmeyi ve olgunlaşmayı arttırmayı hedeflemektedir (Corey, 2017). Egzersiz bir terapi seansında uygulanabilse de, terapi dışında da yapılır. Örnekler arasında bir mağaza görevlisiyle yüksek sesle konuşmak veya yabancılarla sohbet etmek gibi sosyal sözleşmelerin küçük ihlalleri sayılabilir (Sharf, 2015).

Ellis birisi aptal olduğumuzu düşünürse bunun felaket olmadığını kendimize söyleyerek utanç duymayı inatla reddedebileceğimizi düşünüyor. Bu tür görevleri yerine getirerek, danışanların diğer kişilerin davranışlarıyla gerçekten ilgilenmediğini fark etmesi muhtemeldir. Kendileri üzerinde çalışırlar, böylece bazı davranışlarının başkaları tarafından yargılanmalara yol açacağını kabul ettikleri zaman bile utanmaz veya kendilerini küçük düşürmezler. Utanç duygularının kendiliğinden yaratıldığını fark edinceye kadar ve daha az engellenen şekilde davranabilecek kadar bu egzersizleri uygulamaya devam ederler. Danışanlar sonunda, başkalarının tepkilerini veya olası onaylarını reddetmelerini, yapmak istedikleri şeyleri yapmalarını engellemeye devam etmek için sık sık nedenleri olmadığını öğrenirler (Corey, 2017).

ADDT pratisyenleri standart davranış terapisi prosedürlerinin çoğunu, özellikle operant koşullandırma ve özyönetim ilkelerini, sistematik duyarsızlaştırma, gevşeme teknikleri ve modelleme kullanırlar (Fall et al., 2017). Bu teknik kategorisiyle, danışmanlar mantıksızlığa karşı çıkmak ve rasyonel inançları teşvik etmek için danışanlar eylemleri uygularlar. Bu tekniklerle, danışmanlar danışanların rahatsızlığı tolere etmesine, hayal kırıklığı toleransını artırmasına ve ertelemeyi önlemeye yardımcı olmayı amaçlamaktadır (Fall et al., 2017).

Gerçek hayattaki durumlarda yapılması gereken ev ödevleri özellikle önemlidir. Bu ödevler sistematik olarak yapılır ve bir forma kaydedilir ve analiz edilir. Ödev, danışanlara terapi seansı dışında daha da değerli olabilecek yeni beceriler kazanmaları için fırsatlar sunar. Ödev yapmak, günlük yaşam koşullarında duyarsızlaştırma ve canlı maruz kalmayı içerebilir. Örneğin, asansör korkusu olan bir kişi, günde 20 veya 30 kez asansörde inip çıkarak bu korkuyu azaltabilir (Corey,

2017). Çoğu davranışsal teknik ödev olarak yapılır. ADDT son yıllarda bazı yeni davranış teknikleri geliştirmiştir. Akılcı duygusal davranış terapistleri tarafından sıkça kullanılan üç davranış yöntemi etkinlik ödevi, ödüller ve cezalar ve beceri eğitimidir (Sharf, 2015). ADDT’de davranışsal teknikler:

Etkinlik ödevi: Danışan talepleri ve istekleri ile mücadele etmek için, terapistler akılcı olmayan inançları azaltan ödevler yaptırabilirler. Danışanlar, başkalarının kendilerine adil davranmaları gerektiğini düşündükleri bir durumda olduğunda, terapist rahatsız durumda kalmalarını ve kendilerine zor ya da rahatsız edici görevlerle baş etmeyi öğretmelerini önerebilir. Danışanlar, genellikle bu tür işleri yaptıklarında, ilk başta endişeli veya bilinçli olduklarını ancak duygularının altında yatan mantıksız inançları kavrayabildiklerini gözlemlerler (Sharf, 2015).

Ödüller ve cezalar: İnsanlar bir görevi başardıklarında, kendilerini ödüllendirmelerinde yarar vardır (Sharf, 2015).

Beceri eğitimi: Atölyeler ve gruplar genellikle önemli sosyal becerileri öğretir. İletişim becerileri, iş görüşmesi becerileri ve diğer sosyal ve işle ilgili beceriler hakkındaki atölye çalışmaları bireysel ADDT 'yi destekleyebilir (Sharf, 2015).

2.4. Psikoeğitim

Psikoeğitim, psikolojik ya da fiziksel hastalıklarda hasta ve aile üyelerine yönelik sağlık, işbirliği, baş etme ve güçlendirme felsefesine odaklanan, yetkinlik temelli, sağlık eğitimi, stres yönetimi, baş etmeyi geliştirme ve grup psikososyal desteği sağlamayı içeren kısa süreli yapılandırılmış eğitsel müdahaledir (Şengün, vd., 2011; İnan ve Üstün, 2014). Psikoeğitim, hastaların hastalıklarıyla başa çıkmalarındaki duygusal becerilerini arttırmayı ve aile üyelerini hastaya etkili bir şekilde destek vermeye teşvik ederken, hastalık ve terapi konusundaki bilgilerini geliştirmeyi amaçlayan bir müdahaledir (Palli, 2017).

Bireyin davranışlarında kendi yaşantısı yoluyla istenilen davranışların gelişmesi için uygulanan süreçlerin tümü olan psikoeğitim psikoterapötik ve eğitsel müdahaleleri entegre eden bir tedavi yöntemi olup, hastalığı anlama ve sonuçlarıyla baş etmede teorik, pratik ve bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır (Şengün, vd., 2011; Ünsal Barlas, 2012; Öner ve Kızılkaya, 2018). Ayrıca psikoeğitim yalnızca bilgi verici değil, bireylerin duygu ve düşüncelerini dile getirebilecekleri güvenli bir ortam sağlama,

kendilerini tanımları için stratejiler geliştirme ve mevcut durumla baş edebileceklerine dair umut aşılama gibi olanakları içermektedir (Akgün ve Boz, 2019).

Psikoeğitimde hasta ve ailesinin problemleriyle ve yetersizlikleriyle baş etme becerilerini geliştirme yöntemlerine odaklanılmakta ve bu yolla hastalığı yönetmede hastayı ve aileyi güçlendirme hedeflenmektedir (Şengün, vd., 2011). Psikoeğitim bugünlerde, hastayı güçlendiren bir eğitim olarak tanımlanabilir (Palli, 2017). Psikoeğitim programları hastaların anksiyete ve korku ile yüzleşme ve bu konuda duygu düşüncelerini ifade etme, bilgi alma, kendilerini daha az izole hissetme, benlik kavramını güçlendirmede yarar sağlamaktadır (Üzüm ve Nehir, 2018). Psikoeğitim üç bileşenden oluşur: hastalık hakkında bilgi, iletişim becerileri ve problem çözme teknikleri ve terapötik destek hakkında eğitim (Palli, 2017).

Psikoeğitimlerde katılımcı seçimi amaca uygundur ve belli sayıyla sınırlıdır. Psikoeğitim genelde bir grup formatında yürütülen programlar şeklinde yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış olarak yürütülmektedir (Barlas, 2012). Psikoeğitim programların grup yapısında yürütülmesinin etkileşim, sosyal öğrenme ve sosyal destek sağlama gibi yararları vardır ve bilişsel, davranışçı ve sosyal öğrenme yaklaşımlarını temel almaktadır (Tambağ ve Öz, 2014). Bireylerde sorun çözme becerilerinin geliştirilmesinde, psikoeğitim programları bireyselliği göz önünde bulundurmakta ve bireylerin sürece aktif katılımını desteklemektedir (Akgün ve Boz, 2019).

Psikoeğitim gruplarında kazandırılacak hedef davranışlar bellidir. Çoğunlukla bu gruplar beceri geliştirmeye, bilişsel stillere ve amaca ulaşma stratejilerine ya da kendini anlama/farkında olmaya odaklanırlar (Güçray, vd., 2009; Ulusoy ve Duy, 2013; Tambağ ve Öz 2014). Tipik bir psikoeğitim oturumu giriş, işlem ve kapanış aşamalarından oluşmaktadır. Giriş aşaması, katılımcıların oturumun gündemine hazırlanmaları, mevcut oturumun önceki oturumlarla olan ilişkisini kavramaları ve grup sürecine motive olmaları açısından önemli bir aşamadır. İşlem aşaması, oturumun gündemini oluşturan konuda katılımcılara bilgi ve beceri kazandırmaya dayalı etkinliklerin yer aldığı aşamadır. İşlem aşamasında genellikle, katılımcıların oturumda ele alınan konuda işlevsel yeni bilgiler, stratejiler ya da baş etme yollarını öğrenebilecekleri; öğrendiklerini grup içinde prova edebilecekleri; geri bildirim alabilecekleri ve öğrendikleriyle kendi yaşantıları arasında bağ kurabilecekleri etkinlikler yürütülmektedir. Oturumların genellikle son 5-10 dakikasını içeren kapanış aşaması, işlem aşamasının ardından oturumdaki yaşantıların özetlenerek o

oturumda öğrenilen yeni bilgi ve becerilere dikkat çekildiği ve öğrenilenlerin grup dışında nasıl kullanılabileceğinin kısaca vurgulandığı bir aşamadır (Çivitci, 2018).

Müdahalelerde amaç bilişsel, affektif ve davranışsal değişiklikler oluşturma yoluyla bireylere problemleriyle nasıl baş edebileceklerini öğretmek, bireyin durumunu anlamasına yardımcı olmak, öz bakım aktivitelerini, iyilik düzeyini geliştirmek, komplikasyonları önlemek, hastalık semptomlarını öğretmek, iç görüyü arttırmak, relapsı önlemek, duygusal destek sağlamak, duyguları açıklamak ve tanımlamak, bir kişiyi rahatsız eden mantıkdışı düşünceleri tartışma ve tanımlamak, bireysel stres kaynaklarına ve strese ilişkin tepkilerin anlaşılmasına yardımcı olmak, aile yükünü ve stresini azaltmak, organizasyon becerilerini öğrenmeye yardımcı olmak, hasta ve ailesinin umudunu, yaşam kalitesini arttırmak, tedaviye işbirliği ve uyumu artırmaktır (Güçray, vd., 2009; Şengün, vd., 2011; Barlas, 2012; İnan ve Üstün, 2014; Üzüm ve Nehir, 2018). Psikoeğitimsel yaklaşımla yapılan müdahalelerin temel sonucu; müdahale yapılan grupta psikolojik iyilik halinin artmasıdır (Tambağ ve Öz, 2014).

Psikoeğitim grupları genelde haftalık toplantılarla ve oluşturulan gruba yeni bir üyenin alınmadığı kapalı gruplar şeklinde gerçekleştirilmektedir (Tambağ ve Öz, 2014). Psikoeğitim grupları ortalama altı ila yirmi oturum devam edebilmektedir. Psikoeğitim gruplarında liderin daha çok eğitici rolü vardır. Bu nedenle grup liderleri ilgili konu hakkında bilgi sahibi olmalı, üyelerin daha çok aktivitelere odaklanmalarına yardımcı olmalıdır. Psikoeğitim gruplarında eğitime başlamadan önce uzun bir süre grubun ihtiyaçları üzerinde çalışılmalıdır. Grup liderlerinin farklı yaşlardaki grupları yönetebilmeleri için temel bir hazırlığa sahip olması gerekmektedir (Ulusoy ve Duy, 2013).

Psikoeğitim müdahalelerinde yetişkin eğitiminin temel ilkeleri kullanılmaktadır. Yetişkin eğitimi öğrenen merkezli aktif bir süreçtir. Bireyin ihtiyaçları temel alınarak bireyselleştirilmiş bir eğitim içeriği yapılandırılmaktadır. Bu noktada psikoeğitim içeriği ve materyalleri öğrenen merkezli olarak bireye özgü ve bireyin gereksinimlerine yönelik yapılandırılmakta ve şimdiki zamana odaklanılmaktadır. Bu süreç karşılıklı işbirliğine temellenmektedir. Hasta/sağlıklı birey ve müdahaleyi yürüten kişi arasında kurulan işbirliğinin amacı, bilgi artışı sağlama yoluyla daha olumlu sağlık sonuçları elde etmektir (Şengün, vd., 2011).

ADDT’de psikoeğitimde terapist ilk olarak ADDT duygusal ve davranışsal rahatsızlık teorisini açıklar, tartışır ve danışanların işlevsiz düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını sürdürmede bir rolleri olduğu fikrinde olduklarından emin olur. Genel olarak, ADDT terapistleri ABC modelini danışanlarına açıklar. Birçok danışan için, yaşamlarının birçok yönü üzerinde çok az kontrole sahip olmalarına rağmen, tepkilerini kontrol edebilecekleri fikri, güçlenmeyi teşvik eder. Bununla birlikte, bir ADDT klinisyenin, danışanın en azından deneysel olarak ABC çerçevesi içinde çalışmaya istekli olduğundan memnun olana kadar danışana yardımcı olmak için yapabileceği başka bir şey yoktur. ADDT verimli bir model olmakla birlikte, bu ilk aşama zaman alabilir ve çeşitli yaklaşımlar gerektirebilir. Danışanı ADDT hakkında eğitmek, danışmanlık boyunca dikkat gerektirebilir. Devam eden danışan eğitimini desteklemek ve geliştirmek için çeşitli ADDT kitapları, ADDT kendi kendine yardım formları, dersler, videolar ve diğer kaynaklara sahip çalışma sayfaları kullanılmaktadır.

Terapistler danışanları problemlerinin doğası ve tedavinin nasıl devam edebileceği konusunda eğitir. Terapistler danışanlara belirli kavramların kendileri için nasıl geçerli olduğunu sorarlar. Danışanlar tedavi sürecinin nasıl çalıştığını ve belirli tekniklerin neden kullanıldığını anlarsa, danışanların bir tedavi programı ile işbirliği yapma olasılığı daha yüksektir (Corey, 2017).

2.4.1. Psikiyatri Hemşiresi ve Psikoeğitim

Hemşirelik, hastalara bakmanın ana rolü olan dinamik ve destekleyici bir meslektir. Hastalarla iletişim kurarak, hemşireler hastaların duygularının, ihtiyaçlarının ve sorunlarının farkına varır, hastalara bakabilir ve onları tedavi edebilir. Hastalarla iletişim kurma yeteneği, hemşireliğin mesleki gereksinimlerinden biridir ve iletişim becerilerinin farkında olmak, bir hemşirenin klinik yeterliliğinin özelliklerinden biridir (Ghazavi, vd., 2010).

Psikoeğitim gruplarının yürütülmesinde doğrudan bakım, destek, eğitim ve danışmanlık rolleri bulunan hemşireler önemli bir yere sahiptir. Psikoeğitim uygulamaları hemşirenin eğitim rolleri kapsamında yer almaktadır ve ileri düzey rollerinden biridir. Bu nedenle hemşireler, eğitim ve danışmanlık rolleri kapsamında hasta ve ailelerle tedavinin birçok aşamasında ilişki içinde olduklarından, hasta ve ailelerin gereksinimlerini değerlendirmede ve bu gereksinimlere yönelik psikoeğitim

programları hazırlamada uygun bir konuma sahiptirler (Özcan ve Barlas, 2017; Tambağ ve Öz, 2014).

American Nursing Association (ANA)' ya göre uzman psikiyatri hemşiresi, ruhsal hastalıkları ve yetersizlikleri önlemede, ruhsal hastalıkları tedavi etmede, ruh sağlığı durumunu ve işlevsel yetenekleri geliştirmeye yardım etmede, bireysel, grup ve aile terapilerini, psikoeğitim ve diğer terapötik tedavileri kullanabilir (Çam ve Çuhadar, 2013). Psikiyatri hemşireleri, hastalık süresince hastalar ve hasta yakınları ile yakın ilişki içinde olduklarından, tedaviye uyum gereksinimlerini karşılayacak psikoeğitim programlarının hazırlanmasında anahtar rol oynarlar. Buna göre hemşirelerin rehabilitasyon uygulamasının bir parçası olarak hastaların ve ailelerinin eğitim gereksinimlerini belirtmeleri, bu doğrultuda psikoeğitim programları geliştirmeleri ve uygulamaya koymalarının iyi sonuçlar vereceği düşünülmektedir (Gümüş, 2006). Günümüzde kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik uygulamaları içindeki önemi artmaktadır ve bu doğrultuda hemşirelerin bağımsız fonksiyonu arasında yer alan ve kanıta dayalı uygulama olan psikoeğitimin uygulanması, tartışılması ve yaygınlaştırılması önemlidir. Ayrıca hemşireliğin felsefesini oluşturan anlayışlardan biri biyopsikososyal bütünlük içinde hastanın ve ailesinin optimal fonksiyon görmesine yardım etmektir (Şengün, vd., 2011). Hemşireler bu amacı psikoeğitim yoluyla gerçekleştirebilirler. Psikoeğitimin kuramsal bilgiye, bilimsel sorun çözme becerisine sahip, profesyonel hemşirelerin bağımsız hemşirelik rolleri kapsamında olduğu bildirilmektedir (Barlas, 2012).

Psikoeğitim bireysel ya da grup olarak yapılandırılabilir, hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarına göre sürekli bir eğitim olarak uygulanabilir. Psikoeğitimde genel olarak hastalık hakkında bilgi vererek, yanlış inanç ve tutumları değiştirerek, erken belirtilerin farkına vararak, ilaç uyumunu artırarak, bireyleri ve aileleri stresli yaşam olaylarına karşı hazırlayarak, baş etme becerilerini geliştirerek ve sosyal işlevselliği artırarak iç görmeyi geliştirmeyi amaçlamaktadır (Çetin ve Aylaz, 2018).

2.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri

Bilişsel duygu düzenleme, duyguları kontrol etmeyi ve değerlendirmeyi, sıkıntı veren problem ve duyguların üstesinden bilişsel süreçler yoluyla gelebilmeyi ifade etmektedir. Bilişsel süreçler yoluyla duyguların düzenlenmesi, olumsuz yaşam olaylarının ya da endişe verici deneyimlerin yaşandığı sırada ve sonrasında duygularımızı yönetmeye, düzenlemeye ve kontrol etmeye yardım eder (Garnefski,

vd., 2001). Bilişsel duygu düzenlemesi, duygusal deneyimin yoğunluğunu, süresini veya kalıcılığını değiştirmek için davranışsal ve bilişsel stratejilerin kullanımını içerir. Etkili düzenleme, duyguların farkında olmak ve onları kabul etmek gibi bazı becerilere ihtiyaç duyar. Bilişler veya bilişsel süreçler insanların duygularını düzenlemelerine ve duygularının yoğunluğuna karşı güçlü olmalarına yardımcı olur (Sepehri, vd., 2016). Bu bağlamda, psikolojik, duygusal ve davranışsal boyutlarda etkili başa çıkma stratejilerinin seçilmesi, ruhsal sağlığın geliştirilmesine ek olarak uyumlu çatışmaların kullanımında da etkilidir (Ghorbani, vd., 2012).

Anksiyete ve depresyonda önemli bir rol oynayan duygu düzenlemesi, bireylerin, amaçlarını gerçekleştirmek için duygusal tepkilerini kontrol etmesi, izlemesi, değerlendirmesi ve değiştirmesi süreçleri veya faaliyetleridir (Işık ve Turan 2015; Domaradzka ve Fajkowska, 2018). Duygu düzenleme sürecinde kişiler spontan tepkilerini kontrol altına almak ya da tamamen ortadan kaldırmak için planlı bir biçimde aktif çabalar sergiler (Işık ve Turan, 2015). Duygu düzenlemesi, uyarlanabilir davranışın başlatılması, motive edilmesi ve organize edilmesinde ve stresli düzeyde olumsuz duyguların ve uyumsuz davranışın önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Duygu düzenleme kavramı birçok biyolojik, bilişsel ve davranışsal düzenleme sürecini kapsayan çok geniş bir kavramsal değerlendirme tablosudur (Garnefski, vd., 2002). Bireyin sahip olduğu duygu düzenleme stratejileri öncelikle çevrenin talepleriyle gelişmekte, sonrasında bireyin yaşamıyla bütünleşmekte ve dışa vurulmaktadır. Bundan dolayı bilişsel duygu düzenleme, kişilerarası ilişkilerin önemli bir parçası olarak görülmektedir (Kocabıyık, vd., 2017).

Bilişler insan duygularının belirlenmesinde kritik bir rol oynar ve duyguları tanımak, düzenlemek ve kontrol etme sürecinde işlevseldir. Duyguların düzenlenmesi sürecinde bilinçli bilişsel baş etme stratejilerinin kullanılması önemlidir (Alçalar, 2018). Duyguların düşünceler veya bilişler yoluyla düzenlenmesi, ayrılmaz bir şekilde insan yaşamı ile ilişkilidir ve insanların stresli olayların deneyiminden sonra duygularını yönetmesine yardımcıdır. Bilişsel duygu düzenlemesinin kapasitesi evrensel olmasına rağmen, insanların yaşam deneyimlerine yanıt olarak duygularını düzenledikleri belirli düşünce ve bilişlerde bireysel farklılıklar vardır. Bu nedenle bilişsel duygu düzenlemesinin, zihinsel sağlık açısından önemli bir konu olduğu varsayılmaktadır (Garnefski ve Kraaij, 2006).

Literatürde kavramsal olarak dokuz farklı bilişsel duygu düzenleme stratejisi ayırt edilmiştir: Kendini suçlama, diğerlerini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme, bakış açısına yerleştirmek, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, kabul etme ve plan yapmaya yeniden odaklanma (Garnefski ve Kraaij, 2006).

Kendini suçlama: Bireyin yaşadığı deneyimde kendini suçlayıcı düşüncelerinin olmasını ifade etmektedir.

Diğerlerini suçlama: Bireyin yaşadığı deneyimde başkasını ya da çevresini suçlayıcı düşüncelerinin olmasını ifade etmektedir.

Kabul: Kişinin yaşadığı olayları kabul etmesini ve teslim olmasını ifade etmektedir.

Plan yapmaya yeniden odaklanma: Negatif olayın nasıl üstesinden gelineceğini ve hangi adımların atılacağını düşünmeyi ifade etmektedir.

Olumlu yeniden odaklanma: Asıl olay hakkında düşünmek yerine, neşeli ve hoş konular hakkında düşünmeyi ifade etmektedir.

Ruminasyon: Tekrar tekrar deneyimlerle ilgili olumsuz düşünce ve duygulara odaklanmayı ifade etmektedir.

Olumlu yeniden değerlendirme: Kişisel gelişim açısından olaya olumlu bir anlam yaratma düşüncelerini ifade etmektedir.

Bakış açısına yerleştirmek: Olayın ciddiyetini ya da önemini aşağıya çekmeye veya diğer olaylarla karşılaştırıldığında göreceli olarak daha az önemi olduğuna ilişkin düşünceleri ifade etmektedir.

Felaketleştirme: Yaşanan olayın dehşet verici olduğunu vurgulamaya ilişkin düşünceleri ifade etmektedir (Garnefski, vd., 2001; Garnefski, vd, 2004; Garnefski ve Kraaij 2018).

Duygu düzenleme becerilerindeki aksaklıklar; birçok psikopatolojinin ortaya çıkmasında ve devam etmesinde rol oynamaktadır (Akbulut, 2018). Garnefski, vd. (2004) çalışmalarında kadınların ve erkeklerin stratejiler olarak kendini suçlama, ruminasyon ve / veya felaketleştirmenin yüksek depresyon puanlarıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu, daha yüksek pozitif yeniden değerlendirme kullanımı ile daha düşük depresyon puanlarının ilişkili olduğunu belirtmektedir. Temizel ve Dağ (2014)

çalışmalarında kabul ve olumlu odaklanmanın, depresif belirtilerdeki düşüşü öngörürken, ruminasyon ve felaketleştirmenin endişe puanlarındaki artışı öngördüğünü, kabul stratejisinin kaygı seviyesindeki azalmayı açıkladığını belirtmektedir.

2.6. Multipl Sklerozda Psikososyal Sorunlarda Hemşirelik Bakımı

Toplumda biyolojik ve psikososyal nedenlerle ruh sağlığı bozulmuş olan bireyler, yaşamlarının önemli bir bölümünü mutsuz, huzursuz ve üretkenlikten yoksun bir biçimde geçirmektedir. Bu nedenle günümüzde sağlık hizmetlerinin amacı, sadece hastalık belirtilerini tedavi etmek değil, aynı zamanda hastaların yaşam kalitelerini yükseltmek, sosyal ve mesleki becerilerini geliştirerek üretkenliklerini arttırmak ve topluma uyumlarını kolaylaştırmaktır (Gümüş, 2006).

MS tanısı almış bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve yaşadıkları ruhsal sorunların en aza indirilmesinde hemşireler kilit rol oynamaktadırlar (Güler ve Ersin, 2018). MS'te hemşireler akut atakların şiddetini ve süresini azaltmak, ikincil komplikasyonları önlemek için psikososyal sorunlar, istihdam, eğitim ve hastalıkla başa çıkma yöntemleri konusunda bilgi, eğitim ve danışmanlık sağlayabilirler. Aynı zamanda hemşireler onların bilişsel, zihinsel, fiziksel iyilik halinin devamından sorumludur. Ayrıca, hastalar düzenli olarak takibe ve hemşireleri tarafından bilgilendirilmeye ihtiyaç duymaktadır (Akkuş ve Kapucu, 2006; Taş, vd., 2019).

Ruh hali özellikleri, kronik durumlarda tedaviye uyumu ve yanıtı etkileyen önemli faktörlerden biridir. Bu nedenle, duygudurum değişikliklerinin hastalığın seyri üzerinde önemli bir etkisi vardır. MS uzun süreli tedavi gerektiren kronik bir hastalık olduğundan ve ayrıca hastalığın seyrini etkileyen duygudurum özelliklerinin bilincinde olmak çok önemlidir (Milanlioğlu, vd., 2014).

MS tanısı almış bireylerde psikososyal uyum, etkili başa çıkma stratejileri ile yakından ilişkilidir (Okanlı, vd., 2017). Bugün terapötik eğitim programları tıbbi, sosyal veya psikolojik olsunlar, hastaların günlük yaşamlarındaki çeşitli ihtiyaçlarını karşılamaktadır (Gignoux, 2018). Bilişsel müdahalenin farmakolojik tedavileri tamamladığı düşünülmektedir (Magalhaes, vd., 2014). Bu nedenle, bilişsel değerlendirmelere yönelik müdahaleler, MS tanısı almış bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini iyileştirebilir (Wilski ve Tasiemski, 2016). Hasta belli bir farkındalık düzeyine ve değişime karar verebilir duruma geldikten sonra, yaşama karşı daha pozitif bir bakış açısı geliştirmesine yardım edilmelidir. Bunu sağlayabilmek için

basit şeylerden mutluluk duymaya, yetersizlikten çok yeterliliğe odaklanmaya, MS.in yaşamının sadece bir boyutu olduğu şeklinde bir bakış açısı geliştirmeye, mizah duygusunu korumaya, iyimser olmaya ve yaşamının kontrolünü ele almaya teşvik edilmesi gerekmektedir (Tülek, 2007).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Yöntem

3.1.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön test, son test ve izlem ölçümlü randomize kontrollü deneysel desenli bir çalışmadır.

3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 31.08.2019-17.02.2021 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Polikliniğinde yürütülmüştür. Araştırma, üniversitenin ek hizmet binasında bulunan MS tanısı almış bireyler için hazırlanan bir uygulama odasında gerçekleştirilmiştir. Uygulama odası, polikliniğe 100 metre kadar uzaklıktadır. Yürümekte zorlanan bireyler için dinlenme odasının bulunduğu binada tekerlekli sandalye ve asansör bulunmaktadır. Uygulama odasında ısı ve ışık ayarlanabilir özelliktedir. Odada bir televizyon, bir buzdolabı, masa, altı sandalye, ve özel eşyalarını koyabilecekleri dolap bulunmaktadır.

3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini Samsun ilinde bulunan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Polikliniğine kayıtlı olan MS tanısı almış bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü yapılan benzer bir çalışmanın (Altunbaş, 2014) referans değerleri temel alınarak oluşturulmuştur. Farklı örneklem büyüklükleri için (50-100) 0,05 önem seviyesi testin gücü hesaplanmıştır; 48 kişi alındığında testin gücü %85 olarak hesaplanmıştır (%80 in üstündeki power değerleri uygun görülmektedir). Bu çalışmada ilk olarak psikoeğitime katılmayı kabul eden ve kabul etmeyen bireyler ayrılmıştır. Daha sonra başlangıç risk faktörlerine göre randomizasyon yapılmıştır. Her bir gruptaki bireylerin sayısı önceden belirlenen prognostik faktörler (yaş, cinsiyet) açısından dengeli bir şekilde gruplara dağıtılmıştır. Araştırmanın örnekleme, örneklem seçim kriterlerini karşılayan girişim grubunda 24 kontrol grubunda 24 MS tanısı almış birey olmak üzere 48 kişi oluşturmuştur.

3.1.4. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Katılım için gönüllü olma,

- Okur yazar olma,
- 18-65 yaş aralığında olma,
- MS tanısı almış olma.

3.1.5. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- MS tanısı almış olmama
- 18 yaş altında olma,
- İletişimi ya da ölçekleri tamamlamayı engelleyecek herhangi bir fiziksel bir sorunu olma (işitme, görme sorunları) ya da soruları cevaplamakta engel oluşturacak zihinsel ve organik engeli olma.

3.1.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkeni bilişsel duygu düzenleme düzeyleridir.

Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkeni akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitimidir.

3.2. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında tanımlayıcı özellikleri ve hastalıkları ile ilgili özellikleri içeren soru formu (Ek 1) ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (Ek 2) kullanılmıştır.

3.2.1. Soru Formu

Bu form katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ve hastalıkları ile ilgili özelliklerine ilişkin bilgileri elde etmek için kullanılmıştır (Dinç, 2011) (Ek 1).

3.2.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)

BDDÖ, bir kişinin olumsuz olaylar veya durumlar yaşadıkten sonra kullandığı bilişsel duygu düzenleme stratejilerini (veya bilişsel başa çıkma stratejilerini) belirlemek için oluşturulmuş çok boyutlu bir ölçektir. Bir bireyin düşünceleri ile gerçek eylemleri arasında açık bir şekilde ayırım yapmayan diğer başa çıkma ölçeklerinin

aksine, mevcut ölçek yalnızca bir bireyin olumsuz bir olay yaşadktan sonraki düşüncelerine atıfta bulunmaktadır (Garnefski ve Kraaij, 2007).

BDDÖ Garnefski, Kraaij ve Spinhoven (2001) tarafından geliştirilmiştir. Kişilerin genel olarak ya da stres veren yaşam olaylarından sonra duygularını düzenlemek için kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejilerini ölçmek amacıyla geliştirilen, hem normal hem de klinik örneklemede kullanılabilen bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek beş dereceli likert tipinde (1: Hiçbir zaman, 2: Bazen, 3: Düzenli olarak, 4: Sık sık, 5: Her zaman) cevaplandırılmakta, 9 alt ölçeği bulunmakta ve her bir alt ölçekte 4 madde olmak üzere toplamda 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçeği meydana getiren alt boyutlar, uyumlu başa çıkma stratejileri olan; “Kabul Etme”, “Pozitif Yeniden Odaklanma”, Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma”, “Pozitif Yeniden Değerlendirme”, “Bakış Açısına Yerleştirme” ve uyumsuz başa çıkma stratejileri olan “Felaketleştirme” “Kendini Suçlama”, “Düşünceye Odaklanma (Ruminasyon)” ve “Diğerlerini Suçlama”dır. Ölçek alt boyutlarından alınabilecek puan aralığı 4-20’dir. Alt ölçek puanları ne kadar yüksekse bilişsel duygu düzenleme o kadar kullanılıyordur (Garnefski, vd., 2001; Garnefski ve Kraaij, 2007). Ayrıca ölçek, belirli bilişsel başa çıkma stratejileri, kişilik değişkenleri, psikopatoloji ve diğer problemlerin kullanımı arasındaki ilişkileri araştırma fırsatı sunar (APA, 2020).

BDDÖ hem ergenler hem de yetişkinler için faktöriyel geçerliliği ve yüksek güvenilirliği olan bir ölçektir. Cronbach α' ları 0.75 ile 0.87 arasında değişmektedir (Garnefski ve Kraaij, 2007). Ölçek Onat ve Otrar (2010) tarafından Türkçe’ye adapte edilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Yapılan çalışmada iç tutarlılık katsayısı 0.78 ve test-tekrar teste yönelik güvenilirlik katsayısı ise “ $r=.100$ ” olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin geçerlilik katsayısı Cronbach $\alpha=0,81$ olarak hesaplanmıştır.

3.3. Deneysel Çalışmanın İçeriği

Akılcı Duygusal Davranışçı yaklaşıma dayalı olarak hazırlanan psikoeğitim programının amacı, MS tanısı almış bireylerin bilişsel duygu düzenleme becerilerini geliştirmek ve bu programın etkililiğini incelemektir. Bu program temelde duyguları tanıma, duygu, düşünce ve davranış arasındaki farkı ayırt etme, davranışın kısa ve uzun vadeli sonuçlarını tanıma gibi bileşenleri içeren bir psikoeğitimi; duygu, düşünce ve

davranış arasındaki ilişkiyi tanıma ve olumsuz sağlıklı duygulara ve fonksiyonel olmayan davranışlara yol açan irrasyonel inançları fark edip değiştirme gibi bileşenleri içeren bilişsel yeniden yapılandırmayı; fizyolojik uyarımı kontrol etmek amacıyla nefes egzersizini ve aşamalı kas gevşetme egzersizini kullanmayı içeren gevşeme eğitimini, öğrenilen tekniklerin gerçek yaşamda uygulanmasını içeren maruz bırakmayı kapsamaktadır. ADDT'ye dayalı psikoeğitim programı literatürdeki benzer çalışmalarda eğitimlerden yararlanılarak hazırlanmıştır (Güçray, vd., 2009; Akın, 2013; Düşmez, 2013; Yılmaz ve Duy, 2013; Altunbaş, 2014; Çabuk, 2014; Toker, 2014; Çivitci, 2018; Şahin, 2018; Çekiç vd., 2019).

3.4. Grup Oturumlarının Süresi, Sıklığı ve Yeri

- Ön test sonrası çalışma grubu bireylere akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programı başlatılmıştır.
- Psikoeğitim programı 28.08.2019 tarihinde başlatılıp, 12.12.2019 tarihinde sonlandırılmıştır.
- Psikoeğitim programları üç grupta yürütülmüştür.
- Gruplar altı, sekiz ve on kişi toplamda yirmi dört kişiden oluşmuştur.
- Psikoeğitim oturumları katılımcıların psikososyal gereksinimlerine yönelik her bir oturumun konusu ve işleyiş planı doğrultusunda başlatılması, yürütülmesi ve sonlandırılması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Her bir oturum; oturumun konusu, hedefleri, süresi, yöntemi ve işleyişini içeren bir plan dahilinde yürütülmüştür. Psikoeğitim programları haftada bir gün olup, her bir eğitim yaklaşık 150 dk-180 dk ve her bir grupta toplam sekiz hafta sürmüştür. Her bir oturum süresinde katılımcıların istekleri doğrultusunda 20-30 dk'lık aralar verilmiştir.
- Psikoeğitim programları Samsun ilinde bulunan bir hastanenin nöroloji kliniği toplantı odasında, aynı hastanenin ek hizmet binasında bulunan bir dinlenme odasında ve aynı binadaki toplantı odasında U oturma düzeniyle gerçekleştirilmiştir.

3.5. Psikoeğitim Oturumları

1. Oturum: Tanışma, psikoeğitim ve bilişsel duygu dzenleme hakkında bilgi verilmesi

Amaç: Bu oturumun amacı grup üyelerinin grup süreci, grup kuralları, bilişsel duygu dzenleme hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamak ve grup üyelerinin birbirlerini tanımlarına yardımcı olmaktır.

Süre: 180 dk

Materyaller:

1. Grup kuralları formu
2. Psikoeğitim grup yaşantısı programının özellikleri formu
3. Kişisel amaç belirleme formu
4. Psikoeğitim programına katılım sözleşmesi
5. Oturum değerlendirme formu
6. Power Point sunum
7. Kalem, not kağıtları, dosya.

Kullanılan Teknikler:

Anlatım

Soru-cevap

Tartışma

İçerik:

- Grup üyeleri ile tanışmak.
- Psikoeğitimin amaçlarını açıklamak.
- Gelecek oturumlar hakkında bilgi vermek.
- Grup üyelerinin psikoeğitimden beklentilerini tartışmak.
- Grup kurallarını belirlemek.
- Bilişsel duygu dzenleme hakkında bilgi vermek.

2. Oturum: Duygular

Amaç: Bu oturumun amacı grup üyelerinin duygu kavramı hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamaktır.

Süre: 150 dk

Materyaller:

Sağlıklı, sağlıksız olumsuz duygular formu

Duygusal seçimler kağıdı

Power Point sunumlar

Kullanılan Teknikler:

Anlatım

Derin solunum egzersizi

Aşamalı kas gevşetme

Metafor kullanımı

Hayal kurma

Soru-cevap

Tartışma

İçerik:

- Duygu kavramı hakkında bilgi vermek
- Duyguların ortak özellikleri hakkında bilgi vermek
- Olumlu ve olumsuz duygular hakkında bilgi vermek
- Sağlıklı ve sağlıksız duygular hakkında bilgi vermek
- Duyguların işlevleri hakkında bilgi vermek

3. Oturum: Duyguları Tanımak, İfade Etmek ve Duygularla İletişim Kurmak

Amaç: Bu oturumun amacı grup üyelerinin duygularını tanımlayabilmeleri ve o duygularını sağlıklı şekilde ifade etmelerini sağlamaktır.

Süre: 150 dk

Materyaller:

Duygu isimleri kağıtları

Power Point sunumu

Örnek olay formu

Kullanılan Teknikler:

Anlatım

Soru-cevap

Duygunu anlat etkinliği

Tartışma

Problem çözümü

Rol oynama

Etkinlik ödevi

İçerik:

- Duyguların nasıl tanımlanacağı ile ilgili olarak bastırılmış duygulardan kaynaklanan belirtileri (kaygı, depresyon, psikosomatik semptomlar, kas gerginliği) tanımlama, bedene dönme, duyguları kesin bir şekilde ayırt edebilme hakkında bilgi vermek.
- Duyguları ifade etmek hakkında eğitim vermek.
- Duyguları tetikleyen ya da onların oluşumunda katkısı olan insanlarla iletişim kurmak hakkında bilgi vermek.

4. Oturum: Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşımın İnsan Doğasına Bakışı ve Albert Ellis'in ABCDEFG Modeli

Amaç: Bu oturumun amacı grup üyelerinin Albert Ellis'in ABCDEFG modeli hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamaktır.

Süre: 180 dk

Materyaller:

Power Point sunum

Teknikler:

Tartışma

Anlatım

Soru-cevap

ABC modelini öğretme

İrrasyonel inançları tartışma

Dili değiştirme

İrrasyonel inancı çürütme

Alternatif rasyonel inanışları yapılandırma

Akılcı duygusal imgelem

Yarar-zarar analizi

Problem çözme

Metafor kullanma

Doğrudan farklı düşünce getirme

Etkinlik ödevi

İçerik:

- Akılcı duygusal davranışçı yaklaşımın insan doğasına bakışı hakkında bilgi vermek.
- ABCDEFG modeli hakkında bilgi vermek

5. Oturum: Akılcı Olmayan İnançlar ve Akılcı İnançlar

Amaç: Bu oturumun amacı grup üyelerinin akılcı olan ve akılcı olmayan inançlar hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamaktır.

Süre: 150 dk

Materyaller:

Power Point sunum

Akılcı ve akılcı olmayan inançların temel özellikleri formu

Akılcı olmayan inançların sonuçları formu

Teknikler:

Akılcı olmayan inançları arama

Akılcı olmayan inançları tespit etme

Akılcı olmayan inançları akılcı inançlardan ayırıştırma

Akılcı olmayan inançları tartışma

Akılcı olmayan inançlara kanıt arama

Akılcı olmayan inançları çürütme

Duygusal hayal etme

Yarar-zarar analizi

Soru-cevap

Etkinlik ödevi

İçerik:

- Albert Ellis'in başlangıçtaki kuramsal çalışmalarında, bireyin yaşadığı psikolojik problemlerin temel nedeni olarak gördüğü akılcı olmayan inançları hakkında bilgi vermek.
- Akılcı olmayan inançların yol açtığı akılcı olmayan tutumlar hakkında bilgi vermek.
- Akılcı olmayan inançların alternatifi olarak psikolojik sağlığın temelini oluşturan akılcı inançlar hakkında bilgi vermek.

6. Oturum: Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım Perspektifinden Psikolojik Sağlığın Ölçütleri

Amaç: Bu oturumun amacı grup üyelerinin akılcı duygusal davranışçı yaklaşım perspektifinden psikolojik sağlığın ölçütleri hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamaktır.

Süre: 150 dk

Materyaller:

Power Point sunum

Olumsuz düşüncelerle baş etme videosu

Teknikler:

Anlatım

Tartışma

Soru-cevap

Bilişsel yeniden yapılandırma

Yarar zarar analizi

İrrasyonel inançlara kanıt arama

Problem çözümü

İçerik:

- Kendini olduğu gibi kabul etme ve gerçekçi beklentiler içerisinde olma, kişisel sorumluluk, kendine ilgi gösterme, sosyal ilgi, kendini yönetme, hoşgörü, esneklik, kesinliğin olmadığını kabul etme, ilgi-duyarlılık, bilimsel düşünme, kendini kabul etme, risk alma, ütopyacı olmama, uzun dönemli haz elde etme konularında bilgi vermek.

7. Oturum: Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşımın Temel İlkeleri

Amaç: Bu oturumun amacı grup üyelerinin akılcı duygusal davranışçı yaklaşımın temel ilkeleri hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamaktır.

Süre: 150 dk

Materyaller:

Kendimde beğendiğim ve beğenmediğim özelliklerim formu

Teknikler:

Anlatım

Soru-cevap

Tartışma

Güçlü öz ifadeler kullanma

Problem çözümü

Bilişsel ödev

Akılcı olmayan düşünceye karşı koyma

Etkinlik ödevi

İçerik:

- Akılcı duygusal davranışçı yaklaşımın temel ilkeleri hakkında bilgi vermek.
- Aşırı abartma, aşırı basitleştirme, aşırı genelleştirme, mantıksızlık, geçersiz varsayımların kullanılması, hatalı çıkarımlar ve mutlak katı şemalar hakkında bilgi vermek.

8. Oturum: Grup Oturumlarını Sonlandırmak

Amaç: Bu oturumun amacı tüm hafta boyunca öğrenilenlerin değerlendirilmesini ve üyelerin grup oturumlarının kazanımlarının kalıcı hale gelmesi konusunda istekli olmalarını sağlamaktır.

Süre: 180 dk

Materyaller:

Kalem

Kağıt

Teknikler:

Anlatım

Soru-cevap

Tartışma

Güçlü öz ifadeler kullanma

Anlamsal kesinlik

Dili değiştirme

ADDT öğretmeni olma

Problem çözümü

Bilişsel ödev

Akılcı olmayan düşünceye karşı koyma

Etkinlik ödevi

Arkadaşını anlat etkinliği

İçerik:

- Üyelerin gruptan aldıkları destekle değerli oldukları duygusunu hissedebilmelerini sağlamak.
 - Üyelerin kendilerini olduğu gibi kabul etmelerini sağlayarak, öz-saygılarını artırmak.
 - Üyelerin, yaşamlarında gerçekçi beklentilere sahip olmayı benimsemelerini sağlamak.
 - Grup sürecini genel olarak değerlendirmek ve grup oturumlarının kazanımlarının kalıcı hale gelmesini sağlamak.
 - Üyelerin birbirine ilişkin düşüncelerini paylaşmalarını sağlamak.
 - Üyelerin önerilerini tartışmak.
 - Üyelerin hayatlarında sağlıklı, gerçekçi hedeflerini paylaşmalarını sağlamak.
- Psikoeğitim programının ayrıntılı açıklaması Ek 4'te belirtilmiştir.

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

3.6.1. Girişim Grubunun Veri Toplama Süreci:

Birinci Aşama: Çalışma grubundaki hastalara soru formu ve BDDÖ psikoeğitimin başlamasından iki hafta önce uygulanmıştır.

İkinci Aşama: Çalışma grubunu oluşturan bireylerle her biri 150-180 dakikadan oluşan, sekiz oturumluk, ADDT odaklı psikoeğitim programı uygulaması gerçekleştirilmiştir.

Üçüncü Aşama: Psikoeğitimlerin bitiminden iki hafta sonra son test olarak soru formu ve BDDÖ uygulanmıştır.

Dördüncü Aşama: ADDT odaklı psikoeğitim programının MS tanılı bireylerin bilişsel duygu düzenleme düzeyleri üzerindeki etkisinin, zaman etkisinden bağımsız ve uzun süreli olup olmadığını test etmek amacıyla son testlerin uygulanmasından iki ay sonra BDDÖ iki gruba da izleme ölçümü olarak son kez uygulanmıştır.

3.6.2. Kontrol Grubunun Veri Toplama Süreci:

Birinci Aşama: Kontrol grubundaki bireylere soru formu ve BDDÖ uygulanmıştır.

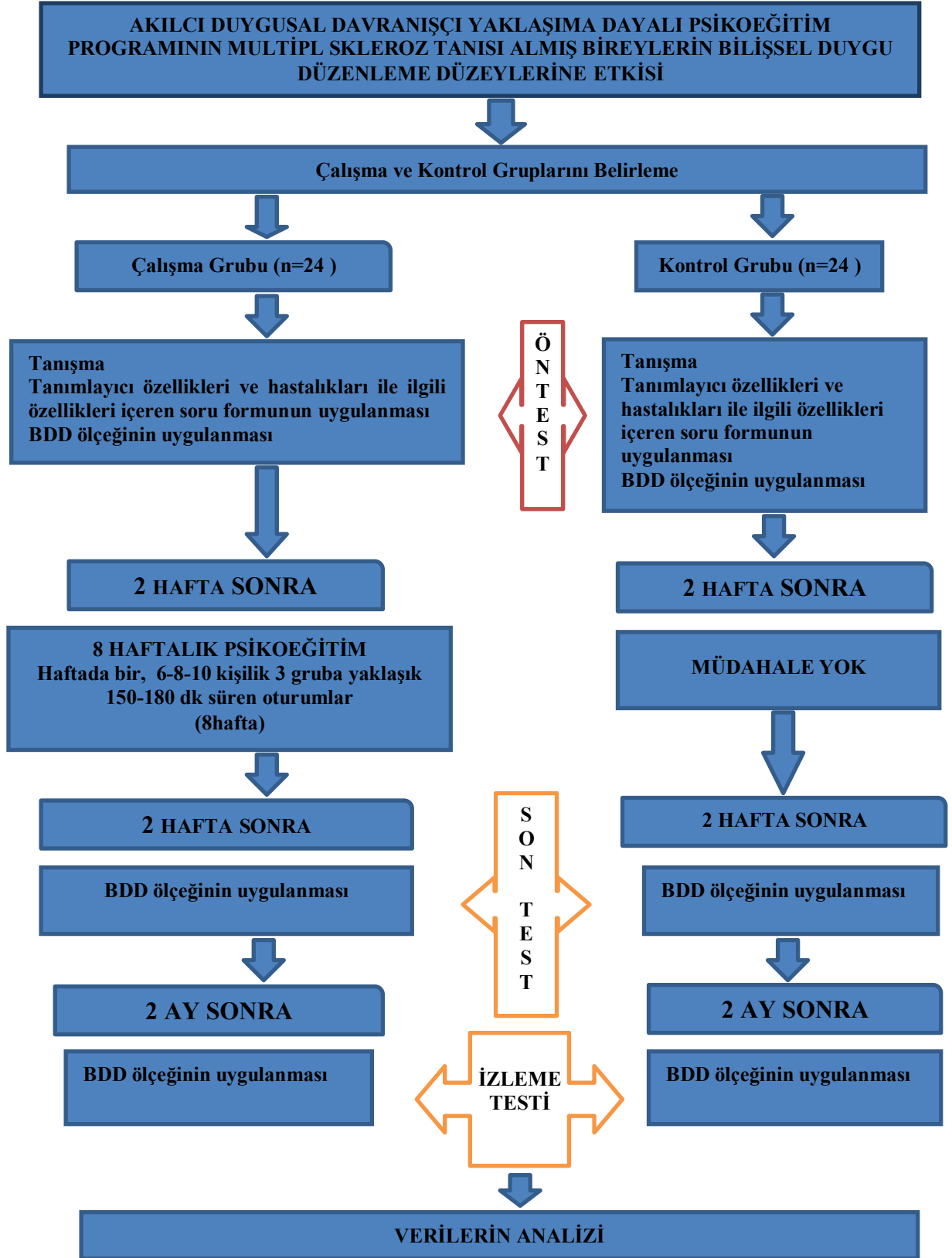
İkinci Aşama: Kontrol grubundaki bireylere hiçbir girişim uygulanmamıştır.

Üçüncü Aşama: Son test olarak soru formu ve BDDÖ uygulanmıştır.

Dördüncü Aşama: ADDT odaklı psikoeğitim programının MS tanılı bireylerin bilişsel duygu düzenleme düzeyleri üzerindeki etkisinin, zaman etkisinden bağımsız ve uzun süreli olup olmadığını test etmek amacıyla son testlerin uygulanmasından iki ay sonra BDDÖ iki gruba da izleme ölçümü olarak son kez uygulanmıştır.

Literatürde ADDT'ye dayalı psikoeğitim programlarının etkililiğini inceleyen çalışmalarda verilerin toplanma sürecinin bu çalışmadakine benzer olduğu görülmüştür (Şahin, 2018).

3.7. Araştırmanın Consort Şeması



Şekil 3.1. Araştırmanın Consort Şeması

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi sürecinde bir istatistik uzmanından destek alınmıştır. Araştırmadan elde edilen nicel veriler Statistical Package For Social Science 22.0 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik, ki-kare testi, bağımsız iki grup t testi; gruplar arası farkın test edilmesinde bağımsız iki grup t testi, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi kullanılmıştır. Grup içindeki farklılıkların analizinde least significant difference testi kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmada gönüllülük ilkesi ön planda tutulmuş, bireylere açıklamalı gönüllü olur formları verilmiş, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı sözlü ve yazılı şekilde kabul eden bireyler araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler anlatıldıktan sonra araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları şeklinde bilgi verilmiş ve araştırmaya katılacak bireylere, bireysel bilgilerinin başkalarına açıklanmayacağı konusunda güvence verilmiştir. Araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler kısaca açıklanarak “Aydınlatılmış Onam” ilkesi, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesi, katılımcıların bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi yerine getirilmiştir.

Araştırma yapılmadan önce Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 2018/396 nolu karar ile 08.08.2018 tarihinde onam alınmıştır (Ek 5). Araştırma yapılmadan önce planlanan araştırmanın Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Polikliniği’nde yapılabilmesi için E.83811 nolu karar ile kurum izni alınmıştır (Ek 6). Araştırmada kullanılan BDDÖ’nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan biri olan Oya ONAT’tan (Ek 7) e-mail yoluyla izin alınmıştır.

Araştırmaya ilişkin açıklamalar yapıldıktan sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden “bilgilendirilmiş onam” alınmıştır (Ek 8).

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışma ve kontrol grubuna ait demografik özellikler, MS tanısı almış bireylere uygulanan ADDT'ye dayalı psiko eğitim programı ile ilgili bulgular yer almaktadır. Araştırmanın hipotezlerinin test edilmesi amacıyla yapılan istatistiksel analizler ve bu analizler sonucunda elde edilen bilişsel duygu düzenleme düzeylerine ilişkin bulgular sunulmaktadır.

4.1. Çalışma ve Kontrol Gruplarına Ait Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Çalışma ve kontrol gruplarına ait demografik özellikleri

		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p değeri	
		n (24)	%	n (24)	%		
Cinsiyet	Kadın	14	58,3	14	58,3	t=0,00	p=1,00
	Erkek	10	41,7	10			
Yaş		±S.S 45,42±8,52		±S.S 43,54±10,64		t=0,604	p=0,504
Medeni Durum	Evli	20	83,3	20	83,3	t=0,00	p=1,000
	Bekâr	4	16,7	4	16,7		
Öğrenim Durumu	Okuryazar	1	4,2	1	4,2	t=3,641	p=0,602
	İlkokul	8	33,3	10	41,7		
	Ortaokul	4	16,7	1	4,2		
	Lise	7	29,2	5	20,8		
	Ön lisans	2	8,3	5	20,8		
	Lisans	2	8,3	2	8,3		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	7	29,2	7	29,2	t=0,000	p=1,000
	Çalışmıyor	14	58,3	14	58,3		
	Emekli	3	12,5	3	12,5		
MS tipi	Relapsing – Remitting Multipl Skleroz	22	91,7	22	91,7	t=0,000	p=1,000
	Sekonder Progresif Multipl Skleroz	1	4,2	1	4,2		
	Primer Progresif Multipl Skleroz	1	4,2	1	4,2		

χ^2 : Ki-kare testi, t: bağımsız iki grup t testi; S.S: standart sapma; p: anlamlılık değeri

Tablo1’de araştırmada yer alan çalışma ve kontrol grupları arasında demografik özelliklere göre farklılık olup olmadığı incelendi. Gruplar arasında istatistiksel olarak

bir farklılık bulunamadı ($p>0,05$). Demografik özelliklere göre homojen bir yapı görülmektedir.

Çalışma grubundaki bireylerin %58,3'ü kadın, yaş ortalaması 45,42, %83,3'ü evlidir, %33,3'ü ilkokul mezunudur, %58,3'ü çalışmıyor, %91,7' nin MS tipi Relapsing – Remitting Multiple Skleroz'dur.

Kontrol grubundaki bireylerin %58,3'ü kadın, yaş ortalaması 43,54, %83,3'ü evlidir, %41,7'si ilkokul mezunudur, %58,3'ü çalışmıyor, %91,7' nin MS tipi Relapsing – Remitting Multipl Skleroz'dur.

4.2. Çalışma ve Kontrol Grubu Bireylerin Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Uyumlu Stratejiler Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular

“Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programına katılan MS tanısı almış bireylerin uyumlu bilişsel duygu düzenleme ve uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerine ilişkin puan ortalamaları etkilenecektir”. şeklinde ifade edilen hipoteze ilişkin bulgular tablo 4.2' ve 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.2. Uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyut puanlarının çalışma ve kontrol grupları arası ve grup içi karşılaştırması

Uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri	Ön test ±S.S	Son test ±S.S	İzleme ±S.S	Grup içi karşılaştırma
Çalışma Grubu	63,29±15,68	70,13±10,22	73,33±11,27	F=3,77;p=0,039
Kontrol Grubu	61,08±14,91	67,75±9,69	68,91±10,64	F=2,875;p=0,079
Gruplar arası karşılaştırma	t=0,500 p=0,619	t=0,826 p=0,413	t=1,381 p=0,174	

\bar{X} :Aritmetik Ortalama

S.S: Standart Sapma

F: Tekrarlı Ölçümlerde varyans analizi testi

t: Bağımsız iki grup t testi

p: Anlamlılık değeri

Çalışma ve kontrol grubu MS tanısı almış bireylerin BDDÖ uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyut puan ortalamalarına göre karşılaştırmak için uygulanan bağımsız iki grup t-testi sonuçları incelendiğinde; çalışma ve kontrol grupları arasında ön test, son test ve izleme test puan ortalamaları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0,05$, $p > 0,05$, $p > 0,05$) belirlenmiştir.

Çalışma ve kontrol grubu karşılaştırmasında MS tanısı almış bireylerin uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyut puan ortalamalarını zamana (testlere) göre karşılaştırmak için uygulanan tekrarlı ölçümler varyans analizi sonuçları incelendiğinde; çalışma grubundaki hastaların ön test, son test ve izleme testi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre; çalışma grubundaki bireylerin ön test puan ortalaması ($63,29 \pm 15,68$) ile son test puan ortalaması ($70,13 \pm 10,22$) arasındaki ve izleme testi puan ortalaması ($73,33 \pm 11,27$) arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, son test ile izleme testi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir. Ayrıca kontrol grubundaki hastaların ön test, son test ve izleme test puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

4.3. Çalışma ve Kontrol Grubu Bireylerin Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Uyumsuz Stratejiler Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyut puanlarının çalışma ve kontrol grupları arası ve grup içi karşılaştırması

Uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri	Ön test ±S.S	Son test ±S.S	İzleme ±S.S	Grup içi karşılaştırma
Çalışma Grubu	39,79±11,99	36,67±7,86	38,92±9,77	F=2,147;p=0,141
Kontrol Grubu	37,83±13,09	39,58±13,01	42,17±13,84	F=1,043;p=0,369
Gruplar arası karşılaştırma	t=0,540 p=0,591	t=-0,940 p=0,352	t=-0,941 p=0,353	

\bar{X} : Aritmetik Ortalama

S.S: Standart Sapma

F: Tekrarlı Ölçümlerde varyans analizi testi

t: Bağımsız iki grup t testi

p: Anlamlılık değeri

Çalışma ve kontrol grubu MS tanısı almış bireylerin BDDÖ uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyut puan ortalamalarına göre karşılaştırmak için uygulanan bağımsız iki grup t-testi sonuçları incelendiğinde; çalışma ve kontrol grupları arasında ön test, son test ve izleme test puan ortalamaları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0,05$, $p > 0,05$, $p > 0,05$) belirlenmiştir.

Çalışma ve kontrol grubu karşılaştırmasında MS tanısı almış bireylerin uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyut puan ortalamalarını zamana göre karşılaştırmak için uygulanan tekrarlı ölçümler varyans analizi sonuçları incelendiğinde;

hem çalışma hem de kontrol grubundaki bireylerin ön test, son test ve izleme test puanları arasında bulunan farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,141>0,05$, $p=0,369>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmanın “Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programı MS tanısı almış bireylerin uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerini etkiler”. “Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programı MS tanısı almış bireylerin uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerini etkilemez”. “Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programı MS tanısı almış bireylerin uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini etkilemez”. “Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programı MS tanısı almış bireylerin uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini etkiler”. hipotezlerine ilişkin bulgular tartışılmış ve yorumlanmıştır. Ayrıca psikoeğitim programına ilişkin haftalık değerlendirmeler yapılmıştır.

Söz konusu hipotezlere ilişkin yapılan istatistiksel analizler sonucunda akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programının MS tanısı almış bireylerin uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerine etki ettiği bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Çalışma grubundaki katılımcıların son test ve izleme testi puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Ayrıca çalışma grubundaki katılımcıların son test ve izleme testi puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2). Bu bulgular akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programına katılan MS tanısı almış bireylerin uyumlu bilişsel duygu düzenleme ve uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerine ilişkin puan ortalamalarını etkileyeceği hipotezimizin kabul edildiğini göstermektedir. Bu bulgular ADDT’de danışanların irrasyonel inançlarına karşı durmak için sürekli ve kuvvetli bir şekilde çalıştıklarında ve tutarlı bir şekilde hareket ettiklerinde rasyonel inançlarıyla kendilerine önemli ölçüde yardımcı olabilecekleri varsayımıyla örtüşmektedir (Dryden, 2005). Uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri sadece bireyin istikrarlı bir duygusal durumun sürdürülmesini değil, aynı zamanda olumsuz bir duygusal durumdan hızlı bir şekilde iyileşmesini de teşvik eder (Wang, vd., 2014). Bu bağlamda MS tanısı almış bireylerin uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerini geliştirdiklerinde duygusal rahatsızlıklar yaşamayacakları, dolayısıyla ADDT’ de belirtilen sağlıklı duygular yaşayabileceği varsayılabilir. Bireylerin kendi duygularını arzu edilen bir şekilde düzenleme yeteneği ve istenmeyen duygulara toleransları zihinsel sağlığı etkileyen ana faktörlerdir (Sheibani, vd., 2019).

Literatürde bilişsel başa çıkma stratejilerini içeren müdahale programlarının sonuçları incelendiğinde kabul ve olumlu yeniden odaklanma stratejilerinin daha fazla kullanılmasına neden olduğu, bireylerin duygu düzenlemesinin uyumlu stratejilerini kullanma becerisini arttırdığı ve bu durumun olumlu kısa ve uzun vadeli sonuçları olduğu belirtilmiştir (Rood, vd., 2012; Hamama-Raz, vd., 2016; Sheibani, vd., 2019). Müdahale programlarının bireylerin duygu düzenlemesinin uyumlu stratejilerini kullanma becerisini arttırdığı bulgusu çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bunun nedeni grup müdahalesinin etkili olması olabilir. Danışanlar duygularının doğasını tanımlamakta zorlandıklarında (C), psikoeğitim şiddetle tavsiye edilebilir (Sarracino, vd., 2016). ADDT'ye dayalı psikoeğitimler grup üyelerinin ABC'lerini gözlemlene ve tanımlama konusunda yeni bakış açıları geliştirmelerine yardımcı olmuş olabilir. ADDT'ye dayalı psikoeğitimlerde grup üyelerinden işlevsiz çekirdek inançlardan bir veya birkaçına sahip olduğu bulunduğu bu, grupla birlikte doğrudan ve kuvvetli bir şekilde, ona nasıl savaşılabileceği gösterilir, ona yerini alacak rasyonel bir başa çıkma ifadesi verilir ve sıklıkla duygusal ve davranışsal bir öneri sunulur. Hafta boyunca onu tartışmak ve kendi kendini sabote eden bilişlerine, duygularına ve eylemlerine dekompozite etmek için ev ödevi verilir. Eğer aynı üye her hafta problemlerini gündeme getirmeye devam ederse grup lideri ve diğer üyeler tarafından o birey sürekli kendi kendini sabote eden düşünce, duygu ve davranışları değiştirmesi hususunda cesaretlendirilir (Ellis, 1992). Çalışmada katılımcıların uyumlu bilişsel duygu düzenleme strateji puan ortalamalarının yükselmesinde bu durumlar da etkili olmuş olabilir. Literatürde müdahale programlarının uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerine etki etmediğini bildiren çalışmaların da olduğu görülmüştür (Altunbaş, 2014; Sepehri, vd., 2016). O bulgular çalışmamızdaki bulgularla benzerlik göstermemektedir.

“Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programı MS tanısı almış bireylerin uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini etkilemez”. hipotezine ilişkin yapılan istatistiksel analizler sonucunda akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programının MS tanısı almış bireylerin felaketleştirme stratejisi haricinde uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerine etki etmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 3). Hem çalışma hem de kontrol grubundaki bireylerin ön test, son test ve izleme test puanları arasında bulunan farklar istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır ($p > 0,5$) (Tablo 3). Ayrıca çalışma grubundaki katılımcıların son test ve izleme testi puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,5$) (Tablo 3). Bu bulgular “Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programının MS tanısı almış bireylerin uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini etkilemez”. hipotezimizin kabul edildiğini göstermektedir. Literatürde müdahale programlarının uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin azaltılmasında etkili olduğunu bildiren çalışmalar olduğu görülmüştür. (Hamama-Raz, vd., 2016; Sheibani vd., 2019). Garnefski ve Kraaij (2012) bilişsel-davranışsal bir kendi kendine yardım müdahalesinin edinilmiş sağırlığı olan kişilerde depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltmada etkili bir araç olabileceği sonucuna varıldığını bildirmiştir. Literatürde felaketleştirme stratejisi ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (Garnefski, vd., 2004; Temizel ve Dağ, 2014;). Bu çalışmada felaketleştirme stratejisini kullanmanın azaldığı göz önünde bulundurulduğunda Garnefski ve Kraaij (2012)’in bulguları bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Altunbaş (2014) ise çalışmasında müdahale programının uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin azaltılmasında etkili olmadığını bildirmiştir. Altunbaş (2014)’in bulgusu bu çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Psikoeğitim programında ADDT’ye göre kendini ve başkalarını suçlamaya karşılık kabul inançları vurgulanmıştır ancak çalışma grubundaki bireylerin kendini suçlama ve diğerlerini suçlama puan ortalamalarında bir değişiklik olmadığı bulunmuştur. Ayrıca ADDT insanların çeşitli nedenlerle rahatsızlıklarını sürdürdüğünü savunmaktadır. Bu nedenlerin ise bireylerin rahatsızlıklarının mantıksız inançları tarafından desteklendiğine dair kavrayıştan yoksun olmaları ve bunun yerine rahatsızlıklarının olaylardan kaynaklandığını düşünmeleri, bireylerin sorunlarının mantıksız inançlarla desteklendiğini anladıktan sonra, bu anlayışın tek başına değişime yol açacağını düşünmeleri, bireylerin mantıksız inançlarını değiştirmek ve bu inançlara rasyonel alternatifleri inanç sistemlerine entegre etmek için ısrarla çalışmamaları, bireylerin önemli sosyal beceriler, iletişim becerileri, problem çözme becerileri ve diğer yaşam becerilerinde eksik olmaları, bireylerin mantıksız inançlarıyla tutarlı şekilde hareket etmeye devam etmeleri, bireylerin rahatsızlıklarının, rahatsız edici duygu ve/veya davranışlarına sağlıklı alternatiflerin avantajlarından daha ağır basan getirileri olduğunu düşünmeleri, bireylerin problemlerini destekleyen akıl dışı inançları destekleyen ortamlarda yaşamaları olarak belirtilmektedir (Dryden, 2005).

Çalışmamızda bu bulguların ortaya çıkmasında bireylerin zihinsel ve kişilik özelliklerinin farklı olması etkili olabilir. Psiko eğitim programının süresi yeterli olmayabilir.

Psiko eğitim programının birinci haftasında katılımcılar duygusal problemler yaşadıklarını, bu yüzden mutsuz olduklarını ve bu durumu değiştirmek istediklerini belirtmiştir. Programın ikinci haftasında bazı katılımcılar ruminasyon stratejisini çok kullandığını fark ettiğini ve son bir haftada bu stratejiyi kullanmayı azalttığını fark ettiğini ifade etmiştir. Aynı zamanda felaketleştirme stratejisini de kullanmayı azalttığını ifade etmiştir. Ayrıca psiko eğitimden önce kimseye hayır diyemediklerini ancak son bir haftada hayır diyebildiklerini ifade etmiştir. Diğer bir katılımcı ise zihinsel geniş getirme dolayısıyla uyumakta güçlük çektiğini ancak son bir haftada kolay uykuya geçişinin olduğunu ifade etmiştir. Başka bir katılımcı ise artık ne kendini ne de başkalarını suçlamadığını ve ruminasyon stratejisini kullanmayı bıraktığını ifade etmiştir. Programın üçüncü haftasında bazı katılımcılar karşısındaki bireyin de düşüncelerini, duygularını göz önünde bulundurarak iletişim kuracaklarını, ben diliyle iletişimin ne kadar önemli olduğunu farketdiklerini ifade etmiştir. Programın dördüncü haftasında katılımcılardan bazıları daha mantıklı düşüneceklerini, olaylara bakarken daha geniş bakış açısıyla bakacaklarını ifade etmiştir. Programın beşinci haftasında katılımcılardan biri psiko eğitime başlamadan önce öfkeli olduğunda ağlama krizlerine girdiğini ama artık ağlamadığını, hakkını aradığını ifade etmiştir. Katılımcılardan bazıları kendi düşüncelerinde, duygularında, davranışlarında olumlu yönde değişiklik olduğunu hatta bu durumunu aile üyelerini bile fark ettiğini ifade etmiştir. Katılımcılardan bazıları hayır demeyi başardıklarını ifade etmiştir. Bir katılımcı geçen hafta bir arkadaşına bir konuda hayır dediğini, önceden bunu yapamadığını, yapmak istemediği şeyleri yaptığında kendini kötü hissettiğini ancak, geçen hafta hayır dediği zaman kendini iyi hissettiğini ifade etmiştir. Bundan sonra hayatına sıfırdan başladığını ifade etmiştir. Geçmişe dönüp baktığında hep kendine zarar verdiğini ama bundan sonra artık kendine zarar vermeyeceğini belirtmiştir. Programın altıncı haftasında katılımcılardan biri eğitimlere katıldığı ilk günden beri zihninde sinek gibi vızıldayan, kendine zarar veren ne kadar çok düşüncesinin olduğunu ve zihinsel geniş getirmeyi çok yaptığını fark ettiğini ifade etmiştir. Diğer bir katılımcı ise kendi için yaşamayı öğrendiğini ifade etmiştir. Programın yedinci haftasında katılımcılardan biri

kendisindeki değişikliği abisinin farkettiğini belirtmiştir. Önceden onu öfkeliendiren durumlara aniden tepki verdiğini, eğitime başladıktan sonra ani tepkiler vermediğini, daha sakin davrandığını belirtmiştir. Bařka bir katılımcı ise eğitime katıldıktan sonra, bir olay olduğunda olaylara ani tepki vermediğini o anda ABC modelini dūřündüęünü ve ondan sonra tepki verdiğini, bu günlerde kendini mutlu hissettiğini ifade etmiştir. Katılımcılardan biri mutluluğunun ya da mutsuzluğunun başkalarına bağlı olmadığını, akılcı olmayan dūřünceleri değiştirebileceğini, onun yerine akılcı dūřünceler yerleştirebileceğini ifade etmiştir. Ayrıca oturumların güzel geçtiğini, kendimi daha iyi hissettiğini ifade etmiştir. Psikoeęitimlere katıldıklarından itibaren katılımcılar özgüvenlerinin arttığını, daha iyi iletişim kurabildiklerini, karşılarındaki insanların da onları anladığını ifade etmiştir. Ortamın güzel olduğu, dertlerini paylaşabilmenin güzel olduğu ifade edilmiştir.

Bařka bir katılımcı programın ilk oturumunda dūřüncelerine vakıf olamayacağını dūřündüęünü ifade etmiştir. şimdi ise dūřünce yapısının tamamen değiştiğini ifade etmiştir. Eřinin, annesinin, babasının, yakınlarının ve arkadaşlarının ona önceden böyle olmadığını, nasıl değitiğini sorduklarını ifade etmiştir. Bunun sebebinin her hafta eğitime katılmak olduğunu ifade etmiştir. Kendisindeki değişikliği çok hoşuna gittiğini ifade etmiştir. Önceden olaylar olduğunda alttan aldığını ama şimdi kendini ifade ettiğini, beyin olarak rahatladığını ifade etmiştir. Bařka bir katılımcı duyguyu ve dūřüneyi birbirinden ayırt edebildiğini, psikoeğitimden öğrendikleriyle ailesine de yardımcı olmaya başladığını, mantıklı ve mantıksız dūřünceleri ayırt edebildiğini ifade etmiştir. Programın sekizinci haftasında bir katılımcı kabul etmekte zorlandığı şeyleri kabul ettiğini, hayatta artık katı taleplerinin olmadığını ifade etmiştir. Dięer bir katılımcı çok katı kurallarının artık olmadığını, daha hoşgörölü olmaya başladığını ifade etmiştir. Dięer bir katılımcı kendine güveninin arttığını belirtmiştir. Hatta işyerindeki müdürlerinin bile bu durumunu farketdiklerini ve bunu kendisine ifade etiklerini belirtmiştir. şimdi kendisini daha sakin hissettiğini belirtmiştir. Katılımcılardan biri eğitime başladığından itibaren hiç bař ağrısı yaşamadığını ifade etmiştir. Dięer bir katılımcı artık daha esnek, olumlu dūřündüęünü ifade etmiştir. Yaşadığı olumsuz olaylara eskisi gibi takılıp kalmadığını, ifade etmiştir. Katılımcılar psikoeğitim deneyiminin onlara birlikte anlaşarak yaşamayı öğrettiklerini ifade etmiştir. Dięer bir katılımcı bu grupta beklentisiz, çıkarsız görüşme olduğunu, bunu bilmenin çok

güzel olduğunu ifade etmiştir. Bu eğitime ilk geldiğinde yalnız olmadığını hissettiğini ifade etmiştir. Katılımcılardan biri grup üyeleriyle aralarındaki etkileşimin bundan sonraki yaşamlarında daha da güzel olacağını ifade etmiştir. Katılımcılardan biri artık katı olmayacağını, insanların birbirini sevmek zorunda olmadığını ifade etmiştir. Başka bir katılımcı önceden ona kırılanlar olduğunda bu durumu çok kafaya taktığını ama artık öyle olmadığını, yaşamında önceliği kendine verdiğini belirtmiştir. Başka bir katılımcı herkesi memnun etmek zorunda olmadığını ifade etmiştir.

Çalışma grubundaki katılımcıların puan ortalamalarının psikoeğitimden iki ay sonra da yüksek olduğu bulunmuştur ancak daha uzun vadeli duruma ait bulgu yoktur. Bu durum çalışmamızın sınırlılıklarından biridir, ayrıca psikoeğitim programına katılmak isteyen bazı bireyler ulaşım zorlukları ya da psikoeğitim programının yapıldığı şehir dışında yaşama nedenlerinden dolayı araştırmaya katılamamıştır. Bu durum da araştırmanın sınırlılıklarından biridir.

6. SONUÇ

Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programının MS tanısı almış bireylerin bilişsel duygu düzenleme düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan ön test- son test-izleme testi kontrol gruplu bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

- Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim program öncesi çalışma ve kontrol grubundaki katılımcıların uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri puan ortalamaları arasında fark olmadığı,
- Psikoeğitim programı öncesi çalışma grubundaki ve kontrol grubundaki katılımcıların uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri puan ortalamaları arasında fark olmadığı,
- Çalışma grubundaki katılımcıların uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri son test ve izleme testi puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre arttığı ve son test ve izleme testi puan ortalamaları arasında fark olmadığı, dolayısıyla ADDT' ye dayalı psikoeğitim programının uyumlu bilişsel duygu düzenleme strateji düzeylerinin artırılmasında etkili olduğu ve bu durumun eğitimden iki hafta ve iki ay sonra da devam ettiği,
- Çalışma grubundaki katılımcıların felaketleştirme stratejisi haricinde uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri (kendini suçlama, diğerlerini suçlama, düşünceye odaklanma) puan ortalamalarında değişiklik olmadığı, dolayısıyla ADDT' ye dayalı psikoeğitim programının felaketleştirme stratejisi haricinde uyumsuz bilişsel duygu düzenleme strateji düzeylerini azaltmada etkili olmadığı,
- Kontrol grubundaki katılımcıların felaketleştirme stratejisi ön test, son test ve izleme test puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Psikiyatri hemşirelerinin psikoeğitim konusunda aktif rol almaları,
- MS tanısı almış bireylerin yaşayabilecekleri psikososyal değişimler ve sorunlar hakkında psikiyatri hemşirelerinin sağlık personelini bilgilendirmesi ve psikoeğitim programlarının çalışanların hizmet içi eğitim programına dahil edilmesi,
- ADTT'ye dayalı eğitim programlarının planlanması ve yürütülmesinde aktif rol alması için hemşirelere gerekli bilgi ve becerilerin kazandırılması,
- ADDT'ye dayalı psikoeğitim programının MS tanısı almış bireylerin uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerine daha uzun sürede etkisi olup olmadığını inceleyecek araştırmaların yapılması,
- MS tanısı almış bireylerde uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini azaltmaya yönelik başka müdahale programlarının geliştirilmesi ve etkilerinin incelenmesi amacıyla araştırmalar yapılması,
- Dijital ortamlarda yapılan eğitim programlarının MS tanısı almış bireylerin bilişsel duygu düzenleme düzeylerine etkisini inceleyen araştırmalar yapılması,
- MS tanısı almış bireylerin psikososyal iyilik hallerinde aile üyelerinin de etkisi olduğu göz önünde bulundurularak, aile üyelerinin uyumlu bilişsel duygu düzenleme strateji düzeylerini arttıracak, uyumsuz bilişsel duygu düzenleme strateji düzeylerini azaltacak müdahale programlarının araştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aflakseir, A., Manafi, F. (2018). "Posttraumatic growth and its relationship with cognitive emotion regulation strategies in patients with multiple sclerosis in Shiraz, Iran". *Practice in Clinical Psychology*. 6(1). 57-62.
- Akgün M, Boz İ. (2019). "Doğum korkusu yönetiminde psikoeğitimin yeri". *JAREN*. 5(2). 163-168.
- Akın, Ü. (2013). Akılcı duygusal davranışçı terapi odaklı psiko-eğitim programının kendini sabotaj üzerindeki etkisi. Basılmamış Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 236-251, Sakarya.
- Akkuş A. G. Y, Kapucu, S. (2006). "Multipl skleroz ve hasta eğitimi". *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 13(2). 57-63.
- Alçalar N. (2018). "Kanser hastalarında bilişsel duygu düzenleme stratejileri". Kocaman Yıldırım N, editör. *Psikoonkoloji*. Ankara: *Türkiye Klinikleri*. 4(2). 15-20.
- Alsancak Akbulut C. (2018). "Depresyonun duygu düzenleme süreçlerinin incelenmesi". *Klinik Psikiyatri*. 21. 184-192.
- Altunbaş, G. (2014). Psikoeğitim programının üniversite öğrencilerinin bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımına ve mükemmeliyetçi bilişlerine etkisi. Basılmamış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 55-58. Doktora Tezi, Ankara.
- Arpınar, M., Ebadi H. (2019). "18-45 yaş bireylerde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin uyku kalitesini yordamadaki rolü". *XI. International Balkan and Near Eastern Social Sciences Congress Series*. Tekirdağ. 472-475.
- Artemiadis AK, Vervainioti AA, Alexopoulos EC, Rombos A, Anagnostouli MC, Darviri C. (2012). "Stress management and multiple sclerosis: a randomized controlled trial". *Archives of Clinical Neuropsychology*. 27(4). 406-416.
- Ataman Temizel, E, Dağ İ. (2014). "Stres veren yaşam olayları, bilişsel duygu düzenleme stratejileri, depresif belirtiler ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiler". *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 17(1). 7-17.
- Babacan Gümüş A. (2006). "Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik". *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*. 1(2). 23-34.
- Baran Kulaksızoğlu, I. (2009). Nörolojik hastalıkların psikiyatrik yansımaları. Erişim: 25 Haziran 2019, <http://www.itfnoroloji.org/psikiyatrik/Psikiyatrik.htm>
- Barcroft R., Simpson J. (2016). "Psychological interventions for depression in people with multiple sclerosis". *Psychology of Older People: the FPOP bulletin*. 136. 40-47.
- Bernard M. E. (1995). "It's prime time for rational emotive behavior therapy: Current theory and practice, research recommendations, and predictions". *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*. 13(1). 9-27.
- Bhosale S. (2015). "Rational emotive behaviour therapy in perspective of bhagwat gita". *International Journal of Current Research*. 7(10): xxxx-xxxx.
- Bulunmaz Güler S, Ersin F. (2018). "Multiple skleroz hastalarının yaşam kalitesi ve ruhsal durumları". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 21(1). 42-50.
- Burns MN, Nawacki E, Siddique J, Pelletier D, Mohr DC. (2013). "Prospective examination of anxiety and depression before and during confirmed and pseudo-exacerbations in patients with Multiple Sclerosis". *Psychosomatic medicine*. 75(1). 76-82.

- Carrigan N, Dysch L, Salkovskis PM. (2018). "The impact of health anxiety in Multiple Sclerosis: a replication and treatment case series". *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 46(2). 148-167.
- Christou-Champi, S., Farrow, T. F., Webb, T. L.. (2015). "Automatic control of negative emotions: Evidence that structured practice increases the efficiency of emotion regulation". *Cognition and Emotion*. 29(2). 319-331.
- Corey G. (2017). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. USA: Eight Edition. Nelson Education.
- Çabuk, M. (2014). Psikoeğitimin şizofreni ailelerinin yük algularına olan etkisi. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 31-33, Aydın.
- Çam O, Çuhadar D. (2013). "Bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda içselleştirilmiş damgalamayı azaltmada hemşirelik girişimi olarak psikoeğitim". *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 29(2). 83-93.
- Çekiç, A. Buğa, A. Şap, G. (2019). "Akılcı duygusal davranışçı terapiye dayalı psikoeğitim programının ilkökul öğrencilerinin saldırganlık düzeylerine etkisi". *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 19(1). 103-113.
- Çelik, H., Kocabıyık, O. O. (2014). "Genç yetişkinlerin saldırganlık ifade biçimlerinin cinsiyet ve bilişsel duygu düzenleme tarzları bağlamında incelenmesi". *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 4(1). 139-155.
- Çetin, N. ve Aylaz, R. (2018). "Farkındalık temelli psikoeğitimin şizofreni hastalarının içgörü ve ilaç uyumu üzerindeki etkisi". *Psikiyatri Hemşireliği Arşivleri*. 32 (5). 737-744.
- Çivitci, A. (2018). *Grup psikoeğitimi*. Ankara: 1. Baskı. Pegem Akademi Yayıncılık.
- David, D., Lynn, S. J. And Ellis, A. (Eds.). (2010). *Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice*. New York: Oxford University Press.
- David D. (2014). "Rational emotive behavior therapy (REBT)". *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. 1-8.
- Dehnavi, S. R., Heidarian, F., Ashtari, F., Shaygannejad, V. (2015). "Psychological well-being in people with multiple sclerosis in an Iranian population". *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 20(6), 535.
- Dinç, S. (2011). Multipl skleroz hastalarında yorgunluk ve depresyon arasındaki ilişki. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Doğan S. (2016). "Akılcı-duygusal terapi: kuramsal bir inceleme". *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2(6). 29-36.
- Domaradzka E, Fajkowska M. (2018). "Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality". *Frontiers in psychology*, 9. 856.
- Dryden W and Neenan, M. (eds.). (2012). *Working with resistance in rational emotive behaviour therapy. A practitioner's guide*. USA and Canada: Routledge.
- Dryden, W. (2005). Rational emotive behavior therapy. In *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (pp. 321-324).
- Duru Aşiret, G, Özdemir L., Maraşlıoğlu N. (2014). "Multipl skleroz hastalarında umutsuzluk, depresyon ve yaşam doyumu". *TJN*. 20(1). 1-6.

- Düşmez, İ. (2013). Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı akademik erteleme davranışını önleme programının üniversite öğrencilerinin akademik erteleme davranışı üzerine etkisi. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 116-123, Samsun.
- Ellis A. (1991). "The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET)". *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 9(3). 139-172.
- Ellis A. (1992). "Group rational-emotive and cognitive-behavioral therapy". *International Journal of Group Psychotherapy*. 42(1). 63-80.
- Ellis A. (1994). "The treatment of borderline personalities with rational emotive behavior therapy". *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy Volume*. 12(2). 101-102.
- Ellis A. (1996). "The treatment of morbid jealousy: A rational emotive behavior therapy approach". *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 10(1). 23-33.
- Ellis A, DiGiuseppe R. (1993). "Are inappropriate or dysfunctional feelings in rational-emotive therapy qualitative or quantitative?". *Cognitive therapy and research*. 17(5). 471-477.
- Ellis A, Padesky C. A, Beck A. T. (2005). "Discussion of christine a. padesky and aaron t. beck," science and philosophy: comparison of cognitive therapy and rational emotive behavior therapy"/response to ellis' discussion of" science and philosophy: comparison of cognitive therapy and rational emotive behavior therapy". *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 19(2). 181-18.
- Ellis, A. and Dryden, W. (2007). *The practice of rational emotive behavior therapy*. Springer publishing company.
- Erdeo F, Armutlu K, Uca AU, Yıldız İ. (2017). "Çoklu skleroz'lu hastalarda üst ekstremitte ataksisinin bilgisayar analizi ile değerlendirilmesi". *Dicle Tıp Dergisi*. 44 (3). 277-282.
- Ersoy Özcan B, Ünsal G. (2017). "Obsesif kompulsif bozukluğu olan hasta yakınlarında bakım yükü ve psikoeğitim". *JAREN.*; 3(Ek sayı). 51-56.
- Fall, K. A., Holden, J. M. And Marquis, A. (2017). *Theoretical models of counseling and psychotherapy*. Taylor & Francis.
- Fiest KM, Walker JR, Bernstein CN, Graff LA, Zarychanski R, Abou-Setta AM, Fisk JD. (2016). "Systematic review and meta-analysis of interventions for depression and anxiety in persons with multiple sclerosis". *Multiple sclerosis and related disorders*. 5. 12-26.
- Finlayson M, Garcia JD., Preissner K. (2008). "Development of an educational programme for caregivers of people aging with multiple sclerosis". *Occupational Therapy International*. 15(1). 4-17.
- Garnefski N. (2004). "Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females". *Personality and Individual Differences*. 36. 267-276.
- Garnefski, N., Baan, N., Kraaij, V. (2005). "Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis". *Personality and Individual Differences*. 38(6). 1317-1327.
- Garnefski N, Boon S, Kraaij V. (2003). "Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event". *Journal of Youth and Adolescence*. 32(6). 401-408.

- Garnefski, N., Grol, M., Kraaij, V., Hamming, J. F. (2009). "Cognitive coping and goal adjustment in people with Peripheral Arterial Disease: Relationships with depressive symptoms". *Patient Education and Counseling*. 76(1). 132-137.
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., ten Cate, R. (2009). "Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease". *Journal of adolescence*. 32(2). 449-454.
- Garnefski N, Kraaij V. (2006). "Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples". *Personality and Individual Differences*. 40(8). 1659-1669.
- Garnefski, N., Kraaij, V. (2007). "The cognitive emotion regulation questionnaire". *European Journal of Psychological Assessment*. 23(3). 141-149.
- Garnefski, N., Kraaij, V. (2012). "Cognitive coping and goal adjustment are associated with symptoms of depression and anxiety in people with acquired hearing loss". *International journal of audiology*. 51(7). 545-550.
- Garnefski, N., Kraaij, V. (2012). "Effects of a cognitive behavioral self-help program on emotional problems for people with acquired hearing loss: a randomized controlled trial". *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 17(1). 75-84.
- Garnefski N, Kraaij V. (2018). "Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety". *Cognition and Emotion*. 32 (7). 1401-1408.
- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. (2001). "Negative life events, cognitive emotion regulation and depression". *Pers Individ Di*. 30. 1311-1327.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van Den Kommer, T., Teerds, J. (2002). "Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults". *Journal of adolescence*. 25(6). 603-611.
- Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee, J, van Den Kommer T. (2004). "Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females". *Personality and individual differences*. 36(2). 267-276.
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., Onstein, E. (2002). "The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a nonclinical sample". *European journal of personality*. 16(5). 403-420.
- Gazioğlu S, Özmenoğlu, M. (2016). "Multipl sklerozda psikiyatrik bulgular". *Turkiye Klinikleri Journal of Neurology Special Topics*. 9(4). 57-62.
- Gençtanırım D, Voltan Acar N. (2007). "Rational Emotive Behaviour Therapy and of Sezen Aksu's Songs". *Egitim ve Bilim*. 32(143). 27.
- Ghasemi M, Gorji Y, Ashtar F, Ghasemi, M. (2015). "A study of psychological well-being in people with multiple sclerosis and their primary caregivers". *Advanced biomedical research*. 4 (49). 1-8.
- Ghazavi, Z., Lohrasbi, F., Mehrabi, T. (2010). "Effect of communication skill training using group psychoeducation method on the stress level of psychiatry ward nurses". *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 15 (Suppl1), 395- 400.

- Ghorbani, E., Issazadegan, A., Saffarinia, M. (2012). "The relationship between cognitive emotion regulation strategies and perceived social support among individuals with multiple sclerosis". *Int Res J Appl Basic Sci.* 3. 2647-50.
- Ghorbani-Marghmaleki F, Mohebbi-Dehnavi Z, Beigi M. (2019). "Investigation of the relationship between cognitive emotion regulation and the health of pregnant women". *Journal of Education and Health Promotion.* 8. 175.
- Gignoux L. (2018). "Organization of healthcare in multiple sclerosis". *Revue neurologique.* 174(6). 471-474.
- Güçray SS, Çekici F, Çolakkağıoğlu O. (2009). Psiko-eğitim gruplarının yapılandırılması ve genel ilkeleri. *Marmara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 5(1). 134-153.
- Hamama-Raz, Y., Pat-Horenczyk, R., Perry, S., Ziv, Y., Bar-Levav, R., Stemmer, S. M. (2016). "The effectiveness of group intervention on enhancing cognitive emotion regulation strategies in breast cancer patients: a 2-year follow-up". *Integrative cancer therapies.* 15(2). 175-182.
- Harel, Y., Barak, Y., Achiron, A. (2007). "Dysregulation of affect in multiple sclerosis: new phenomenological approach". *Psychiatry and clinical neurosciences.* 61(1). 94-98.
- Hartoonian N, Terrill AL., Beier ML, Turner AP, Day, MA, Alschuler KN. (2015). "Predictors of anxiety in multiple sclerosis". *Rehabilitation psychology.* 60(1). 91.
- Holden, K., Isaac, C. L. (2011). "Depression in multiple sclerosis: reactive or endogenous?". *The Clinical Neuropsychologist.* 25(4), 624-639.
- <https://www.psycnet.apa.org>. 2020.
- Işık A. E, Turan F. (2005). "Normal gelişim gösteren ve otizm spektrum bozukluğu olan çocuklarda duygu düzenleme". *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal.* 2. 709-716.
- İnan FŞ, Üstün B. (2014). "Evde psikososyal bakım örneği: meme kanserinde tedavisi sonrası dönemde psikoeğitim uygulaması". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 7(1). 52-58.
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acromont, M., Zermatten, A. (2006). "Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ)". *European Journal of Psychological Assessment.* 22(2). 126-131.
- Jones SM., Salem R, Amtmann D. (2018). "Somatic symptoms of depression and anxiety in people with multiple sclerosis". *International journal of MS care.* 20(3): 145-152.
- Kahraman, T., Savcı, S., Özdoğar, A. T, Gedik, Z., İdman, E. (2018). "Multipl skleroz hastalarında anksiyetenin motor imgeleme becerisine etkisi". *Fzyoterapi Rehabilitasyon.* 29(1). 19-26.
- Karagkouni A, Alevizos M, Theoharides TC. (2013). "Effect of stress on brain inflammation and multiple sclerosis". *Autoimmunity reviews.* 12(10). 947-953.
- Koçer E, Koçer, A, Yaman, M., Eryılmaz, M, Ozdem, S, Borü ÜT. (2011). "Quality of life in multiple sclerosis patients: impact of depression and physical limitations?". *Journal of Mood Disorders.* 1(2). 63-67.
- Kraaij, V., Garnefski, N., Vlietstra. (2008). "Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: a prospective study". *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 29(1). 9-16.
- Kraaij, V., Garnefski, N., de Wilde, E. J., Dijkstra, A., Gebhardt, W., Maes, S., Doest, L. (2003). "Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: bonding and

- cognitive coping as vulnerability factors?”. *Journal of youth and adolescence*. 32(3). 185-193.
- Kraaij, V., Pruyboom, E., Garnefski, N. (2002). “Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study”. *Aging & mental health*. 6(3). 275-281.
- Kraaij, V., van Emmerik, A., Garnefski, N., Schroevers, M. J., Lo-Fo-Wong, D., van Empelen, P., ... Maes, S. (2010). “Effects of a cognitive behavioral self-help program and a computerized structured writing intervention on depressed mood for HIV-infected people: A pilot randomized controlled trial”. *Patient Education and Counseling*. 80(2). 200-204.
- Kurt S, Karaer H, Kaplan Y. (2009). “İleri yaşta multipl skleroz tanısı alan bir olgu”. *Fırat Tıp Dergisi*. 14(4). 293-296.
- Kurtuluş Tosun, Pınar Bölüktaş R. (2017). “Multipl sklerozlu hastalarda depresyon, yorgunluk ve uyku kalitesinin yaşam kalitesine etkisi”. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*. 3(3). 171-175.
- Lorefice L, Fenu G, Trincas G, Moro, MF, Frau J, Coghe GC, Carta MG. (2015). “Progressive multiple sclerosis and mood disorders”. *Neurological Sciences*. 36(9). 1625-1631.
- Magalhaes R, Alves J, Thomas, RE, Chiaravalloti N, Goncalves OF, Petrosyan A, Sampaio, A. (2014). “Are cognitive interventions for Multiple Sclerosis effective and feasible?”. *Restorative neurology and neuroscience*. 32(5). 623-638.
- Martin, R. C., Dahlen, E. R. (2005). “Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger”. *Personality and individual differences*. 39(7). 1249-1260.
- Mavioğlu H, Tülek Z, Bakar E, Tavşanlı NG. (2014). “Multiple sklerozda yaşam kalitesi ve ölçümü”. *Türk Nöroloji Dergisi*. 20 (1). 18-23.
- Mazaheri M, Fanian N, Zargham-Boroujeni A. (2011). “Experiences of patients with multiple sclerosis from group counseling”. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 16(2). 181.
- Mikula P, Nagyova I, Krokavcova M, Vitkova M, Rosenberger J, Szilasiova J, Gdovinova Z, Groothoff JW, van Dijk, JP. (2014). “Coping and its importance for quality of life in patients with multiple sclerosis. ” *Disability and Rehabilitation*. 36(9). 732-736.
- Milanlioglu A., Özdemir PG, Cilingir V, Gülec T. Ç, Aydın, MN, Tombul T. (2014). “Coping strategies and mood profiles in patients with multiple sclerosis. *Arquivos de neuro-psiquiatria*”. 72(7). 490-495.
- Miri KJ, Samani S. (2017). “A comparison of cognitive emotion regulation, lifestyle, and dimensions of adjustment in 3 groups of patients with multiple sclerosis, patients with cancer under chemotherapy and patients relieved from brain tumor”. *Ann Trop Med Public Health*;10. 1774-1778.
- Nielsen, S. L., Johnson, W. B. and Ellis, A. (2001). *Counseling and psychotherapy with religious persons: A rational emotive behavior therapy approach*. Routledge.
- Okanli A, Tanrıverdi D, Ipek Coban G, Asi Karakaş S. (2017). “The relationship between psychosocial adjustment and coping strategies among patients with multiple sclerosis in Turkey”. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 23(2). 113-118.
- Onat O, Otrar M. (2010). “Bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları” M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilgileri Dergisi. 31. 123-143.

- Onat Kocabıyık, O, Çelik, H ve Dündar Ş. (2017). “Genç yetişkinlerin bilişsel duygu düzenleme tarzlarının ilişkisel bağımlı benlik kurgusu ve cinsiyet açısından incelenmesi”. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 45(45). 79-92.
- Öner H, Kızılkaya M. (2018). “Hemşirelik öğrencilerinde sosyal beceri eğitimi: psikoeğitimsel model”. *Disiplinlerarası Eğitim Araştırmaları Dergisi*. 2(4). 1-11.
- Öngen, D. E. (2010). “Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents”. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 9. 1516-1523.
- Pahlavanzadeh S, Abbasi S, Alimohammadi N. (2017). “The effect of group cognitive behavioral therapy on stress, anxiety, and depression of women with multiple sclerosis”. *Iranian J Nursing Midwifery Res*. 22. 271-275.
- Palli A. (2017). “Psychoeducation: the way to make patients manage their illness and fill their future with life”. *Ment Health Fam Med*. 13. 528-531.
- Phillips, L. H., Saldias, A., McCarrey, A., Henry, J. D., Scott, C., Summers, F. And Whyte, M. (2009). “Attentional lapses, emotional regulation and quality of life in multiple sclerosis”. *British Journal of Clinical Psychology*; 48(1). 101-106.
- Phillips LH, Henry JD, Nouzova E, Cooper C, Radlak B. and Summers, F. (2014). “Difficulties with emotion regulation in multiple sclerosis: Links to executive function, mood, and quality of life”. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 36(8). 831-842.
- Rational Emotive Behavior Therapy. Retrieved January 25, 2019 from <https://albertellis.org/rebt-cbt-therapy/>.
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M., Arntz, A. (2012). “The effects of experimentally induced rumination, positive reappraisal, acceptance, and distancing when thinking about a stressful event on affect states in adolescents”. *Journal of abnormal child psychology*. 40(1). 73-84.
- Roubinov D. S, Turner AP, Williams RM. (2015). “Coping among individuals with multiple sclerosis: Evaluating a goodness-of-fit model”. *Rehabilitation psychology*. 60(2). 162.
- Salene MW Jones, Rana S, Dagmar A. (2018). “omatic symptoms of depression and anxiety in people with multiple sclerosis”. *International journal of MS care*. 20(3). 145-152.
- Salene MW Jones, Amtmann D. (2015). “The relationship of age, function, and psychological distress in multiple sclerosis”. *Psychology, health & medicine*. 20(6). 629-634.
- Sarıcı H, Tagay Ö. (2019). “Üniversite öğrencilerinin bilişsel duygu düzenlemelerinde çocukluk örselenmeleri ve otomatik düşüncelerin yordayıcı rolü”. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 1-21.
- Sarıçam H. (2018). “The Psychometric properties of turkish version of depression anxiety stress scale-21 (dass-21) in health control and clinical samples”. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 7(1). 19-30.
- Sarracino, D., Dimaggio, G., Ibrahim, R., Popolo, R., Sassaroli, S., Ruggiero, G. M. (2016). “When REBT goes difficult: applying ABC-DEF to personality disorders”. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 35(3). 278-295.
- Schroevers, M., Kraaij, V., Garnefski, N. (2008). “How do cancer patients manage unattainable personal goals and regulate their emotions”. *British journal of health psychology*. 13(3). 551-562.

- Sepehri, S., Ghahari, S., Zadeh, R. H. (2016). "Efficacy of dialectical behavior therapy (dbt) techniques on improving cognitive emotion regulation strategies in women with MS". *The Social Sciences*. 11(14). 3395-400.
- Sharf RS. (2015). Psikoterapi ve danışma kuramları: Kavramlar ve durumlar. 5.Baskı, USA, Cengage Learning.;8-27.
- Sheibani, H., Sheibani, K. A., Amreei, N. N., Masrour, M. J. (2019). "An investigation of the effects of the acceptance and commitment therapy in groups on the cognitive strategies of emotion regulation and self-control in coronary heart disease patients". *Journal of Medicine and Life*. 12(4). 361.
- Snyder S, Foley FW, Farrell E, Beier M, Zemon V. (2013). "Psychological and physical predictors of illness intrusiveness in patients with multiple sclerosis". *Journal Of The Neurological Sciences*. 332(1-2). 41-44.
- Solaro, C., Gamberini, G., Masuccio, F. G. (2018). "Depression in multiple sclerosis: epidemiology, aetiology, diagnosis and treatment". *CNS drugs*. 32(2). 117-133.
- Sönmez İ, Mut, S, Bozkurt A. (2016). "Multipl sklerozda görülen psikiyatrik bulgular ve bozukluklar". *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology*. 11(2). 46-54.
- Symptoms of Multiple Sclerosis. Retrieved January 24, 2019, from <https://my-ms.org/symptoms.htm>.
- Şahan-Yılmaz, B., Duy, B. (2013). "Psiko-egitim uygulamasının kız öğrencilerin benlik saygısı ve akılcı olmayan inançları üzerine etkisi [Effectiveness of a psycho-education programe on self-esteem and irrational beliefs of female college students]". *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal*. 4(39). 68-81.
- Şahin, E. (2018). Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı bir psikoeğitim programının ergenlerin benlik algısına etkisi. Basılmamış Doktora Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Samsun, 159-160, Samsun.
- Şen N, Gürbüz Genç Ş, Kılıç Aydın, N, Kılınçel O, Altınışık İ., Kılınçel, Ş, Eker SS. (2015). "Multiple sklerozda depresyon ve anksiyete". *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 41(2). 73-77.
- Şengün F, Öner Altıok H, Üstün B. (2011). "Kanıt dayalı bir uygulama:psikoeğitim". *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 27 (3). 66-74.
- Şengün İnan F, Üstün B. (2014). "Evde psikososyal bakım örneği: meme kanserinde tedavisi sonrası dönemde psikoeğitim uygulaması". *DEUHYO ED*. 7 (1). 52-58
- Tambağ, H, Öz F. (2014). "Grup psikoeğitiminin yaşlıların hemşirelik bakımında kullanılması". *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 1(3). 47-53.
- Taş D, Yıldırım Y, Fadiloğlu, Ç, Aykar FŞ. (2019). "Peplau'nun kişiler arası ilişkiler teorisi ile acil serviste bir multipl skleroz olgusu". *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine*. 4(3). 154-160.
- Tauil CB, Grippe TC, Dias RM, Dias-Carneiro RPC, Carneiro NM, Aguilar ACR, Giovannelli EDC. (2018). "Suicidal ideation, anxiety, and depression in patients with multiple sclerosis". *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 76(5). 296-301.
- Toker, B. (2014). Bilişsel davranışçı kurama dayalı olarak geliştirilen akademik erteleme davranışıyla baş etme beceri eğitimi psikoeğitim grup yaşantısının üniversite öğrencilerinin akademik erteleme davranışlarına etkisi. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 175, Muğla.

- Tülek Z. (2007). "Multiple sklerozlu hastanın hemşirelik bakımı". *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 11(2). 25-32.
- Types of ms. Multiple Sklerozis Trust. Retrieved January 19, 2019, from <https://www.mstrust.org.uk/about-ms/what-ms/types-ms>
- Ulusoy Y, Duy B. (2013). "Öğrenilmiş iyimserlik psiko-eğitim uygulamasının öğrenilmiş çaresizlik ve akılcı olmayan inançlar üzerindeki etkisi". *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*. 13(3). 1431-1446.
- Ünal A, Mavioğlu H, Altunrende B, Kale İçen N, Ergün U. (2018). Multipl sklerozda tanı ve ayırıcı tanı. Efendi H, Yandım Kuşçu D. (ed.). *Multiple skleroz tanı ve tedavi kılavuzu*. (s.9-10). İstanbul: Galenos Yayınevi.
- Ünal A, Mavioğlu H, Emre U. (2013). "Multipl Skleroz". Çevik İ. (ed.). *Multipl skleroz tanı ve tedavi kılavuzu*. (s. 1-2). İstanbul: Galenos Yayınevi.
- Ünsal Barlas G. (2012). "Psikoeğitimsel uygulamalar". *II. Uluslararası VI. Ulusal Herkes için Ruh Sağlığı Psikiyatri Hemşireliği Kongresi*. Erzurum. 55.
- Üzüm G, Nehir Türkmen S. (2018). "Kanser hastalarında psikoeğitimin problem çözme becerisine etkisi". *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 10(1). 75-81.
- Vahedi S, Gargari R. B, Gholami S. (2016). "Mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between the attachment styles and emotional problems: A path analysis". *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 10(4).
- Wang, Y., Yi, J., He, J., Chen, G., Li, L., Yang, Y., Zhu, X. (2014). "Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer". *Psycho-Oncology*. 23(1). 93-99.
- Wilski M, Tasiemski T. (2016). "Health-related quality of life in multiple sclerosis: role of cognitive appraisals of self, illness and treatment". *Quality of life Research*. 25(7). 1761-1770.

EKLER

Ek 1. Sosyo Demografik/ Eğitim ve Sağlık Özelliklerini İçeren Soru Formu

Açıklama:

Akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı bir psikoeğitim programının multiple skleroz tanısı almış bireylerin bilişsel duygu düzenleme düzeylerine etkisini incelemek amacıyla bu çalışma yapılmaktadır. Araştırmaya katılan bireylere 8 hafta boyunca haftada bir kez, 90 dakikadan oluşan bir psikoeğitim programı uygulanacaktır. Psikoeğitim öncesi ve sonrasında veriler toplanacaktır. Verilerin toplanmasında birebir araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ve ölçekler uygulanacaktır. Görüşme 15-30 dk gibi bir zaman diliminde gerçekleşecektir. Anketlerde ve ölçeklerde adınızı ve soyadınızı içeren bilgiler bulunmamaktadır. Çalışmada adınız-soyadınız hiçbir yerde geçmeyecektir.

Öğr. Gör. Emel ŞAHİN
Telefon: 0 538 614 07 37

Ordu Üniversitesi
İkizce MYO
Sağlık Bakım Hizmetleri Bölüm Başkanlığı
İkizce/ORDU

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz
2. () Kadın 2. () Erkek
3. Yaşınız:.....
4. Medeni durumunuz nedir?
 1. () Evli 2. () Bekar
5. Öğrenim durumunuz nedir?
 1. (Okuryazar)
 2. () İlkokul mezunu
 3. () Ortaokul mezunu (8 yıl)
 4. () Lise mezunu
 5. () Ön lisans mezunu
 6. () Üniversite/yüksekokul mezun
6. Çalışma durumunuz nedir?
7. 1. () Çalışıyorum 2. () Çalışmıyorum
8. MS tipi:

Ek 2. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

Hemen hepimizin yaşamında hoş olmayan kötü şeyler olabilmekte ve bu olaylara verdiğimiz tepkiler de birbirinden farklı olabilmektedir. Aşağıdaki cümlelerde başınıza gelmiş olan olumsuz ya da nahoş olaylar karşısında genellikle ne düşündüğünüz sorulmaktadır. Her bir cümleyi okuduktan sonra sizin durumunuza en uygun seçeneği işaretleyerek yanıt vermeniz istenmektedir.

BAŞIMA KÖTÜ BİR OLAY GELDİĞİNDE		Hiç	Nadiren	Ara sıra	Sıklıkla	Her zaman
	1) Bunun suçlusu benim diye düşünürüm	()	()	()	()	()
	2) Artık bu olayın olup bittiğini kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm	()	()	()	()	()
	3) Bu yaşadığımla ilgili ne hissettiğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
	4) Yaşadıklarımın daha hoş olan şeyleri düşünürüm.	()	()	()	()	()
	5) Yapabileceğim en iyi şeyi düşünürüm.	()	()	()	()	()
	6) Bu olaydan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
	7) Her şey çok daha kötü olabilirdi diye düşünürüm.	()	()	()	()	()
	8) Yaşadığım olayın başkalarının başına gelenlerden daha kötü olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
	9) Bu olayda başkalarının suçu olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
	10) Bu olayın tek sorumlusunun ben olduğumu düşünürüm.	()	()	()	()	()
	11) Durumu kabullenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	()	()	()	()	()
	12) Zihnim yaşadığım olay hakkında ne düşündüğüm ve hissettiğimle sürekli meşgul olur.	()	()	()	()	()
	13) Olayla hiç ilgisi olmayan hoş şeyler düşünürüm.	()	()	()	()	()
	14) Bu durumla en iyi nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
	15) Başımın geçenlerin bir sonucu olarak daha güçlü bir insan haline gelebileceğimi düşünürüm	()	()	()	()	()
	16) Diğer insanların çok daha kötü tecrübeler geçirdiklerini düşünürüm.	()	()	()	()	()
	17) Başıma gelen olayın ne kadar korkunç olduğunu düşünüp dururum.	()	()	()	()	()
	18) Başımın geçen olaydan başkalarının sorumlu olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
	19) Bu olayda yaptığım hataları	()	()	()	()	()

	düşünürüm.					
		Hiç	Nadiren	Ara sıra	Sıklıkla	Her zaman
BAŞIMA KÖTÜ BİR OLAY GELDİĞİNDE	20) Bu olayla ilgili hiçbir şeyi değiştiremeyeceğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
	21) Bu olayla ilgili neden böyle hissettiğimi anlamak isterim.	()	()	()	()	()
	22) Başımdan geçen olay yerine hoş bir şeyler düşünürüm.	()	()	()	()	()
	23) Bu durumu nasıl değiştireceğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
	24) Bu durumun olumlu yanlarının da olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
	25) Diğer şeylerle karşılaştırıldığında bunun o kadar da kötü olmadığını düşünürüm	()	()	()	()	()
	26) Yaşadığım bu şeyin bir insanın başına gelebilecek en kötü şey olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
	27) Bu olayda diğerlerinin yaptığı hataları düşünürüm	()	()	()	()	()
	28) Esas sebebin kendimle ilgili olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
	29) Bununla yaşamayı öğrenmem gerektiğini düşünürüm.	()	()	()	()	()
	30) Bu durumun bende uyandırdığı duygularla boğuşurum.	()	()	()	()	()
	31) Hoş olayları düşünürüm.	()	()	()	()	()
	32) Yapabileceğim en iyi şeyle ilgili bir plan düşünürüm.	()	()	()	()	()
	33) Bu durumun olumlu yanlarını ararım.	()	()	()	()	()
	34) Kendime hayatta daha kötü şeylerin de olduğunu söylerim.	()	()	()	()	()
	35) Sürekli bu durumun ne kadar korkunç olduğunu düşünürüm	()	()	()	()	()
	36) Esas sebebin başkalarıyla ilgili olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()

Ek 3. Psikoeğitim Programının Genel Amaçları

1. İstekler ile ihtiyaçlar arasındaki farkı ayırt edebilme.
2. Başkalarının ısrar ve baskılarına rağmen doğru davranışlar sergilemenin önemini fark edebilme.
3. Davranışlarının olası sonuçlarını, kendisi ve başkaları üzerindeki etkileri açısından değerlendirebilme.
4. Yaşanan bir olaya ya da probleme ilişkin kişisel kontrolünde olan ve olmayan durumları ayırt edebilme.
5. Başkalarından onay ve kabul görmek için herhangi bir şey yapmanın avantaj ve dezavantajlarını değerlendirebilme.
6. Talepler ile tercihler arasındaki farkı ayırt ederek, talepkar davranışların olası olumsuz sonuçlarını öngörebilme.
7. ABC modeline göre sağlıklı (akılcı) olan ve olmayan (mantık dışı) düşüncelerin duygular ve davranışlar üzerindeki etkisini kavrayabilme.
8. Mantık dışı düşüncelerin özelliklerini kavrama ve mantık dışı düşüncelere karşı akılcı ve gerçekçi kanıtlar geliştirebilme.
9. Kendi mantık dışı düşüncelerini fark ederek bu düşüncelerine karşı akılcı düşünceler geliştirebilme.
10. Sağlıksız duygularını fark ederek onların yerine sağlıklı duygular hissedilme.

Ek 4. Akılcı Duygusal Davranışçı Terapiye Dayalı Psikoeğitim Oturumları

1. Oturum: Grubu Oluşturmak ve Bilişsel Duygu Düzenleme Hakkında Bilgi Vermek	Oturum Amacı: Bu oturumun amacı grup üyelerinin grup süreci, grup kuralları, bilişsel duygu düzenleme hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamak ve grup üyelerinin birbirlerini tanımalarına yardımcı olmaktır.
Hedefler: <ul style="list-style-type: none">✓ Grup üyeleri birbirlerini tanır.✓ Grup üyeleri grup kurallarını öğrenir.✓ Grup üyeleri akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim programı hakkında bilgi sahibi olur.✓ Grup üyeleri psikoeğitim sürecinde gerçekleştirmek istedikleri amaçlarını belirler.✓ Bilişsel duygu düzenleme hakkında bilgi sahibi olur.	Materyaller: <ul style="list-style-type: none">✓ Grup kuralları formu✓ Psikoeğitim grup yaşantısı programının özellikleri formu✓ Kişisel amaç belirleme formu✓ Psikoeğitim programına katılım sözleşmesi✓ Oturum değerlendirme formu✓ Power Point sunum✓ Kalem, not kağıtları, dosya
Süre: 180 dk	Kullanılan Teknikler: <ul style="list-style-type: none">✓ Anlatım✓ Soru-cevap✓ Tartışma
Süreç: 1. Oturuma başlangıç: <ul style="list-style-type: none">✓ Grup üyelerinin liderle ve birbirleriyle tanışması için grup lideri kendisini tanıttikten sonra, grup üyelerinin birbirlerini tanımaları ve gruba ısınmalarını sağlamak amacıyla “tanımadığım kişiyle beş dakika konuşma” isimli tanışma egzersizi	

uygulanmıştır. Liderin açıklaması şöyledir:

✓ ‘Merhaba değerli grup üyeleri hoş geldiniz. Ben öğretim görevlisi Emel ŞAHİN. Ordu Üniversitesi İkizce Meslek Yüksekokulunda görev yapmaktayım. Sizlerle hazırlamış olduğum bu program çerçevesinde beraber olacağız. “Şu andan itibaren akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı bir psikoeğitim programına çalışmasına katılmış bulunuyorsunuz. Bu programa ilişkin grup toplantılarımız haftada bir defa olmak üzere 8 oturum şeklinde gerçekleştirilecektir. Her bir oturum yaklaşık olarak 90 dakika sürecektir. Bu psikoeğitim programının amacı, MS tanısı almış bireylerin bilişsel duygu düzenleme becerilerini geliştirmeye yönelik olarak psikoeğitim programının geliştirilmesi ve bu programın etkililiğinin incelenmesidir. Birbirimizle tanışmakla başlayalım. Şimdi sizlerden ikişerli olarak eşleşmenizi ve beş ya da yedi dakika boyunca bir köşeye çekilerek birbirinizi tanımaya çalışmanızı istiyorum. Birbirinizi tanımaya çalışırken her soruya cevap vermek zorunluluğunuz yoktur. Sürenin bitiminde eşinizin rolüne girerek sanki oymuş gibi gruba eşinizi tanıtacaksınız.’

✓ Lider eşlerin birbirlerini tanımalarından sonra, rol iadesi için, üyelerden “sen (arkadaşının ismi)...’sın. Ben (kendi ismi)...’yım demelerini istemiştir. Ardından lider grup paylaşımını başlatmak için şu soruları yöneltmiştir:

✓ Eşinizi tanıtmak nasıl bir deneyimdi? Neler hissettiniz?

Katılımcılardan biri eşini tanıtırken onunla ilgili eksik ya da yanlış bilgi vermekten kaygı duyduğunu belirtmiştir.

✓ Birisinin sizi tanıtmayı nasıl bir deneyimdi? Neler hissettiniz?

Katılımcılardan biri kendini bir başkasının tanıtmamasının değişik bir durum olduğunu, daha önce böyle bir deneyiminin olmadığını ifade etmiştir.

2. İşlem: Gündemin ve psikoeğitim programının temel mantığının açıklanması.

2.1. Üyelere akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı oluşturulan psikoeğitimin amacını, psikoeğitim gruplarının temel niteliklerini açıklayarak programın değerlendirilmesinde ölçekler uygulanacağı belirtilmiştir ve psikoeğitime katılım sözleşmesi her bir üyeye imzalatılmıştır.

2.2. Üyelere grup uygulamalarındaki her bir oturumun ana başlıkları ve amaçları verilmiştir.

2.3. Üyelere grup kuralları bildirilmiştir ve ilave etmek istedikleri kural olup olmadıklarına ilişkin üyelere geribildirim alınmıştır.

2.4. Bilişsel duygu düzenleme hakkında bilgi verilmiştir.

2.5. Üyelerin kişisel amaçları üzerinde durulmuştur.

Katılımcılardan biri sadece duygularıyla hareket ettiğini bundan dolayı mutsuz olduğunu ve bu durumunu değiştirmek istediğini ifade etmiştir.

3. Oturumun Sonlandırılması:

Üyelerin katılımıyla oturumun özetlemesi yapılmıştır. Oturum değerlendirme formları dağıtılıp formda sorulan, “oturumda en çok neyin etkilediği”, “düşünce”, “duygu”, ve “davranışlarına” yönelik neleri fark ettikleri ve “oturumda beğendikleri ve beğenmedikleri durumlara” ilişkin soruların her grup üyesince cevaplandırması istenmiştir.

Katılımcılar yaşadıkları bazı deneyimleri grupla paylaşmaktan memnun olduklarını ifade etmiştir. Katılımcılardan biri oturum sonunda kendini dahat hissettiğini ifade etmiştir. Katılımcılar ortamın aile ortamı gibi olduğunu, diğer insanlarla paylaşamadıkları konuları bu oturumda paylaştıkları için kendilerini rahatlamış hissettiklerini ifade etmiştir.

Gelecek oturum için üyelerin uygun olduğu gün ve saat belirlenmiştir. Üyelerle birlikte temel nefes egzersizleri yapılarak üyelere doğru nefes alma tekniği öğretilmiştir.

2. Oturum: Duygular	Oturum Amacı: Bu oturumun amacı grup üyelerinin duygu kavramı hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamaktır.
Hedefler: <ul style="list-style-type: none">✓ Grup üyeleri duygu kavramı hakkında bilgi sahibi olur.✓ Grup üyeleri duyguların ortak özellikleri hakkında bilgi sahibi olur.	Materyaller: <ul style="list-style-type: none">✓ Sağlıklı, sağlıksız olumsuz duygular formu✓ Duygusal seçimler kağıdı✓ Power Point sunumlar

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grup üyeleri olumlu ve olumsuz duyguları öğrenir. ✓ Grup üyeleri sağlıklı ve sağlıksız duygular hakkında bilgi sahibi olur. ✓ Grup üyeleri yaşamlarında duyguların önemli bir yeri olduğunun bilincindedir. ✓ Grup üyeleri kendilerindeki olumlu ve olumsuz duyguların farkına varır. ✓ Grup üyeleri kendilerindeki sağlıklı ve sağlıksız duyguların farkına varır. ✓ Grup üyeleri davranışlarının ortaya çıkmasında duygularının katkısı olduğunu benimser. 	
<p>Süre: 150 dk</p>	<p style="text-align: center;">Kullanılan Teknikler:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anlatım ✓ Derin solunum egzersizi ✓ Aşamalı kas gevşetme ✓ Metafor kullanımı ✓ Hayal kurma ✓ Soru-cevap ✓ Tartışma
<p style="text-align: center;">Süreç:</p> <p>1. Oturuma başlangıç:</p> <p style="text-align: center;">Bir önceki oturum özetlenerek, oturumun gündemi açıklanmıştır. Liderin</p>	

açıklaması şöyledir: ‘*Merhaba arkadaşlar hoş geldiniz. Geçtiğimiz oturumda bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden bahsetmiştik. Geçen oturumdan bu yana grupta öğrendiklerinizle ilgili karşılaştığınız durumlar ve kendi davranışlarınız hakkında gruba getirmek istediğiniz yaşantılarınız nelerdir*’?’

Katılımcılardan biri ruminasyon stratejisini çok kullandığını fark ettiğini ve son bir haftada bu stratejiyi kullanmayı azalttığını ifade etmiştir. Aynı zamanda felaketleştirme stratejisini de kullanmayı azalttığını ifade etmiştir. Ayrıca psikoeğitimden önce kimseye hayır diyemediğini ancak son bir haftada hayır diyebildiğini ifade etmiştir. Diğer bir katılımcı ise zihinsel geniş getirme dolayısıyla uyumakta güçlük çektiğini ancak son bir haftada kolay uykuya geçişinin olduğunu ifade etmiştir. Başka bir katılımcı ise artık ne kendini ne de başkalarını suçlamadığını ve zihinsel geniş getirme stratejisini kullanmayı bıraktığını ifade etmiştir.

Lider oturum gündemini açıklamak üzere şu ifadeleri kullanmıştır: ‘*Bugünkü oturum konumuz duygular. Duyguların bizler için ne anlam ifade ettiğinden, duyguların hayatımızdaki işlevlerinden, ifade edilen ya da ifade edilmeyen duyguların yaşantımızı nasıl etkilediğinden bahsedeceğiz.*’

2. İşlem: Duygular hakkında bilgi vermek

2.1. Duygularla ilgili konuşmadan önce grup lideri grup üyelerine gözlerini kapamalarını söyleyerek derin solunum egzersizini ardından progresif kas gevşetme egzersizini uygulatır. Daha sonra grup lideri üyelere çocukluklarında oyun oynadıkları bir zamanı hayal etmelerini, o anı dışarıdan biri gibi gözlem yapmalarını ve daha sonra şu ana geri dönmelerini ve hazır olduklarında gözlerini açmalarını ister. Lider üyelere bu deneyimleriyle ilgili geri bildirim almak için şu soruyu yöneltir: ‘‘*Çocukluğunuzda oyun oynadığınız anı düşündüğünüzde kendinizi nasıl hissettiniz*’’? *Katılımcılardan biri kendini çok mutlu hissettiğini, biraz daha o anda kalabilmeyi istediğini ifade etmiştir.*

2.2. Lider grup üyelerine duygular, duyguların ortak özellikleri, olumlu/olumsuz, sağlıklı/sağlıksız duygular hakkında bilgi verir.

2.3. Lider temel duyguların olduğu formu üyelere dağıtır ve üyelere yazılı olan duygulardan birini seçerek, bu duyguları yaşadıklarında ne hissettiklerini ve nasıl davrandıklarını ellerindeki formlara yazmalarını ister.

Lider üyelere: ‘*Duygularınızı yazarken kendinizi nasıl hissettiniz?*’ şeklinde bir soru

sormuştur ve üyelerin yanıtlarını almıştır. *Katılımcılardan biri en kötü olayda bile sabırlı olduğunu, bu duyguyu yazarken de pozitif hissettiğini ifade etmiştir. Başka bir katılımcı öfke duygusunu yazdığını, öfkelendiğinde bir şeyleri kırarak, dökerek rahatladığını, birilerinin kalbini de kırdığını ifade etmiştir.*

2.4. Lider akıl dışı olumsuz duygular olan öfke, kin, depresyon, aşağılık, değerersizlik; akılcı olumsuz duygular olan hayal kırıklığı, gerginlik, üzüntü, şaşkınlık, mutsuzluk ve akılcı olumlu duygular olan neşe, coşku, sakinlik, merak, memnuniyet ve heyecan gibi duyguları üç ayrı liste şeklinde tahtaya yazar ve üyelerden listedeki duygulardan olumlu olanların karşısına +, olumsuz olanların karşısına ise – işareti koymalarını ister. *Lider üyelere niçin böyle bir ayırım yapmış olabileceklerini sorar.*

Katılımcılardan biri ilk iki grubun olumsuz duygular, üçüncü grubun ise olumlu duygular olduğunu belirtmiştir.

Lider bunun üzerine ilk iki grubun da olumsuz duygular olduğunu ancak bu duyguları neden farklı kategoriye koyduğunu sormuştur.

Katılımcılardan biri birinci gruptaki duyguların olumsuz sağlıksız duygular olduğunu ifade etmiştir.

Lider üyelere daha önceden hazırlanan, sağlıklı ve sağlıksız olumsuz duygular tablolarını üyelere dağıtmıştır ve tabloları incelemelerini rica etmiştir.

2.5. *Lider üyelere daha önce sağlıksız olumsuz duygular yaşayıp, yaşamadıklarını sormuştur. Lider üyelere yaşadıkları olayları ve duyguları grupla paylaşmalarını istemiştir ve üyelere bu sağlıksız olumsuz duygular yerine listede yer alan alternatifleri olan sağlıklı olumsuz duyguların neler olabileceğini sorar.*

Katılımcılardan biri kendini bir dönemde çok depresif hissettiğini ve sonrasında psikiyatri kliniğinde yirmi dört saat geçirdiğini ifade etmiştir. O zaman diliminde yanında hiç kimsenin olmadığını, hayatıyla ilgili çok önemli kararlar aldığını ifade etmiştir. O dönemde üzüntü duygusunu yaşasaydı bu duygunun sağlıklı olacağını ifade etmiştir.

Tüm üyeler yaşadıkları olumsuz ve sağlıksız duyguların yerine koyabilecekleri olumsuz ve sağlıklı duyguları seçmiştir. Lider üyelere duygulara ilişkin edindikleri bu farkındalıkları günlük yaşamlarında da kullanmalarını istemiştir. *Katılımcılardan biri liseyi bitirene kadar kendini sıkılgan hissettiğini, kimseye kendini açamadığını, her şeyi içine attığını belirtmiştir. Bunun yerine o zamanlarda atılgan olabileceğini ifade*

etmiştir. Diğer bir katılımcı ise daha önce mantıksız kızgınlık yaşadığını şimdi o durumunu düşündüğünde o duygunun hiç de sağlıklı olmadığını ifade etmiştir.

2.6. Üyelere duygusal seçimler çalışma kâğıdı dağıtılır ve lider üyelerle birlikte bu çalışma kâğıdından yer alan duyguları inceler. Lider üyelere hangi duyguların seçilmesi gerektiğini sorarak üyelerin yanıtlarını almıştır.

3. Oturumun Sonlandırılması:

Üyelerin katılımıyla oturumun özetlemesi yapılmıştır. Oturum değerlendirme formları dağıtılıp formda sorulan, “Oturumda en çok neyin etkilediği”, “düşünce”, “duygu”, ve “davranışlarına” yönelik neleri fark ettikleri ve “oturumda beğendikleri ve beğenmedikleri durumlara” ilişkin soruların her grup üyesince cevaplandırması istenmiştir. Gelecek oturum için üyelerin uygun olduğu gün ve saat belirlenmiştir.

Lider üyelere hafta boyunca duygularına odaklanmalarını, yaşadıkları olumsuz sağlıklı duyguları kaydederek bunların yerine koyabilecekleri alternatif olumsuz sağlıklı duyguları kaydetmelerini ister. Ayrıca lider, üyelere öfkeli, üzgün, korkmuş veya mutlu oldukları durumlarda ne tür düşüncelere sahip olduklarını, bu durumlara neden olan birer deneyimlerini ve o andaki duygu, düşünce ve tepkilerini kaydetmelerini istemiştir.

3. Oturum: Duyguları Tanımak, İfade Etmek ve Duygularla İletişim Kurmak	Oturum Amacı: Bu oturumun amacı grup üyelerinin duygularını tanımlayabilmeleri ve o duygularını sağlıklı şekilde ifade etmelerini sağlamaktır.
Hedefler: <ul style="list-style-type: none">✓ Grup üyeleri duygularını fark edebilir.✓ Grup üyeleri duygularını kesin bir şekilde ayırt edebilir.✓ Grup üyeleri bastırılmış duygulardan kaynaklanan belirtileri	Materyaller: <ul style="list-style-type: none">✓ Duygu isimleri kağıtları✓ Power Point sunumu✓ Örnek olay formu

<p>(kaygı, depresyon, psikosomatik semptomlar, kas gerginliği) tanımlayabilir.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Grup üyeleri duygularını sağlıklı ifade etmeyi bilir. ✓ Grup üyeleri duyguları tetikleyen ya da onların oluşumunda katkısı olan insanlarla iletişim kurmayı bilir. 	
<p>Süre: 150 dk</p>	<p style="text-align: center;">Kullanılan Teknikler:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anlatım ✓ Soru-cevap ✓ Duygunu anlat etkinliği ✓ Tartışma ✓ Problem çözümü ✓ Rol oynama ✓ Etkinlik ödevi
<p>Süreç:</p> <p>1. Oturuma başlangıç:</p> <p>Bir önceki oturum özetlenerek, oturumun gündemi açıklanmıştır. Liderin açıklaması şöyledir: <i>‘Merhaba arkadaşlar hoş geldiniz. Geçtiğimiz oturumda duyguların öneminden, işlevlerinden bahsetmiştik. Duygu kontrolünün öneminden bahsetmiştik. Geçen oturumdan bu yana grupta öğrendiklerinizle ilgili karşılaştığınız durumlar ve kendi davranışlarınız hakkında gruba getirmek istediğiniz yaşantılarınız nelerdir?’</i></p> <p>Lider, üyelerle geçen haftaki ev ödevlerini tartışmıştır. Katılımcılardan biri geçtiğimiz hafta kendine kızdığını, daha sonra olumlu düşünceye geçip rahatladığını ifade etmiştir.</p>	

Lider gündemi açıklamak için şu ifadeleri kullanır: *‘Bugünkü oturum konumuz duyguların fark edilmesi, kesin bir şekilde ayırt edilmesi, ifade edilmeyen duyguların belirtileri ve duygularımızı sağlıklı ifade etmedir.’*

2. İşlem: Duygular fark edilmesi, tanımlanması ve ifade edilmesi hakkında eğitim vermek

2.1. Eğitime başlamadan önce grup lideri grup üyelerine duygunu anlat etkinliğini uygulamak için şu ifadeleri kullanmıştır: *‘Elimde gördüğünüz torbada üzerinde duygular yazan kağıtlar var. Herkes bir kart çekecek ve karttaki duyguyu hareketlerle ve yüz ifadeleriyle anlatacak. Diğer katılımcılar da bu duygunun ne olduğunu tahmin etmeye çalışacaklar’.*

‘‘Şimdi kim başlamak ister’’? (Her bir katılımcı kartta yazan duyguyu ifade ettikten sonra lider katılımcıyı tebrik etmiştir).

Katılımcılardan biri harap olmuş duygusunu sözsüz olarak ifade etmiştir.

Lider: Arkadaşınızın bu duyguyu anlattığını nasıl anladınız? Yüz ifadesi, beden duruşu, el - kol hareketleri nasıldı?

Katılımcılar bunu beden dilinden anladıklarını ifade etmiştir.

Lider: Bu duyguyu siz nasıl yaşarsınız?

Katılımcılardan biri: ‘Mutsuz olarak yaşarım.’

Lider: ‘Ne olduğunda bu duyguyu yaşarsınız?’

Katılımcılardan biri 44 yıl önce annesini kaybettiğini ve hala kendini harap olmuş hissettiğini ifade etmiştir.

Lider: Nasıl ifade edersiniz? Yüz ifadeniz, beden duruşunuz, el-kol hareketleriniz nasıl olur?’

Katılımcı: ‘Ağlayarak ifade ederim.’ demiştir.

2.2. Lider grup üyelerine bastırılmış duygulardan kaynaklanan belirtileri tanımlama, bedene dönme, duyguları kesin bir şekilde ayırt edebilme, duyguları ifade etme, duyguları tetikleyen ya da onların oluşumunda katkısı olan insanlarla iletişim kurma hakkında bilgi vermiştir.

2.3.Lider üyelere örnek olayı dağıtmıştır ve grup üyelerine yüksek sesle okumuştur. Örnek olay şu şekildedir:

‘Ailenizle kahvaltı yapıyorsunuz. Kızınız, kahve fincanına çarpıyor ve bir fincan kahve gömleğinizin üzerine dökülüyor. Biraz önce olan olay üzerinde hiçbir kontrolünüz yok, sonradan olacaklar ise sizin davranışınıza göre belirlenecek. Lanet ediyorsunuz.

Kahveyi üzerinize döktüğü için kaba bir şekilde kızınızı azarlıyorsunuz. Kızınız üzülüyor ve ağlamaya başlıyor. Kızınızı azarladıktan sonra eşinize dönüyor ve kahve fincanını masanın kenarına çok yakın koyduğu için eleştiriyorsunuz. Bunu kısa bir sözlü tartışma takip ediyor. Öfkeyle üst kata çıkıyor ve gömleğinizi değiştiriyorsunuz. Aşağıya indiğinizde kızınızı, ağlamaktan dolayı kahvaltısını bitirememiş ve okul için hazırlanamamış bir halde buluyorsunuz. Kızınız otobüsü kaçırıyor. Eşinizin işe gitmek için hemen çıkması gerekiyor. Hemen aceleyle arabanıza koşuyorsunuz ve kızınızı okula bırakmak üzere hareket ediyorsunuz. Geç kaldığınız için, saatte 90 km hız sınırlaması olmasına rağmen saatte 120 km hızla gidiyorsunuz. 15 dakikalık gecikmeden ve hız limitini aştığınız için ödediğiniz 60 milyonluk trafik cezasından sonra okula ulaşıyorsunuz. Kızınız, size; “Hoşçakal!” demeden binaya koşuyor. Ofise 20 dakika gecikmeyle geliyorsunuz ve evrak çantasını evde unuttuğunuzu anlıyorsunuz. Gününüz korkunç bir şekilde başladı! Devam ettikçe kötüleşiyor, daha da kötüleşiyor sanıyorsunuz. Eve gitmeyi dört gözle bekliyorsunuz. Eve ulaştığınızda eşiniz ve kızınızla olan ilişkilerinizde araya sıkıştığınızı sanıyorsunuz.’

Lider o olayla ilgili katılımcılara şu soruyu yöneltmiştir: “*Bu olayda kötü bir gün geçirmenizin sebebi nedir*”?

Daha sonra örnek olay tartışıldıktan sonra lider şu açıklamayı yapmıştır:

“Olabilecek ve olması gereken ise şöyleydi: Üzerinize kahve döküldü. Kızınız ağlamak üzere. Siz nazikçe; “Tamam tatlım, bir dahaki sefere biraz daha dikkatli olman gerek” diyorsunuz. Havluyu kaptığınız gibi üst kata çıkıyorsunuz. Gömleğinizi değiştirip, evrak çantasını aldıktan sonra, aşağıya iniyorsunuz ve aynı anda pencereden kızınızın otobüse bindiğini görüyorsunuz. Kızınız geri dönüp el sallıyor. Siz ve eşiniz işe gitmek için birlikte çıkmadan önce öpüşüyorsunuz. 5 dakika önce işe geliyorsunuz ve çalışma arkadaşlarınıza neşeli bir şekilde selam veriyorsunuz. Patronunuz ne kadar güzel bir günde olduğunuz hakkında konuşuyor. Farka bakın! İki farklı senaryo. İkisi de aynı başladı. İkisi de farklı bitti. Neden? Nasıl tepki verdiğinizize bağlı olarak. Gerçekten olanların %10’unda hiç bir kontrolünüz yok. Diğer %90’ı ise sizin tepkinizle belirlenir”.

3. Oturumun Sonlandırılması:

Üyelerin katılımıyla oturumun özetlemesi yapılmıştır.

Oturum değerlendirme formları dağıtılıp formda sorulan, “Oturumda en çok neyin

etkilediği”, “düşünce”, “duygu”, ve “davranışlarına” yönelik neleri fark ettikleri ve “oturumda beğendikleri ve beğenmedikleri durumlara” ilişkin soruların her grup üyesince cevaplandırması istenmiştir. Lider grup üyelerinin bu oturumdaki yaşantılarının ve öğrendiklerinin günlük yaşamlarındaki karşılığını değerlendirebilmelerine yardımcı olmak amacıyla şu ifadeleri kullanmıştır: “*Bu oturumdan sonra duyguları tanımlama, fark edebilme, ifade edebilme konularında neleri farklı yapabilirsiniz*”?

Katılımcılardan biri karşısındaki bireyin de düşüncelerini, duygularını göz önünde bulundurarak iletişim kuracağını, başka bir katılımcı ise ben diliyle iletişimin ne kadar önemli olduğunu farkettiğini ifade etmiştir.

Gelecek oturum için üyelerin uygun olduğu gün ve saat belirlenmiştir.

Lider gelecek haftanın ev ödeviyle ilgili şu ifadeleri kullanmıştır:

“Önümüzdeki hafta boyunca bastırılmış duygulardan kaynaklanan belirtilerimize odaklanmanızı ve bunları kaydetmenizi istiyorum. Duyguladığınızda duygularınızın kesin isimlerini kaydetmenizi istiyorum. Duygularınızı sağlıklı ifade ettiğiniz bir yaşantınızı kaydetmenizi istiyorum”.

4. Oturum: Albert Ellis’in ABCDEFG Modeli	Oturum Amacı: Bu oturumun amacı grup üyelerinin Albert Ellis’in ABCDEFG modeli hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamaktır.
Hedefler: ✓ Grup üyeleri Albert Ellis’in ABCDEFG modelini öğrenir. ✓ Grup üyeleri Albert Ellis’in ABCDEFG modelini benimser. ✓ Grup üyeleri olayların sonuçlarının sorumluluğunun kendilerinde olduğunun farkına varır. ✓ Grup üyeleri olaylara, durumlara ilişkin	Materyaller: Power Point sunum

<p>inançlarının önemli olduğunu bilir.</p> <p>✓ Grup üyeleri olaylara, durumlara ilişkin inançlarının önemli olduğunun farkına varır.</p>	
<p>Süre: 180 dk</p>	<p>Kullanılan Teknikler:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tartışma ✓ Anlatım ✓ Soru-cevap ✓ ABC modelini öğretme ✓ İrrasyonel inançları tartışma ✓ Dili değiştirme ✓ İrrasyonel inancı çürütme ✓ Alternatif rasyonel inanışları yapılandırma ✓ Akılcı duygusal imgelem ✓ Yarar-zarar analizi ✓ Problem çözme ✓ Metafor kullanma ✓ Doğrudan farklı düşünce getirme ✓ Etkinlik ödevi
<p>Süreç:</p> <p>1. Oturuma başlangıç:</p> <p>Bir önceki oturum özetlenerek, oturumun gündemi açıklanmıştır. Liderin açıklaması şöyledir: “<i>Merhaba arkadaşlar hoş geldiniz. Geçtiğimiz oturumda duyguların fark edilmesi, kesin bir şekilde ayırt edilmesi, ifade edilmeyen duyguların belirtileri ve</i></p>	

duygularımızı sağlıklı ifade etme konularından bahsetmiştik. Geçen oturumdan bu yana grupta öğrendiklerinizle ilgili karşılaştığımız durumlar ve kendi davranışlarınız hakkında gruba getirmek istediğiniz yaşantılarınız nelerdir’’?

Katılımcılardan bazıları duygularıyla düşüncelerini artık ayırt ettiğini fark ettiğini ve daha önceki yaşantısında hep duygularıyla hareket ettiğini, bundan dolayı zarar gördüğünü ifade etmiştir. Bundan sonra ise mantıklı düşünmeye başladıklarını ifade etmiştir. Katılımcılar duygularını bastırmayıp, onları ifade etmeye başladıklarını belirtmiştir.

Lider, üyelerle geçen haftaki ev ödevlerini tartışmıştır. Katılımcılardan biri daha önceleri gitmek istemediği ortamlara, aile üyelerinin ısrarı ile gittiğini ancak geçtiğimiz hafta aile üyelerine mutlu olmayacağı ortamlarda bulunmak istemediğini, onların istediği yere gideceğini ancak kendini mutsuz hissedeceğini ifade etmiştir. Bunun üzerine aile üyelerinin bu konuda ısrar etmediğini ve fikrine saygı duyduğunu belirtmiştir.

Lider oturum gündemini belirtmek için şu ifadeleri kullanmıştır: “Bugünkü oturum konumuz Albert Ellis’in ABCDEFG modelidir”.

2. İşlem: Albert Ellis’in ABCDEFG modeli hakkında eğitim vermek

2.1. Lider grup üyelerine Albert Ellis’in ABCDEFG modeli hakkında bilgi vermiştir.

2.2. Lider grup üyelerinden ilgili yaşantılarını (her şeye yetişebilme, hayır diyememe, kendini açık bir şekilde ifade edememe, öfkelenme) ABC modeline göre yeniden ifade etmelerini ve olaylara yüklenen inançlar değiştirildiğinde hangi duyguları yaşamış olabileceklerini hayal etmelerini istemiştir.

Katılımcılardan biri hayır diyemediği bir anı hayal ettiğinde o olaya ilişkin düşüncesinin karşısındaki bireyin onu iyi bir insan olarak görmesinin olduğunu ifade etmiştir. Hayır diyemediği zaman kendini kullanılmış hissettiğini, kızgın ve rahatsız hissettiğini belirtmiştir. O olaya ilişkin sessiz kaldığını ifade etmiştir.

2.3. Grup lideri katılımcıya yaşadığı duygu durumlarına ilişkin şu soruları cevaplandırmalarını istemiştir:

Lider: *“Birine hayır diyemediğiniz zaman kendinizin iyi bir insan olarak değerlendirilmeyeceğinizden bahsettiniz. Değerlendirme biçiminiz gerçekçi mi”?*

Katılımcı değerlendirme biçiminin gerçekçi olmadığını ifade etmiştir.

Lider: *“Değerlendirme biçiminiz bir kanıta dayanıyor mu”?*

Katılımcı hiçbir kanıtının olmadığını ifade etmiştir.

Lider: “Değerlendirme biçiminiz olumlu bir işleve sahip mi”?

Katılımcı hayır diye cevap vermiştir, aksine bu durumdan dolayı kendine zarar verdiğini ifade etmiştir.

Lider: ‘Bir kasede meyveler var ve içlerinden sadece bir tane meyve çürük. Bu durum kasedeki tüm meyvelerin çürük olduğu anlamına gelir mi?’

Katılımcı hayır, gelmez diye ifade etmiştir.

Lider: “Siz istemediğiniz bir konuya hayır dediğinizde, bu sizin tamamen iyi bir insan olmadığınız anlamına gelmez”. demiştir.

Lider: “Kendinizi gerçekçi değerlendirmeniz yaşadığınız sorunları çözenize neler katabilir”?

Katılımcı mantıklı düşünerek, kendini boş yere rahatsız etmeyeceğini ifade etmiştir.

2.4. Lider akılcı duygusal imgelem tekniği ile katılımcıların yaşadıkları olumsuz-sağlıksız duyguların yerine farklı duyguları (utanç yerine pişmanlık, sıkıntı (anksiyete) yerine endişe) canlandırmalarını istemiştir.

2.5. Daha sonra grup lideri esnek talepler ile katı talepler arasındaki farkı belirginleştirmek için bireylerin yaşadığı duyguların farklılığının nedenini sormuştur.

Katılımcılardan biri katı taleplere sahip olduğunda kendini baskı altında, gergin, stresli hissettiğini ancak esnek talepleri olduğunda ise kendini daha rahat hissettiğini ifade etmiştir.

3. Oturumun Sonlandırılması:

Üyelerin katılımıyla oturumun özetlemesi yapılmıştır.

Oturum değerlendirme formları dağıtılıp formda sorulan, “Oturumda en çok neyin etkilediği”, “düşünce”, “duygu”, ve “davranışlarına” yönelik neleri fark ettikleri ve “oturumda beğendikleri ve beğenmedikleri durumlara” ilişkin soruların her grup üyesince cevaplandırması istenmiştir. Lider grup üyelerinin bu oturumdaki yaşantılarının ve öğrendiklerinin günlük yaşamlarındaki karşılığını değerlendirebilmelerine yardımcı olmak amacıyla şu ifadeleri kullanmıştır:

“Bu oturumdan sonra düşüncelerinize/duygularınıza/davranışlarınıza ilişkin neleri farklı yapabilirsiniz”?

Katılımcılardan bazıları daha mantıklı düşüneceklerini, olaylara bakarken daha geniş bakış açısıyla bakacaklarını ifade etmiştir.

Gelecek oturum için üyelerin uygun olduğu gün ve saat belirlenmiştir.

Lider gelecek haftanın ev ödeviyle ilgili şu ifadeleri kullanmıştır:

'Önümüzdeki hafta boyunca vermiş olduğum formları doldurmanızı istiyorum.'

Bu oturumda ABC modelini öğretme, irrasyonel inançları tartışma, dili değiştirme, irrasyonel inancı çürütme, alternatif rasyonel inanışları yapılandırma, akılcı duygusal imgelem, yarar-zarar analizi, problem çözme, metafor kullanma, doğrudan farklı düşünce getirme teknikleri kullanılmıştır.

5. Oturum: Akılcı ve Akılcı Olmayan İnançlar	Oturum Amacı: Bu oturumun amacı grup üyelerinin akılcı olan ve akılcı olmayan inançlar hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamaktır.
Hedefler: <ul style="list-style-type: none">✓ Grup üyeleri akılcı ve akılcı olmayan inançları öğrenir.✓ Grup üyeleri akılcı olmayan inançların duygusal problemlere neden olduğunu öğrenir.✓ Grup üyeleri akılcı ve akılcı olmayan inançlarının farkına varır.✓ Grup üyeleri akılcı olan inançların işlevsel sonuçlarını öğrenir.✓ Grup üyeleri akılcı olmayan inançların işlevsel olmayan sonuçlarını öğrenir.✓ Grup üyeleri akılcı olmayan inançlarını tartışabilir.✓ Grup üyeleri olaylara, durumlara ilişkin inançlarının önemli olduğunun farkına varır.✓ Grup üyeleri akılcı olmayan inançların sağlıksız duygulara neden olacağını	Materyaller: <ul style="list-style-type: none">✓ Power Point sunum✓ Akılcı ve akılcı olmayan inançların temel özellikleri formu✓ Akılcı olmayan inançların sonuçları formu

<p>öğrenir.</p> <p>✓ Grup üyeleri akılcı olmayan inançlarının yerine akılcı inanç oluşturmanın önemini kavrar.</p> <p>✓ Grup üyeleri akılcı olmayan inançlarının yerine akılcı inanç oluşturmayı benimser.</p>	
<p>Süre: 150 dk</p>	<p>Kullanılan Teknikler:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Akılcı olmayan inançları arama ✓ Akılcı olmayan inançları tespit etme ✓ Akılcı olmayan inançları akılcı inançlardan ayırıştırma ✓ Akılcı olmayan inançları tartışma ✓ Akılcı olmayan inançlara kanıt arama ✓ Akılcı olmayan inançları çürütme ✓ Duygusal hayal etme ✓ Yarar-zarar analizi ✓ Soru-cevap ✓ Etkinlik ödevi
<p>Süreç:</p> <p>1. Oturuma başlangıç:</p> <p>Bir önceki oturum özetlenerek, oturumun gündemi açıklanmıştır. Liderin açıklaması şöyledir: “<i>Merhaba arkadaşlar hoş geldiniz. Geçtiğimiz oturumda Albert Ellis’in ABCDEFG modelinden bahsetmiştik. Geçen oturumdan bu yana grupta öğrendiklerinizle ilgili karşılaştığımız durumlar ve kendi davranışlarınız hakkında gruba getirmek istediğiniz yaşantılarınız nelerdir</i>”?</p> <p style="text-align: center;"><i>Katılımcılardan biri psikoeğitime başlamadan önce öfkelenildiğinde ağlama</i></p>	

krizlerine girdiğini ama artık ağlamadığını, hakkını aradığını ifade etmiştir. Katılımcılardan bazıları kendi düşüncelerinde, duygularında, davranışlarında olumlu yönde değişiklik olduğunu hatta bu durumunu aile üyelerini bile fark ettiğini ifade etmiştir. Lider, üyelerle geçen haftaki ev ödevlerini tartışmıştır. Katılımcılardan biri boşandığı dönemde hayatının alt üst olduğu düşüncesine sahip olduğunu ifade etmiştir. Buna bağlı olarak kendini depresif hissettiğini ve yapması gereken işleri yapamadığını belirtmiştir. Diğer bir katılımcı MS tanısını öğrendiğinde bunun bir hastalık olduğunu ve hemen kabul ettiğini, bununla ilgili olumsuz düşüncelerinin olmadığını ve yaşamına işlevsel bir şekilde devam ettiğini belirtmiştir.

Lider oturum gündemini belirtmek için şu ifadeleri kullanmıştır: “Bugünkü oturum konumuz akılcı olan ve akılcı olmayan inançlar”.

2. İşlem: Akılcı ve akılcı olmayan inançlar hakkında eğitim vermek

2.1. Lider akılcı ve akılcı olmayan inançlar hakkında bilgi vermiştir.

2.2. Lider grup üyelerine ‘Kurabiye hırsız hikâyeyi aşamalı olarak üyelere okumuştur. Üyelerden hikâyeyi dinlerken aynı zamanda zihinlerinde canlandırmalarını istemiştir.

Lider hikâyenin ilk bölümünü okumuştur:

KURABİYE HIRSIZI

Bir gece kadının biri bekliyordu havaalanında, daha epeyce zaman vardı, uçağın kalkmasına. Havaalanındaki dükkândan bir kitap ve bir paket kurabiye alıp, buldu kendisine oturacak bir yer. Kendisini kitabına öyle kaptırmıştı ki, yine de yanında oturan adamın olabildiğince cüretkâr bir şekilde aralarında duran paketten birer birer kurabiye aldığını gördü, ne kadar görmezden gelse de. Bir taraftan kitabını okuyup, bir taraftan kurabiyesini yerken, gözü saatteydi, “kurabiye hırsız” yavaş yavaş tüketirken kurabiyelerini. Kulağı saatin tik taklarında idi ama yine de engelleyemiyordu tik taklar sinirlenmesini. Düşünüyordu kendi kendine, “Kibar bir insan olmasaydım, morartırdım şu adamın gözlerini! Her kurabiyeye uzandığında, adam da uzatıyordu elini. Sonunda pakette tek bir kurabiye kalınca “Bakalım şimdi ne yapacak?” dedi kendi kendine. Adam, yüzünde asabi bir gülümsemeyle uzandı son kurabiyeye ve böldü kurabiyeyi ikiye. Yarisini kurabiyenin atarken ağzına, verdi diğer yarıyı kadına. Kadın kapar gibi aldı kurabiyeyi adamın elinden ve “Aman Tanrım, ne cüretkâr ve ne kaba bir adam, üstelik bir teşekkür bile etmiyor! Anımsamıyordu bu kadar sinirlendiğini hayatında, uçağının kalkacağı anons edilince bir iç çekti

rahatlamayla. Topladı eşyalarını ve yürüdü çıkış kapısına, dönüp bakmadı bile “Kurabiye Hırsızı” na.

Lider üyelerin hikâye ile ilgili duygu ve düşüncelerini sormuştur. Katılımcılar hikayedeki kadının öfkeli olduğunu belirtmiştir. Kadının düşüncelerinin ise hikayedeki adamın arsız, patavatsız olduğunu ifade etmiştir.

2.2. Lider hikâyeyi baştan ikinci kısmını da ele alarak okumuştur:

KURABİYE HIRSIZI

Bir gece kadının biri bekliyordu havaalanında, daha epeyce zaman vardı, uçağın kalkmasına. Havaalanındaki dükkândan bir kitap ve bir paket kurabiye alıp, buldu kendisine oturacak bir yer. Kendisini kitabına öyle kaptırmıştı ki, yine de yanında oturan adamın olabildiğince cüretkâr bir şekilde aralarında duran paketten birer birer kurabiye aldığını gördü, ne kadar görmezden gelse de. Bir taraftan kitabını okuyup, bir taraftan kurabiyesini yerken, gözü saatteydi, “kurabiye hırsızı” yavaş yavaş tüketirken kurabiyelerini. Kulağı saatin tik taklarında idi ama yine de engelleyemiyordu tik taklar sinirlenmesini. Düşünüyordu kendi kendine, “Kibar bir insan olmasaydım, morartırdım şu adamın gözlerini! Her kurabiyeye uzandığında, adam da uzatıyordu elini. Sonunda pakette tek bir kurabiye kalınca “Bakalım şimdi ne yapacak?” dedi kendi kendine. Adam, yüzünde asabi bir gülümsemeye uzandı son kurabiyeye ve böldü kurabiyeyi ikiye. Yarisini kurabiyenin atarken ağzına, verdi diğer yarıyı kadına. Kadın kapar gibi aldı kurabiyeyi adamın elinden ve “Aman Tanrım, ne cüretkâr ve ne kaba bir adam, üstelik bir teşekkür bile etmiyor! Anımsamıyordu bu kadar sinirlendiğini hayatında, uçağının kalkacağı anons edilince bir iç çekti rahatlamayla. Topladı eşyalarını ve yürüdü çıkış kapısına, dönüp bakmadı bile “kurabiye hırsızı” na. Uçağa bindi ve oturdu rahat koltuğuna, sonra uzandı, bitmek üzere olan kitabına. Çantasına elini uzatınca, gözleri açıldı şaşkınlıkla. Duruyordu gözlerinin önünde bir paket kurabiye! Çaresizlik içinde inledi, “Bunlar benim kurabiyelerimse eğer; ötekiler de onundu ve paylaştı benimle her bir kurabiyesini!” Özür dilemek için çok geç kaldığını anladı üzüntüyle, kaba ve cüretkâr olan, “Kurabiye Hırsızı” kendisiydi işte!

2.3. Lider üyelere şu soruları yöneltmiştir:

- “Olay değişmiş midir”?

Katılımcılar olayın değişmediğini ifade etmiştir.

- “Kadının düşüncelerinde nasıl bir değişim olmuştur”?

Katılımcılar cüretkar ve kaba kurabiye hırsızının asıl kendisi olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir.

- “Kadının duygularında nasıl bir değişim olmuştur” ?

Katılımcılar hikayedeki kadının öfke duygusunun utanç ve pişmanlık duyguları ile yer değiştirdiğini ifade etmiştir.

- “Kadının tepkilerinde nasıl bir değişim olmuştur”?

Katılımcılar hikayedeki kadının kendi kendine hayıflandığını ifade etmiştir.

2.4. Lider daha sonra hikâyenin birinci kısmını üyelerin verdikleri cevaplarla ABC modeline göre incelemelerini istemiştir. Aynı zamanda ABC modeline göre de hikâye analiz edilmiştir.

Katılımcılar A'nın kadının havaalanında uçağını beklerken kitabını okumasını ve kurabiye yemesini, yanında oturan adamın da aynı kurabiyelerden yediğini ifade etmiştir. B'nin ise kadının erkek hakkında kaba, cüretkar olduğunu düşünmesi, nazik bir insan olmasa o erkeğe kaba davranabileceğini düşünmesi olduğunu ifade etmiştir. C'nin ise kadının davranışlarının çok sert olduğunu ifade etmiştir.

2.6. Lider üyelere düşüncelerimizin duygu ve davranışlarımızı nasıl derinden etkilediğini bu hikâye ile daha da iyi anlamış olduklarını ifade etmiştir. Ayrıca bakış açılarımızı değiştirmemizin duygu ve davranışlarımızı da değiştireceğini belirtmiştir.

2.7. Lider üyelere akılcı olmayan inanç formlarını dağıtmıştır ve incelemelerini istemiştir. Daha sonra bu inançların niye akıl dışı olduklarını sormuştur. Ardından üyelerin kendi akıl dışı inançlarını saptamalarını istemiştir. Lider “Bu inançlar neden akıl dışı?” formunu üyelere dağıtmıştır ve incelemelerini istemiştir.

Katılımcılar kendi akıl dışı inançlarını saptamıştır. *Katılımcılardan biri akılcı olmayan inancının “insanların mutsuzluğunun dışarıdan kaynaklandığı”* olduğunu belirtmiştir. Lider katılımcıya aşağıdaki soruları sormuştur.

“Bunun için kanıtınız nedir”.

Katılımcı geniş aileye gelin olduğunu, aile üyelerinin eşine kendisiyle ilgili olumsuz yorumlarının olduğunu ifade etmiştir. Bundan dolayı da mutsuz olduğunu ifade etmiştir.

Lider “Eğer insanların mutsuzluğunun dışarıdan kaynaklandığı doğruysa bunun sonucunda en kötü ihtimalle ne olabilirdi” diye sormuştur.

Katılımcı “*Ölümüne kadar gidebilirdi*”. diye ifade etmiştir.

Lider “*Böyle düşünmenin size ne yararı var*”? diye sormuştur.

Katılımcı “*Hiçbir yararı yok*”. diye ifade etmiştir.

Lider katılımcıya mutluluğumuzun kaynağının dışarıya bağlı olmadığını, düşüncelerimiz yoluyla kendimizi mutlu edebileceğimizi, mutlu olmak için çabaladığımızda mutlu olabileceğimizi ifade etmiştir.

Lider katılımcıya “insanların mutsuzluğunun dışarıdan kaynaklandığı” düşüncenin alternatifinin ne olacağını sormuştur:

Katılımcı “*Geçmişte beni üzen insanların düşüncelerini artık umursamıyorum*”. diye ifade etmiştir.

Katılımcılardan ikisi “Yaşamın zorlukları ve sorumluklarından kaçınmak, kendini disipline etmek ve sorumluluk üstlenmekten daha kolaydır” inancının kendilerine yakın olduğunu ifade etmiştir.

Lider güçlüklerle karşılaşmak ve yüzleşmek güçlüklerle yüzleşmekten daha zor düşüncesinin temelde olduğunu, bunun yerine problemlerle yüzleşip onları çözmeye çalışmak gerektiğini belirtmiştir. Problemleri çözmemenin daha büyük sorunlara yol açabileceğini ifade etmiştir.

Başka bir katılımcı geçmiş çok önemlidir, çünkü bir şey birinin hayatına bir kez etki ederse sonsuza kadar böyle devam edecektir inancına sahip olduğunu ifade etmiştir.

Lider bu inancın gerçekten doğru olup olmadığını sormuştur.

Katılımcılardan biri bunun kısmen doğru olduğunu, geçmişin geleceği etkileyebileceğini ifade etmiştir. Geçmişin hayatımıza eki ettiğini çünkü geçmişin onun kafasında bir yere yerleşmiş olduğunu belirtmiştir.

Lider katılımcıya “Geçmişin hayatınıza eki ettiğini çünkü geçmişi tekrar tekrar düşündüğünüzü ifade ettiniz”. demiştir. Bunun üzerine katılımcı “evet”. demiştir. Ardından katılımcı “Niye herkes rahatken ben niye rahat olamıyorum” demiştir. “Benim tek aşamadığım şey herkes yapılan hatayı kabul ediyor ancak bana yine de olsun diyor”.

Lider katılımcıya bu duruma tahammül ederek var olan yaşantısını devam ettirdiğini belirtmiştir.

Katılımcı tahammül ettiğini bundan sonra da tahammül edebileceğini ifade etmiştir.

Lider: “Geçmişten bugüne getirdiğimiz düşüncelerimiz, tutumlarımız vardır. İçinde

bulduğumuz anda geçmişten bugüne getirdiğimiz düşüncelerin akılcı olmadığını, o düşüncelerin sağlıklı duygulara yol açtığını ve amaçlarımıza ulaşmakta bizi engellediğini farkettiğimizde akılcı olmayan düşüncenin yerine akılcı olan inanç yerleştirebiliriz. Böylece sağlıklı duygular hissedebiliriz ve amaçlarımıza ulaşmak için işlevselliğimizi arttırabiliriz’.

Katılımcılar liderin söylediği ifadeyi onaylamışlardır.

2.8. Lider akılcı olmayan inançların sonuçları formlarını üyelere dağıtmıştır ve incelemelerini istemiştir ve form grup üyelerince tartışılmıştır.

2.9. Lider üyelere akılcı ve akılcı olmayan inançların temel özellikleri formlarını dağıtmıştır ve incelemelerini istemiştir. Ardından form üyelerle tartışılmıştır.

3. Oturumun Sonlandırılması:

Üyelerin katılımıyla oturumun özetlemesi yapılmıştır.

Oturum değerlendirme formları dağıtılıp formda sorulan, “Oturumda en çok neyin etkilediği”, “düşünce”, “duygu”, ve “davranışlarına” yönelik neleri fark ettikleri ve “oturumda beğendikleri ve beğenmedikleri durumlara” ilişkin soruların her grup üyesince cevaplandırması istenmiştir.

Katılımcılardan bazıları hayır demeyi başardıklarını ifade etmiştir. Bir katılımcı geçen hafta bir arkadaşına bir konuda hayır dediğini, önceden bunu yapamadığını, yapmak istemediği şeyleri yaptığında kendini kötü hissettiğini ancak, geçen hafta hayır dediği zaman kendini iyi hissettiğini ifade etmiştir. Bundan sonra hayatına sıfırdan başladığını ifade etmiştir. Geçmişe dönüp baktığında hep kendine zarar verdiğini ama bundan sonra artık kendine zarar vermeyeceğini belirtmiştir.

Lider grup üyelerinin bu oturumdaki yaşantılarının ve öğrendiklerinin günlük yaşamlarındaki karşılığını değerlendirebilmelerine yardımcı olmak amacıyla şu ifadeleri kullanmıştır: “*Bu oturumdan sonra düşüncelerinize/duygularınıza/davranışlarınıza ilişkin neleri farklı yapabilirsiniz*”?

Gelecek oturum için üyelerin uygun olduğu gün ve saat belirlenmiştir.

Lider gelecek haftanın ev ödeviyle ilgili şu ifadeleri kullanmıştır: “*Önümüzdeki hafta boyunca tespit ettiğiniz akılcı olmayan inançlarınızı vermiş olduğum akılcı olmayan inançları tartışma formundaki soruları yanıtlayarak doldurmanızı rica ediyorum*”.

<p>6. Oturum: Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım Perspektifinden Psikolojik Sağlığın Ölçütleri</p>	<p>Oturum Amacı: Bu oturumun amacı grup üyelerinin akılcı duygusal davranışçı yaklaşım perspektifinden psikolojik sağlığın ölçütleri hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamaktır.</p>
<p>Hedefler:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Grup üyeleri akılcı duygusal davranışçı yaklaşım perspektifinden psikolojik sağlığın ölçütlerini öğrenir. ✓ Grup üyeleri ruh sağlıklarını geliştirmeye istekli olur. ✓ Grup üyeleri akılcı duygusal davranışçı yaklaşım perspektifinden psikolojik sağlığın ölçütlerini benimser. ✓ Grup üyeleri problemlerinde akılcı olmayan düşüncelerinin etkilerinin farkına varır. 	<p>Materyaller:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Power Point sunum ✓ Akılcı ve akılcı olmayan inançların temel özellikleri formu ✓ Akılcı olmayan inançların sonuçları formu
<p>Süre: 150 dk</p>	<p>Kullanılan Teknikler:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anlatım ✓ Tartışma ✓ Soru-cevap ✓ Bilişsel yeniden yapılandırma ✓ Yarar zarar analizi ✓ İrrasyonel inançlara kanıt arama ✓ Problem çözümü
<p>Süreç:</p> <p>1. Oturuma başlangıç:</p>	

Bir önceki oturum özetlenerek, oturumun gündemi açıklanmıştır. Liderin açıklaması şöyledir: “*Merhaba arkadaşlar hoş geldiniz. Geçtiğimiz oturumda akılcı olmayan inançlar ve akılcı inançlar hakkında bahsetmiştik. Geçen oturumdan bu yana grupta öğrendiklerinizle ilgili karşılaştığınız durumlar ve kendi davranışlarınız hakkında gruba getirmek istediğiniz yaşantılarınız nelerdir*”?

Lider, üyelerle geçen haftaki ev ödevlerini tartışmıştır. *Katılımcılardan biri samimi bir arkadaşının ekim yapmak için kendisinden arazi istediğini, kendisinin buna izin vermediğini bu yüzden de arkadaşının kendisine darıldığını ama bu duruma üzülmeyeceğini ifade etmiştir. Başka bir katılımcı MS tanısını ilk öğrendiğinde kendisinden artık bir şey olmayacağını düşündüğünü ama artık bu şekilde düşünmediğini, o düşüncesinin yanlış olduğunu ifade etmiştir.*

Lider şu ifadeleri kullanmıştır: “*Yetenekli, yeterli ve başarılı olmalıyım ve yaşamımdaki tüm önemli insanların takdirini kazanmalıyım*’ düşüncesi yerine hangi ifadeleri kullanabiliriz”?

Katılımcılardan biri ‘hayatımda başarılı olabilir miyim’? diye sormak gerektiğini ifade etmiştir.

Başka bir katılımcı ise kendimize söylediğimiz ifadeleri başkalarını mutlu etmek için değil, kendi istediğimiz için söylememiz gerektiğini belirtmiştir.

Lider birkaç akılcı olmayan inancın yerine konulabilecek akılcı inançları açıklamıştır.

Lider oturum gündemini belirtmek için şu ifadeleri kullanmıştır: “*Bugünkü oturum konumuz akılcı duygusal davranışçı yaklaşım perspektifinden psikolojik sağlığın ölçütleridir*”.

2.İşlem: Akılcı duygusal davranışçı yaklaşım perspektifinden psikolojik sağlığın ölçütleri hakkında eğitim vermek

2.1. Lider akılcı duygusal davranışçı yaklaşım perspektifinden psikolojik sağlığın ölçütleri hakkında bilgi vermiştir.

2.2. Lider grup üyelerine “çaresizlik, sevilme, değersizlik” inançlarına yönelik bir takım ifadeler sunmuştur. Lider daha sonra grup üyelerine şu soruları sormuştur:

- “*Hangi temel inanç/inançlara sahipsiniz*”?

Katılımcılardan biri, ‘Kendimi yetersiz hissediyorum. Üniversitede okuyan kızım dün akşam benden sigara böreği yapmamı istedi yapamadım. Oğlumun gömleğini ütüleyemedim’. demiştir.

- “Tamamen yetersiz olduğunuzun kanıtı nedir”?

Bunun için kanıtım yok.

- Kendinizi gerçekçi değerlendirmenin ya da değerlendirmemenin yaşadığınız problemlere ne tür etkileri olabilir?

Kendimi gerçekçi değerlendirdiğimde problem olmuyor. Kendimi gerçekçi değerlendirmede kendimi işe yaramaz görüyorum, suçlu hissediyorum o zaman.

Katılımcılardan biri, istenmiyorum, önemsizim inançlarına sahip olduğunu ifade etmiştir.

2.3. Lider üyelere olumsuz düşüncelerle baş etme videosunu izletir.

2.4. Lider düşünceleri değiştirebilen beş teknik formunu üyelere dağıtmıştır ve incelemelerini istemiştir.

2.5. Lider çaresizlik, sevilme, değersizlik inançlarıyla ilgili beş tekniği açıklamıştır:

“1. Zihnimizden geçen akılcı olmayan inançları dinliyoruz.

2. Özellikle bize zarar veren kelimeyi bulup altını çiziyoruz.

3. O kelime aklımıza geldiğinde kararlı ve kesin bir şekilde dur diyerek o düşünceyi durduruyoruz.

4. Sonra o akılcı olmayan düşüncenin alternatifi akılcı olan düşünce belirliyoruz.

5. Yeniden yönümüzü belirliyoruz. Düşüncelerimizi aktif hale getirerek problem çözme durumumuzu benimsiyoruz”

3. Oturumun Sonlandırılması:

Üyelerin katılımıyla oturumun özetlemesi yapılmıştır.

Oturum değerlendirme formları dağıtılıp formda sorulan, “oturumda en çok neyin etkilediği”, “düşünce”, “duygu”, ve “davranışlarına” yönelik neleri fark ettikleri ve “oturumda beğendikleri ve beğenmedikleri durumlara” ilişkin soruların her grup üyesince cevaplandırması istenmiştir. Lider grup üyelerinin bu oturumdaki yaşantılarının ve öğrendiklerinin günlük yaşamlarındaki karşılığını değerlendirebilmelerine yardımcı olmak amacıyla şu ifadeleri kullanmıştır: “*Bu oturumdan sonra düşüncelerinize/duygularınıza/davranışlarınıza ilişkin neleri farklı yapabilirsiniz*”?

Katılımcılardan biri: “*Eğitime katıldığım ilk günden beri zihnimde sinek gibi vızıldayan, bana zarar veren ne kadar çok düşüncemin olduğunu fark ettim. Zihinsel*

geviş getirmeyi çok yaptığımı fark ettim”. demiştir.

Diğer bir katılımcı *“kendim için yaşamayı öğrendim”*. diye ifade etmiştir.

Gelecek oturum için üyelerin uygun olduğu gün ve saat belirlenmiştir.

Lider gelecek haftanın ev ödeviyle ilgili şu ifadeleri kullanmıştır:

“Önümüzdeki hafta boyunca vermiş olduğum düşünceyi değiştirebilen beş teknik formunu doldurmanızı rica ediyorum”.

<p>7. Oturum: Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşımın Temel İlkeleri Hakkında Bilgi Vermek</p>	<p>Oturum Amacı: Bu oturumun amacı grup üyelerinin akılcı duygusal davranışçı yaklaşımın temel ilkeleri hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamaktır.</p>
<p>Hedefler:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Grup üyeleri akılcı duygusal davranışçı yaklaşımın temel ilkelerini öğrenir. ✓ Grup üyeleri kendilerini olumlu ve olumsuz yönleriyle kabul etmeyi benimser. ✓ Aşırı abartma, aşırı basitleştirme, aşırı genelleştirme, mantıksızlık, geçersiz varsayımların kullanılması, hatalı çıkarımlar ve mutlak katı şemaların duygusal sıkıntının temel belirleyicileri olduğunun farkına varır. 	<p>Materyaller:</p> <p>Kendimde beğendiğim ve beğenmediğim özelliklerim formu</p>
<p>Süre: 150 dk</p>	<p>Kullanılan Teknikler:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anlatım ✓ Soru-cevap ✓ Tartışma

	<ul style="list-style-type: none">✓ Güçlü öz ifadeler kullanma✓ Problem çözümü✓ Bilişsel ödev✓ Akılcı olmayan düşünceye karşı koyma✓ Etkinlik ödevi
<p>Süreç:</p> <p>1. Oturuma başlangıç:</p> <p>Bir önceki oturum özetlenerek, oturumun gündemi açıklanmıştır. Liderin açıklaması şöyledir: “<i>Merhaba arkadaşlar hoş geldiniz. Geçtiğimiz oturumda ADDT’ye psikolojik sağlığın ölçütlerinden bahsetmiştik. Geçen oturumdan bu yana grupta öğrendiklerinizle ilgili karşılaştığınız durumlar ve kendi davranışlarınız hakkında gruba getirmek istediğiniz yaşantılarınız nelerdir?</i></p> <p><i>Katılımcılardan biri kendisindeki değişikliği abisinin farkettiğini belirtmiştir. Önceden onu öfkeliendiren durumlara aniden tepki verdiğini, eğitime başladıktan sonra ani tepkiler vermediğini, daha sakin davrandığını belirtmiştir. Başka bir katılımcı ise eğitime katıldıktan sonra, bir olay olduğunda ani olaylara ani tepki vermediğini o anda ABC modelini düşündüğünü ve ondan sonra tepki verdiğini, bu günlerde kendini mutlu hissettiğini ifade etmiştir.</i></p> <p>Lider, üyelerle geçen haftaki ev ödevlerini tartışmıştır.</p> <p><i>Katılımcılardan biri oğlunun 2 ay sonra kız arkadaşıyla sözlenmek istediğini ifade etmiştir. Katılımcı o dönemde çalışmadığı ve maddi imkanının yeterli olmamasından dolayı bunu yapamayacağını düşündüğünü ifade etmiştir. Bu düşünceyi durdurduğunu ve o düşüncenin içeriğini değiştirdiğini; pırlanta yüzüğünü kız arkadaşına söz yüzüğü olarak takabileceğini ifade etmiştir. İş bulduğunu ve çalışmak istediğini ifade etmiştir.</i></p> <p>2. İşlem: Akılcı duygusal davranışçı yaklaşımın temel ilkeleri hakkında eğitim vermek</p> <p>2.1. Lider oturumun gündemini belirtmek için şu ifadeleri kullanmıştır: “<i>Bugünkü oturum konumuz akılcı duygusal davranışçı yaklaşım perspektifinden psikolojik sağlığın ölçütleridir</i>”. Lider akılcı duygusal davranışçı yaklaşım perspektifinden</p>	

psikolojik sağlığın ölçütleri hakkında bilgi vermiştir.

2.2. Lider grup üyelerine, kendilerinde gördükleri güçlü ve zayıf yanlarını bir kağıda yazarak grupla paylaşmalarını istemiştir. Bu özellikleri söylerken yaşadıkları duyguları paylaşmalarını istemiştir. Lider şu soruları sormuştur:

- “Günlük yaşamda bu duygular yaşamınızı nasıl etkiliyor”?

Katılımcılardan biri insanlara güvenmediğini ifade etmiştir.

Komşularıyla daha önceki yıllarda başka bir şehirde sık görüştüğünü ancak oradan taşındıktan sonra komşularının hiç arayıp sormadığını bu yüzden de şu anki yaşantısında komşularıyla sık görüşmediğini, daha çok kurslara gitmeyi tercih ettiğini ifade etmiştir.

- “Başkalarının bu yönlerinizin fark edilmemesi için çaba harcıyor musunuz”?

Hayır, artık umursamıyorum diye ifade etmiştir.

- “Eğer bir fırsat olsaydı kendinizle ilgili neleri değiştirmek isterdiniz”?

“Eř seçimimi değiştirmek isterdim”. diye ifade etmiştir.

Katılımcılardan biri en zayıf tarafının hayır diyememek olduğunu ancak bunu tamamen başaracağını düşündüğünü ifade etmiştir. Önceden gitmek istemediği yere aile bireylerinin ısrar etmesi yüzünden gitse de gitmese de üzgün hissettiğini ancak bu durumunu aştığını ifade etmiştir. Hayır demeye başladığını ifade etmiştir. Önceden hayır dediğinde çok üzüldüğünü ama artık hayır dediğinde üzülmeyi ifade etmiştir. En güçlü tarafının da mücadelecisi olduğunu ifade etmiştir. “Bundan sonra isteyen istediğini düşünebilir, isteyen istediğini söyleyebilir ama ben kendimi kullandırtmayacağım ve ben bununla ömür boyu mücadele edeceğim. Beni kullanmak isteyen kişiler olabilir ama ben buna fırsat vermeyeceğim”. demiştir.

3. Oturumun Sonlandırılması:

Üyelerin katılımıyla oturumun özetlemesi yapılmıştır.

Oturum değerlendirme formları dağıtılıp formda sorulan, “oturumda en çok neyin etkilediği”, “düşünce”, “duygu”, ve “davranışlarına” yönelik neleri fark ettikleri ve “oturumda beğendikleri ve beğenmedikleri durumlara” ilişkin soruların her grup üyesince cevaplandırması istenmiştir. *Katılımcılardan biri “mutluluğumuz ya da mutsuzluğumuz başkalarına bağlı değil, akılcı olmayan düşünceleri değiştirebiliriz onun yerine akılcı düşünceler yerleştirebiliriz. Oturum güzel geçti, kendimi daha iyi hissediyorum. Buraya geldiğimizde insanın özgüveni tavan yapıyor, daha çok*

konuşabiliyoruz, karşımızdaki insanlar bizi anlıyor. Ortam güzel, derdimizi anlatabilmek güzel bir şey''. demiştir.

Başka bir katılımcı: *“Ben ilk dersimizde düşüncelerime vakıf olamam demiştim. Daha önce bir olay olduğunda A’ da idim. Şimdi ise A’dan G’ye kadar gidebiliyorum. Düşünce yapım tamamen değişti. Eşim, annem, babam ve yakınlarım, arkadaşlarım bana önceden sen böyle değildin, ne oldu sana diyorlar. Ben de her hafta eğitime katıldığımı söyledim. Benim daha çok hoşuma gitti bu durumum. Benim yeni durumumun karşı tarafın hoşuna gidip gitmemesi beni ilgilendirmez. Önceden olaylar olduğunda alttan alıyordum ama şimdi kendimi ifade ediyorum, beyin olarak rahatlıyorum’’*. demiştir.

Başka bir katılımcı: *“Duyguyu ve düşüneyi birbirinden ayırt edebiliyorum. Ben buradan öğrendiklerimle aileme de yardımcı olmaya başladım. Mantıklı ve mantıksız düşünceleri ayırt edebiliyorum’’*. demiştir.

Lider grup üyelerinin bu oturumdaki yaşantılarının ve öğrendiklerinin günlük yaşamlarındaki karşılığını değerlendirebilmelerine yardımcı olmak amacıyla şu ifadeleri kullanmıştır:

“Bu oturumdan sonra düşüncelerinize/duygularınıza/davranışlarınıza ilişkin neleri farklı yapabilirsiniz’’?

Gelecek oturum için üyelerin uygun olduğu gün ve saat belirlenmiştir.

Lider gelecek haftanın ev ödeviyle ilgili şu ifadeleri kullanmıştır:

“Önümüzdeki hafta boyunca hayatınızda sağlıklı, gerçekçi yeni hedefler belirlemenizi rica ediyorum’’.

8. Oturum: Grup Oturumlarını Sonlandırmak	Oturum Amacı: Bu oturumun amacı tüm hafta boyunca öğrenilenlerin değerlendirilmesini ve üyelerin grup oturumlarının kazanımlarının kalıcı hale gelmesi konusunda istekli olmalarını sağlamaktır.
Hedefler:	Materyaller:

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Üyelerin gruptan aldıkları destekle değerli oldukları duygusunu hissedebilmeleri. ✓ Üyelerin kendilerini olduğu gibi kabul etmelerini benimsemeleri, öz-saygılarını artırmak konusunda istekli olmaları. ✓ Üyelerin, yaşamlarında gerçekçi beklentilere sahip olmayı benimsemeleri. ✓ Üyelerin grup sürecini genel olarak değerlendirebilmeleri ve grup oturumlarının kazanımlarının kalıcı hale gelmesi konusunda istekli olmaları. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kalem ✓ Kağıt
<p>Süre: 180 dk</p>	<p style="text-align: center;">Kullanılan Teknikler:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anlatım ✓ Soru-cevap ✓ Tartışma ✓ Güçlü öz ifadeler kullanma ✓ Anlamsal kesinlik ✓ Dili değiştirme ✓ ADDT öğretmeni olma ✓ Problem çözümü ✓ Bilişsel ödev ✓ Akılcı olmayan düşünceye karşı koyma

	✓ Etkinlik ödevi ✓ Arkadaşını anlat etkinliği
<p>Süreç:</p> <p>1. Oturuma başlangıç:</p> <p>Bir önceki oturum özetlenerek, oturumun gündemi açıklanmıştır. Liderin açıklaması şöyledir:</p> <p><i>“Merhaba arkadaşlar hoş geldiniz. Geçtiğimiz oturumda akılcı duygusal davranışçı yaklaşımın temel ilkeleri hakkında bahsetmiştik. Geçen oturumdan bu yana grupta öğrendiklerinizle ilgili karşılaştığınız durumlar ve kendi davranışlarınız hakkında gruba getirmek istediğiniz yaşantılarınız nelerdir?”</i></p> <p>Lider, üyelerin hayatlarında sağlıklı, gerçekçi hedeflerini değerlendirebilmek için şu ifadeleri kullanmıştır: <i>“Bundan sonraki yaşantınızda ulaşmak istediğiniz hedefleriniz nelerdir? Bugünkü oturum konumuz tüm haftalarda öğrendiklerimizin genel tekrarıdır”</i>.</p> <p>2. İşlem:</p> <p>2.1. Lider grup üyeleriyle tüm haftaların genel tekrarını yapmak üzere üyelere şu soruları sormuştur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Bilişsel duygu düzenleme stratejileri nelerdir?”</i> • <i>Duygularımız niçin önemlidir?</i> • <i>Duygularımızı ifade ederken nelere dikkat etmek gerekir?</i> • <i>Albert Ellis’in ABCDEFG modelini kim açıklamak ister?</i> • <i>Akıldışı inançların yol açtığı tutumlar nelerdir?</i> • <i>Akıldışı inançlarımızın yerine akılcı olan inançları nasıl yerleştirebiliriz?</i> • <i>ADDT’ye göre psikolojik sağlığın ölçütleri nelerdir?</i> • <i>Bu psikoeğitim programından kazanımlarınız neler oldu”?</i> <p><i>Katılımcılardan biri hayır demeyi başardığını ifade etmiştir. Diğer bir katılımcı kabul etmekte zorlandığı şeyleri kabul ettiğini, hayatta artık katı taleplerinin olmadığını ifade etmiştir. Diğer bir katılımcı çok katı kurallarının artık olmadığını, daha hoşgörülü olmaya başladığını ifade etmiştir. Diğer bir katılımcı kendine güveninin arttığını belirtmiştir. Hatta işyerindeki müdürlerinin bile bu durumunu</i></p>	

farkettiklerini ve bunu kendisine ifade etiklerini belirtmiştir. Şimdi kendisini daha sakin hissettiğini belirtmiştir. Katılımcılardan biri eğitime başladığından itibaren hiç baş ağrısı yaşamadığını ifade etmiştir. Diğer bir katılımcı artık daha esnek, olumlu düşündüğünü ifade etmiştir. Yaşadığı olumsuz olaylara eskisi gibi takılıp kalmadığını, ifade etmiştir.

- “Birbirinizden neler öğrendiniz”?

Katılımcılardan biri birlikte anlaşarak yaşamayı öğrendiklerini ifade etmiştir. Diğer bir katılımcı bu grupta beklentisiz, çıkarsız görüşme olduğunu, bunu bilmenin çok güzel olduğunu ifade etmiştir. Bu eğitime ilk geldiğinde yalnız olmadığını hissettiğini ifade etmiştir.

- “Bundan sonraki aranızdaki etkileşim nasıl olacak”?

Katılımcılardan biri aralarındaki etkileşimin daha da güzel olacağını ifade etmiştir.

• “Bu oturumlardan sonra düşüncelerinize/duygularınıza/davranışlarınıza ilişkin neleri farklı yapabilirsiniz”?

Katılımcılardan biri artık katı olmayacağını, insanların birbirini sevmek zorunda olmadığını ifade etmiştir. Başka bir katılımcı önceden ona kırılanlar olduğunda bu durumu çok kafaya taktığını ama artık öyle olmadığını, yaşamında önceliği kendine verdiğini belirtmiştir. Başka bir katılımcı herkesi memnun etmek zorunda olmadıklarını ifade etmiştir.

2.2. Lider grup üyelerine şu ifadeleri söylemiştir:

“Sizlere birer kağıt vereceğim. O kağıda adınızı soyadınızı yazmanızı rica ediyorum. Daha sonra isimlerinizin yazılı olduğu kağıtları birbirinize vermenizi, ardından kağıtta ismi yazılı olan üyenin beğendiğiniz özelliklerini yazmanızı rica ediyorum”.

Tüm katılımcılar birbirlerinin beğendiği özellikleri yazmıştır ve daha sonra yazılanlar grupla paylaşılmıştır.

3. Oturumun Sonlandırılması:

Üyelerin katılımıyla oturumun özetlemesi yapılmıştır.

Oturum değerlendirme formları dağıtılıp formda sorulan, “oturumda en çok neyin etkilediği”, “düşünce”, “duygu”, ve “davranışlarına” yönelik neleri fark ettikleri ve “oturumda beğendikleri ve beğenmedikleri durumlara” ilişkin soruların her grup üyesince cevaplandırması istenmiştir.

**Ek 5. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Araştırma İzni**



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 15374210-010.06.99-E.83811
Konu : Emel ŞAHİN'in Tez Çalışması Hk.

19/07/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 16/07/2019 tarihli ve 93771576-302.08.01-E.82055 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Emel ŞAHİN'in "Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım Dayalı Bir Psikoeğitim Programının Multiple Skleroz Tanısı Almış Bireylerin Duygu Düzenleme Düzeylerine Etkisi" konulu tez çalışmasının anket uygulamasını 08.07.2019-07.10.2019 tarihleri arasında Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz Nöroloji Polikliniğine başvuran multiple skleroz tanısı almış bireyler üzerinde uygulama isteğinin uygun görüldüğü ile ilgili Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığının yazılan ekte sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

e-İmzalıdır

Doç. Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR
Başhekim Yardımcısı

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Meral TULUM
meral.tulum@omu.edu.tr
Dahili Tel : 2327

5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

Ek 6. Bilişsel Duygu Düzenleme  leği Kullanım İzni

16.09.2020

Gmail - BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



Emel aktürk <emelakturk52@gmail.com>

BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

3 ileti

Emel aktürk <emelakturk52@gmail.com>
Alıcı: oyaonat2003@yahoo.com

22 Mayıs 2019 16:27

Merhaba Hocam

Ben Emel ŞAHİN. Ordu  niversitesinde  ğretim görevlisiyim. Ondokuz Mayıs  niversitesinde hemşirelik anabilim dalında doktora yapıyorum. Tezimde izniniz olursa bilişsel duygu düzenleme ölçeğini kullanmak istiyorum.

Saygılar

oya onat <oyaonat2003@yahoo.com>
Yanıtılama Adresi: oya onat <oyaonat2003@yahoo.com>
Alıcı: Emel aktürk <emelakturk52@gmail.com>

23 Mayıs 2019 16:50

Merhaba,
Ölçek ekte yer almaktadır. İyi alıŐmalar diliyorum.

Oya Onat Kocabıyık

Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi
Eğitim Bilimleri Bölümü
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı
Kosova YerleŐkesi, 22030 EDİRNE
Tel: 0(284) 212 0808 Dahili:1300

[Alıntılanan metin gizlendi]

bil.duygu düz.doc
79K

Emel aktürk <emelakturk52@gmail.com>
Alıcı: oya onat <oyaonat2003@yahoo.com>

23 Mayıs 2019 16:54

Merhaba Hocam

Çok teşekkür ederim.

23 May 2019 Per 16:50 tarihinde oya onat <oyaonat2003@yahoo.com> Őunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

Ek 7. Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği

ARASTIRMANIN ADI (ÇALIŞMANIN ACIK ADI):

Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşımaya Dayalı Bir Psikoeğitim Programının Multiple Skleroz Tanısı Almış Bireylerin Bilişsel Duygu Düzenleme Düzeylerine Etkisi

Gönüllünün Baş Harfleri

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR? Açıklayınız

Bu çalışmanın amacı akılcı duygusal davranışçı yaklaşıma dayalı bir psikoeğitim programının multiple skleroz tanısı almış bireylerin bilişsel duygu düzenleme düzeylerine etkisini incelemektir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Araştırma kapsamına nöroloji polikliniğine başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden, en az ilkokul mezunu olan, 18-65 yaş aralığında multipl skleroz tanılı bireyler alınacaktır. Araştırmaya katılan bireylere 8 hafta boyunca haftada bir gün, 2-3 saatten oluşan bir psikoeğitim programı uygulanacaktır. Psikoeğitim öncesi ve sonrasında veriler toplanacaktır. Verilerin toplanmasında birebir araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ve ölçekler uygulanacaktır. Görüşme 15-30 dk gibi bir zaman diliminde gerçekleşecektir.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

- Anketi okuyup uygun şekilde doldurmanız, gerekirse psikoeğitim programına katılımınız yeterlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

- Yapılacak olan anketin size ve sağlığınıza herhangi bir zararı bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR? (Varsa açıklayınız)

Çalışmada verilecek eğitim sonrasında duygularınızı zihin yoluyla kontrol etme becerinizi geliştirebilirsiniz.

GÖNÜLLÜ KATILIM

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğim veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabilirim bilincindeyim. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılırsam, ayrılma nedenlerimi, ayrılışımın sonuçlarını ve izleyen dönemde alacağım tedavileri doktorumla tartışacağım.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Araştırmaya katılmanız nedeniyle size para ödenmeyecek ya da sizden para talep edilmeyecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu formu imzalayarak için sizin kişisel bilgilerinizi (“Çalışma Verileri”) toplamalarına ve kullanmalarına onay vermiş olacaksınız. Bu durum doğum tarihiniz, cinsiyetiniz, etnik kökeniniz ayrıca çalışma verilerinizin kullanımı ile ilgili verdiğiniz onayın herhangi bir belirlenmiş birim tarihi yoktur, ancak araştırmacımızı haberdar ederek bu onayınızdan herhangi bir zamanda vazgeçebilirsiniz.

Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermekteyim.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE 24 SAAT ULAŞILABİLECEK KİŞİLER:

Ad, Soyadı ve telefon numaraları

Emel AKTÜRK

Tlf : 0538 614 07 37

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR: Varsa

açıklayınız

Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışmadan çıkmanız halinde bu tedavi kurumunda göreceğiniz bakım ve tedaviler etkilenmeyecek, herhangi bir aksama olmayacaktır.

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Ek 8. Psikoterapinin Genel İlkeleri ve Akılcı Duygusal Terapiye Giriş Sertifikası



Ek 9. Psikoğitim Süreci ve Grup Liderliği Kursu Katılım Belgesi



V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi

KURS KATILIM BELGESİ

Sayın EMEL AKTÜRK

20-23 Kasım 2018 tarihleri arasında Antalya'da yapılan "V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi" nde Doç Dr. Semra KARACA tarafından yürütölen altı saatlik "Psikoğitim Süreci ve Grup Liderliği " kursuna katılmıştır.

Kı. Buldukoğlu
Prof. Dr. Kadriye BULDUKOğLU
Kongre Başkanı

F. Öz
Prof. Dr. Fatma ÖZ
Kongre Başkanı

Etik Kurulu Kararı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1854-662

08.08.2018

Sayın Dr. Öğrt. Üye. Serap GÜLEÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım Dayalı Bir Psikoeğitim Programının Multiple Skleroz Tanısı Almış Bireylerin Bilişsel Duygu Düzenleme Düzeylerine Etkisi** başlıklı OMÜ KAEK 2018/ 396 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 31.08.2018 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.
Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Öz Geçmiş

Emel ŞAHİN, 20.07.1982 tarihinde Perşembe’de doğdu. Samsun Atatürk Anadolu Lisesi (YDA)’ ni bitirdikten sonra Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan 2005 yılında mezun oldu. 2015 yılında Selçuk Üniversitesi Hemşirelik yüksek lisans programını bitirdi.

Mezuniyetinden bu yana 2006-2013 yılları arasında klinik hemşiresi; 2013 yılından itibaren ODÜ İKİZCE MYO’da Öğretim Görevlisi, 2015 yılından itibaren ise Bölüm Başkanı olarak görev yapan Emel ŞAHİN, orta derecede İngilizce bilmektedir. Temel ilgi alanı ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğidir.

İletişim Bilgileri

E mail: emelakturk52@gmail.com

Telefon: 0 452 371 27 70 – 4817

ORCID ID:0000-0001-5033-5093

Yayınlanmış Çalışmalar:

1. Orak, O. S., Kırbaş, Z. Ö., Şahin, E., Gülırmak, K. Ergenlerin anne babalarından algıladıkları duygusal istismar durumu ile riskli davranışları arasındaki ilişki. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(2), 113-119.
2. Orak O. S., Kırbaş Z.Ö.,Şahin E., Gülırmak K. (2018). Ortaöğretim Öğrencilerinde Algılanan Duygusal İstismar İle Riskli Davranışlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 3.Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:5227647)
3. Güleç S., Aktürk E. (2017). The Psychological Violence Experiences of the Vocational School Students In University Life: A Phenomenological Study. Uluslararası Hemşirelik Eğitim Kongresi (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:4053759)
4. Aktürk E., Kırbaş Z. Ö. (2017). Hemşirelik 1. Sınıf Öğrencilerinin Duygusal Zeka Durumları İle Genel Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Uluslararası Karadeniz Hemşirelik Eğitimi Kongresi (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:4193561)
5. Aktürk E. (2016). Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Duygu Kontrolü ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. IV. Uluslararası VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Özet Bildiri/Poster)(YayınNo:2921050)