T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

SANAL GERÇEKLİK İLE MARUZ BIRAKMANIN AKROFOBİ TEDAVİSİNDE KULLANIMI

Gökçe VOGT

Danışman
Prof. Dr. Gülay DİRİK

İZMİR – 2021

YEMİN METNİ

Doktora Tezi olarak sunduğum “SANAL GERÇEKLİK İLE MARUZ BIRAKMANIN AKROFOBİ TEDAVİSİNDE KULLANIMI ” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih
26/02/2021
Gökçe VOGT
İmza

ÖZET
Doktora Tezi
Sanal Gerçeklik İle Maruz Bırakmanın Akrofobi Tedavisinde Kullanımı
Gökçe Vogt

T.C.
Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Psikoloji Anabilim Dalı
Psikoloji Doktora Programı

Özgül fobiler kategorisinde yer alan akrofobi (yükseklik korkusu) kişinin iş ve sosyal hayatındaki işlevselliğinin büyük oranda bozulmasına yol açan psikolojik bir sorundur. Akrofobi tedavisinde ise Bilişsel Davranışçı Terapinin en temel tekniklerinden biri olan maruz bırakma sıklıkla kullanılmaktadır. Kişiyi korktuğu durum veya nesneye maruz bırakmanın, kaygı uyandıran nesne veya durumlara karşı alışma sağlayacağı ve bunun sonucunda da kaygının kişinin kontrol edebileceği bir düzeye ineceğini ileri süren bu teknik; imgeleme, gerçek hayatta maruz bırakma ve sanal gerçeklik şeklinde uygulanabilmektedir. Günümüz koşullarına en uygun yöntem ise sanal gerçeklik ile kişinin maruz bırakılmasıdır. Bu nedenle bu araştırmanın amacı yükseklik korkusunun tedavisinde kişilere korkuları ile kontrol edilebilir ve güvenli sanal ortamda yüzleşmeye imkân sunan sanal gerçeklik ile maruz bırakmanın korkunun azalmasındaki etkililiğinin incelenmesidir. Araştırma örneklemini yükseklik korkusu olan 45'i kadın 15'i erkek 18 ila 60 *(Ort.*=31.32; *SS*= 9.409) yaş aralığında 60 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada katılımcılara Akrofobi, SF-36 ve Öznel Rahatsızlık Birim ölçekleri uygulanmıştır. Çalışmanın hipotezlerini test etmek için tekrarlı ölçümlü varyans analizleri uygulanmıştır. Araştırmada öncelikle katılımcılar başvuru sırasına göre sanal gerçeklikle maruz bırakma (S= 20), gerçek hayatta maruz bırakma (S= 20 ve bekleme listesi kontrol (S= 20) gruplarına atanmıştır. Ardından katılımcıların bulundukları gruplara göre tedavilerine başlanmıştır. Araştırmada katılımcıların kaygı ve kaçınma düzeyleri Akrofobi Ölçeği kullanılarak tedavi öncesinde, tedavi sonrasında ve 6 aylık izlem ölçümlerinde karşılaştırılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, sanal gerçeklik ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma düzeylerinin tedavi sonrasında, tedavi öncesine oranla istatiksel

olarak anlamı olarak azaldığını göstermektedir. Ek olarak, bulgular sanal gerçeklik ile maruz bırakma grubunun kaygı düzeylerinin uygulanan tedavi sonrasında gerçek hayatta maruz bırakma ve kontrol grubundakilere oranla daha düşük düzeyde olduğunu, kaçınma düzeylerinin ise gerçek hayatta maruz bırakma grubundakiler ile aynı düzeyde, kontrol grubundakilere oranla ise daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, araştırmada akrofobisi olan kişilerin yaşam kalitesi düzeyleri Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra karşılaştırılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kontrol grubundaki katılımcılara göre müdahaleden hemen sonraki ağrı düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek, ruhsal sağlık düzeylerinin ise anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları ilgili literatür ile uyumludur. Mevcut bilgiler ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Maruz bırakma, Sanal gerçeklik, Fobik Bozukluklar, Akrofobi

ABSTRACT

Doctoral Thesis
Doctor of Philosophy (PhD)
Exposure with Virtual Reality Use in Acrophobia Treatment
Gökçe Vogt

Dokuz Eylül University
Graduate School Of Social Sciences
Department Of Psychology
Clinical Psychology Program

Acrophobia, fear of heights, is a specific phobia, which negatively affects business and social life. In order to treat this psychological problem, exposure therapy is considered as the most effective technique. Exposure therapy, which simply suggests that exposing the patient to the source of fear help them overcome the anxiety or fear. This cognitive behavior psychotherapy technique can be applied in three ways: In vitro, in vivo and virtual reality (VR). The aim of the study was to investigate the effectiveness of the virtual reality exposure therapy in acrophobia. The research sample consisted of 60 people with fear of heights. Subjects were assigned to three different groups respectively; in the first group, patients were exposed to height by using VR, in the second group, they were directly faced to heights in real life and the final group consists of people in the waiting list control groups. The anxiety and avoidance levels of the subjects were compared using Acrophobia Questionnaire (AQ) before, after and 6 months follow-up measurements. As a result of the analyzes, it was found that the anxiety and avoidance levels of the participants in the virtual reality exposure group decreased significantly after treatment compared to the pre-treatment level. In addition, the findings revealed that the anxiety levels of the virtual reality exposure group were lower than those in the control and in vivo group after treatment, and the avoidance levels were lower than those in in vivo exposure group and lower than those in the control group. In addition, the quality of life levels of people with acrophobia were compared immediately after the intervention and 6 months after the intervention using the Quality of Life Scale. As a result of the analysis, it was determined that the pain levels of the participants in in vivo exposure group were significantly higher and

their mental health levels were significantly lower right after the intervention compared to the participants in the control group. The results of the current study were compatable with the data reported in the literature. Current findings are discussed in the light of the relevant literature.

Key Words: Exposure, Virtual Reality, Acrophobia, Phobic disorders

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xv
TABLOLAR LİSTESİ	xvi
ŞEKİL LİSTESİ	xxiii
EKLER LİSTESİ	xxiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM
LİTERATÜR VE AMAÇ

1.1. ÖZGÜL FOBİ	5
1.2. AKROFOBİ	7
1.2.1. Akrofobinin Klinik Özellikleri	7
1.2.2. Akrofobinin Yaygınlığı	9
1.2.3. Akrofobinin Etiyolojisi	10
1.2.3.1. Biyolojik Yaklaşım: Kalıtımın Rolü	10
1.2.3.2. Evrimsel Yaklaşım	11
1.2.3.3. Psikanalitik Yaklaşım	12
1.2.3.4. Davranışçı Yaklaşım: Öğrenme ve Deneyimin Rolü	13
1.2.3.5. Bilişsel Yaklaşım	15

1.2.4. Akrofobinin Prognozu ve Eş Tanılar 16

1.3. AKROFOBİNİN TEDAVİSİ 17

1.3.1. Sanal Gerçeklik ile Maruz Bırakmanın Fobi Tedavisinde Uygulanması ve Avantajları 20

1.3.2. Sanal Gerçeklik ile Maruz Bırakma ile ilgili Etkililik Çalışmaları 26

1.3.2.1. Sanal Gerçeklik İle Maruz Bırakmanın Kaygı Bozuklukları Ve Özgül Fobi Tedavisindeki Etkililiği 26

1.3.2.2. Sanal Gerçeklik İle Maruz Bırakmanın Akrofobi Tedavisindeki Etkililiği 28

1.4. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ 31

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. ÖRNEKLEM 33

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 34

2.2.1. Demografik Bilgi Formu 35

2.2.2. Akrofobi Ölçeği 35

2.2.3. Öznel Rahatsızlık Birim Ölçeği 36

2.2.4. Kısa Form 36

2.3. İŞLEM 38

2.4. İSTATİKSEL ANALİZLER 44

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. AKRFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 45

3.2. AKROFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER BAKIMINDAN ÖN TEST, SON TEST VE 6 AYLIK İZLEM ÖLÇÜMLERİNDE AKROFOBİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 48

3.2.1. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Medeni Durumlarına Göre Ön Test, Son Test ve 6 Aylık İzlem Ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar 48

3.2.2. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Çalışma Durumlarına Göre Ön test, Son Test ve 6 Aylık İzlem Ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar 49

3.3. AKROFOBİ TANISI OLAN KİŞİLERİN AKROFOBİ DÜZEYLERİNİN MARUZ BIRAKILMA TÜRÜNE GÖRE ÖN TEST ÖLÇÜMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 50

3.3.1. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Maruz Bırakılma Türüne Göre Ön Testte Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık Anketinden Aldıkları Puanlar 50

3.3.2. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Maruz Bırakılma Türüne Göre Ön Testte Akrofobi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar 52

3.4. AKROFOBİ TANISI OLAN KİŞİLERİN AKROFOBİ DÜZEYLERİNİN MARUZ BIRAKILMA TÜRÜNE GÖRE SON TEST ÖLÇÜMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 53

3.4.1. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Maruz Bırakılma Türüne Göre Son Testte Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık Anketinden Aldıkları Puanlar 53

3.4.2. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Maruz Bırakılma Türüne Göre Son Testte Akrofobi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar 55

3.5. AKROFOBİ TANISI OLAN KİŞİLERİN AKROFOBİ DÜZEYLERİNİN MARUZ BIRAKILMA TÜRÜNE GÖRE 6 AYLIK İZLEM ÖLÇÜMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 57

3.6. SANAL GERÇEKLİK İLE VE GERÇEK HAYATTA MARUZ BIRAKMANIN AKROFOBİ TEDAVİSİNDE ETKİLİLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI 58

3.6.1. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Şiddet/Rahatsızlık/Kaçınma Anketinden Aldıkları Puanların Maruz Bırakılma Türüne Göre Ön Test ve Son Test Ölçümlerinin Karşılaştırılması 58

3.6.2. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Akrofobi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Maruz Bırakılma Türüne Göre Ön Test, Son Test ve 6 Aylık İzlem Ölçümlerinin Karşılaştırılması 60

3.7. AKROFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN ÖN TEST, SON TEST VE 6 AYLIK İZLEM ÖLÇÜMLERİNDE AKROFOBİ ÖLÇEĞİ KAYGI ALT ÖLÇEĞİ SORULARINDAN ALDIKLARI ORTALAMA PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI 66

3.7.1. Alçak Bir Tramplenden Atlayarak Havuza Dalmak 66

3.7.2. Kayalara Basarak Nehrin Karşı Tarafına Geçmek 67

3.7.3. Döner Merdivenlerden Birkaç Kat Aşağı Bakmak 69

3.7.4. Binanın İkinci Katına Uzatılmış Merdivenin Üstünde Durmak 70

3.7.5. Tiyatro Salonunun Üst Balkonunda Ön Sırada Oturmak 72

3.7.6. Dönme Dolaba Binmek 73

3.7.7. Doğa Yürüyüşü Yaparken Dik Bir Yokuşu Çıkmak 75

3.7.8. Uçak Yolculuğu Yapmak 76

3.7.9. Üçüncü Katta Açık Bir Pencerenin Önünde Durmak 78

3.7.10. Karayolundaki Üst Geçitten Geçmek 79

3.7.11. Geniş Bir Köprü Üzerinden Araba İle Geçmek 81

3.7.12. Binanın On Beşinci Katındaki Bir Ofiste Pencerelerden Uzak Bir Yerde Durmak 82

3.7.13. Cam Silme Görevlilerini 10. Kattaki İskelenin Üstünde Görmek 84

3.7.14. Yolda Mazgalların Üzerinden Yürümek 86

3.7.15. Metro Peronunun Kenarında Durmak 87
3.7.16. Yangın Merdiveninden 3.Kata Çıkmak 88
3.7.17. On Katlı Bir Apartmanın Çatı Katında Durmak 90
3.7.18. Asansör ile 50. Kata Çıkmak 92
3.7.19. Raftan Bir Şeyler Almak İçin Sandalyenin Üstüne Çıkmak 93
3.7.20. İskele İle Gemi Arasına Yerleştirilen Platformdan Geçmek 95

3.8. AKROFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN ÖN TEST, SON TEST VE 6 AYLIK İZLEM ÖLÇÜMLERİNDE AKROFOBİ ÖLÇEĞİ KAÇINMA ALT ÖLÇEĞİ SORULARINDAN ALDIKLARI ORTALAMA PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI 96
3.8.1. Alçak Bir Tramplenden Atlayarak Havuza Dalmak 96
3.8.2. Kayalara Basarak Nehrin Karşı Tarafına Geçmek 98
3.8.3. Döner Merdivenlerden Birkaç Kat Aşağı Bakmak 99
3.8.4. Binanın İkinci Katına Uzatılmış Merdivenin Üstünde Durmak 101
3.8.5. Tiyatro Salonunun Üst Balkonunda Ön Sırada Oturmak 102
3.8.6. Dönme Dolaba Binmek 103
3.8.7. Doğa Yürüyüşü Yaparken Dik Bir Yokuşu Çıkmak 105
3.8.8. Uçak Yolculuğu Yapmak 106
3.8.9. Üçüncü Katta Açık Bir Pencerenin Önünde Durmak 107
3.8.10. Karayolundaki Üst Geçitten Geçmek 109
3.8.11. Geniş Bir Köprü Üzerinden Araba İle Geçmek 111
3.8.12. Binanın On Beşinci Katındaki Bir Ofiste Pencerelerden Uzak Bir Yerde Durmak 112
3.8.13. Cam Silme Görevlilerini 10. Kattaki İskelenin Üstünde Görmek 114
3.8.14. Yolda Mazgalların Üzerinden Yürümek 115
3.8.15. Metro Peronunun Kenarında Durmak 115
3.8.16. Yangın Merdiveninden 3.Kata Çıkmak 118
3.8.17. On Katlı Bir Apartmanın Çatı Katında Durmak 119
3.8.18. Asansör ile 50. Kata Çıkmak 120
3.8.19. Raftan Bir Şeyler Almak İçin Sandalyenin Üstüne Çıkmak 121
3.8.20. İskele İle Gemi Arasına Yerleştirilen Platformdan Geçmek 122

3.9. AKROFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN MARUZ BIRAKILMA TÜRÜNE GÖRE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN TEDAVİ SONRASI VE 6 AYLIK İZLEM ÖLÇÜMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 124
3.9.1. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Maruz Bırakılma Türüne Göre Müdahale Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar 124
3.9.2. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Maruz Bırakılma Türüne Göre Müdahaleden 6 Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar 127

3.10. AKROFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN TEDAVİ SONRASI ÖLÇÜMLERDE VE 6 AYLIK İZLEM ÖLÇÜMLERİNDE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 128
3.10.1. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması 128
3.10.2. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması 129
3.10.3. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği Duygusal Rol Güçlüğü Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması 130
3.10.4. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği Enerji/Canlılık/Vitalite Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması 131
3.10.5. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği Ruhsal Sağlık Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması 132
3.10.6. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal İşlevsellik Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması 133

3.10.7. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması 134
3.10.8. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması 134

3.11. AKROFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN MARUZ BIRAKMA UYGULAMASINDA ÇIKABİLDİKLERİ YÜKSEKLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI 135

3.12. AKROFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN MARUZ BIRAKMA SEANSLARI SÜRESİNCE DENEYİMLEDİKLERİ TOPLAM KAYGI DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 136

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
TARTIŞMA

4.1. ARAŞTIRMA KATILIMCILARININSOSYO-DEMOGRAFİK, FOBİ VE YAŞAM KALİTESİ ÖZELLİKLERİ 165
4.2. SANAL GERÇEKLİK İLE VE GERÇEK HAYATTA MARUZ BIRAKMANIN AKROFOBİ ÜZERİNDEKİ KISA VE UZUN SÜRELİ ETKİLERİ 167
4.3. SANAL GERÇEKLİK İLE VE GERÇEK HAYATTA MARUZ BIRAKMANIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ 172
4.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ 173
4.5. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ, KISITLILIKLARI VE İLERİDE YAPILACAK OLAN ARAŞTIRMALARA ÖNERİLER 174

SONUÇ 179
KAYNAKÇA 181
EKLER 193

KISALTMALAR

BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
EMDR	Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme
SG	Sanal Gerçeklik
F	6 Aylık İzlem (Follow up)
S	Sayı
Ort.	Ortalama
SS	Standart Sapma
SF-36	Kısa Form -36

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Akrofobi tanısı olan kişilerin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdelikleri s.34

Tablo 2: Akrofobi tanısı olan kişilerin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdelikleri ile bu dağılımlar arasındaki farka ilişkin ki-kare analizi bulguları ile yaş ortalamaları arasındaki farka ilişkin tek yönlü varyans analizi bulguları s.47

Tablo 3: Akrofobi tanısı olan kişilerin medeni durumlarına göre ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları s.48

Tablo 4: Akrofobi tanısı olan kişilerin çalışma durumlarına göre ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları s.50

Tablo 5: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre ön testte şiddet/kaçınma/rahatsızlık anketinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları s.51

Tablo 6: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre ön testte Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları s.52

Tablo 7: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre son testte şiddet/kaçınma/rahatsızlık anketinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları s.54

Tablo 8: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre son testte Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları s.56

Tablo 9: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları s.58

Tablo 10: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türleri için ayrı ayrı olmak üzere şiddet/kaçınma/rahatsızlık anketinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve eşleştirilmiş örneklem t testi bulguları s.60
Tablo 11: SG ile maruz bırakma grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve tekrarlı ölçümlü - karışık desenli ANOVA bulguları s.61
Tablo 12: Gerçek hayatta maruz bırakma grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve tekrarlı ölçümlü - karışık desenli ANOVA bulguları s.63
Tablo 13: Kontrol grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve tekrarlı ölçümlü - karışık desenli ANOVA bulguları s.64
Tablo 14: Alınan Ölçümlerin 3 Koşul ve 3 Zaman Dilimi İçin Ortalama Değerleri s.65
Tablo 15: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 1. sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.67
Tablo 16: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 2. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.68
Tablo 17: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 3. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.70
Tablo 18: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 4. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.71
Tablo 19: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 5. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.73
Tablo 20: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 6. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.74

Tablo 21: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 7. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.76
Tablo 22: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 8. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.77
Tablo 23: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 9. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.79
Tablo 24: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 10. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.80
Tablo 25: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 11. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.82
Tablo 26: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 12. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.84
Tablo 27: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 13. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.85
Tablo 28: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 14. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.87
Tablo 29: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 15. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.88
Tablo 30: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 16. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.90

Tablo 31: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 17. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.91
Tablo 32: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 18. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.93
Tablo 33: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 19. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.94
Tablo 34: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 20. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.96
Tablo 35: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 1. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.97
Tablo 36: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 2. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.99
Tablo 37: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 3. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.100
Tablo 38: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 4. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.102
Tablo 39: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 5. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.103
Tablo 40: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 6. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.105

Tablo 41: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 7. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.106
Tablo 42: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 8. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.108
Tablo 43: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 9. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.109
Tablo 44: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 10. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.110
Tablo 45: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 11. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.112
Tablo 46: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 12. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.113
Tablo 47: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 13. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.115
Tablo 48: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 14. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.116
Tablo 49: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 15. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.117
Tablo 50: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 16. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.119

Tablo 51: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 17. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.120
Tablo 52: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 18. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.121
Tablo 53: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 19. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.122
Tablo 54: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 20. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.124
Tablo 55: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne tedavi sonrasındaki ölçümlerde Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları s.125
Tablo 56: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları s.126
Tablo 57: Tedavi ve sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.129
Tablo 58: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.130
Tablo 59: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Duygusal Rol Güçlüğü alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.130
Tablo 60: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Enerji/Canlılık/Vitalite alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.131

Tablo 61: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Ruhsal Sağlık alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.132
Tablo 62: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal İşlevsellik alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.133
Tablo 63: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.134
Tablo 64: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları s.135
Tablo 65: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakma seanslarında en son çıkabildikleri yüksekliğin ortalaması, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi bulguları s.136
Tablo 66: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma seansları süresince deneyimledikleri toplam kaygı düzeyinin ortalaması ve bağımsız örneklem t testi bulguları s.137

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Akrofobinin Bilişsel Davranışçı Modeli s.40

EKLER LİSTESİ

EK 1: Veri Toplama Araçları ek s.1

EK 2: Üsküdar Üniversitesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Belgesi ek s.8

GİRİŞ

İnsanoğlu yüzyıllar boyu düşmanları ya da tehlikeli bir durum ile karşı karşıya kaldığında kalp atışında, nefes alış verişinde hızlanma, göğsün kabarıp inmesi ve burun deliklerinin genişlemesi ve devamında bitkinliğe, solgunluğa, terlemeye, kasların titremesine yol açan yoğun korku duygusundan kaynaklanan belirtiler yaşamaktadır. Bu belirtiler de kişinin o ortamdan hemen kaçmasına ya da kalıp savaşmasına yol açmaktadır. Korku duygusunun tehlikelere karşı uyarıcı olması ve hayatta kalabilme açısından önemi tartışılmazdır. Korku hissedilmeseydi insanoğlunun doğal ortamda hayatta kalabilmesi imkânsız olurdu. Korku, insanoğlunun tehlike karşısında en uygun tepkiyi en hızlı şekilde verebilmesine yardımcı olmaktadır. Bir diğer açıdan bakıldığında işlevsel ve hayat kurtarıcı olmasının yanında korku bazı kişiler için eğlencelidir. Tehlikeli sporlar yapan, korku hikâyeleri okumaktan keyif alan, hızlı araba kullanan kişiler düşünüldüğünde bu durumu anlamlandırmak güç olmamaktadır (Burkovik ve Tan, 2009).

Korku yaşandığında kişi davranışsal ve fizyolojik tepkiler göstermektedir. Hayvanlardakine benzer şekilde yaşanan bu tepkiler insanlarda (1) dona kalma; sessizleşme ve ölü gibi davranma ve (2) bağırma ve tehlikeli durumdan kaçma olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. Davranışsal tepkilerde hızla değişiklikler olabilmektedir; korkan biri ilk olarak dona kalıp sonrasında bir anda hızla kaçabilmektedir. Bir diğer tepki ise fizyolojik değişikliklerdir. Diğer duygularda olduğu gibi, korku hissedildiğinde davranışsal tepkilere eşlik eden fizyolojik değişiklikler de olmaktadır (Landis, 1964). Korku, çarpıntı, yüz kızarması, el ve vücutta titreme, terleme, ağız kuruluğu, kas gerginliği, baş ağrısı, nefes darlığı, tıkanma hissi, yutkunma güçlüğü, huzursuzluk, kızgınlık gibi hoşa gitmeyen belirtilere yol açmaktadır (Burkovik ve Tan, 2009). Korku uzun süre devam ettiği durumlarda ise yorgunluğa, uykuya dalmada güçlük yaşamaya, kâbuslara, iştahsızlığa ve keyifsizliğe sebep olmaktadır (Wickert, 1947).

Korku gerçekçi bir tehlike karşısında hissedilen hoşa gitmeyen bir duygudur. Korku yoğun olarak hissedildiği ve kişinin işlevselliğini bozduğu durumda ise fobi olarak adlandırılmaktadır. Yunanca'da düşmanlarına korku ve dehşet salan ve bu

sebeple silahların ve maskelerin üzerine resimlendirilen tanrı Phobos'a dayanan ve korku, panik anlamına gelen, korkunun özel bir çeşidi olan fobi (1) kişinin korkulan nesneden veya durumdan kaçma veya kaçınmasına yol açan, (2) kişi tarafından mantığa uygun bir sebep bulunamayan, (3) süreğen ve çok yoğun korku olarak tanımlanmaktadır (Reber ve Reber, 1985). Korkulan nesne veya durum, fobisi olmayan kişiler için de korkutucu olabilmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken, fobisi olan kişinin korkutucu nesne veya durum karşısında hissettiği duygunun yoğunluğu ve bu nesne veya durumdan kaçma veya kaçınma ihtiyacının fazlalığıdır. Bu durum kişinin yaşantısında kısıtlamalara yol açmakta ve hayat kalitesini azaltmaktadır. Bir başka deyişle, kişi yaşadığı korkuyu can sıkıcı bulmakta ve bu korkusu iş yaşamını, ilişkilerini ya da hayatındaki diğer önemli alanları olumsuz etkilemektedir. Eğer bir korku nadir yaşanıyorsa ve yaşamsal işlevlerde kısıtlılığa yol açmıyorsa fobi olarak nitelendirilmemektedir.

Günümüzde insanlar günlük rutin hayatlarında birçok tehlike ile karşı karşıya gelmektedirler. Her gün birçok araba kazası, yangın veya hastalık gibi olumsuz yaşam olayları meydana gelmektedir ve bu gerçekçi tehlikeler ile insanlar kaçınma yoluyla baş etmektedirler. Yoğun patlamaların yaşandığı bir ortamdan ya da suç oranlarının yüksek olduğu caddelerden kaçınıyor olmak hayat kurtarıcı bir tedbir olarak görülmektedir. Bu gibi korkuların gerçekçi olduğu durumlarda, fobilerin diğer korkulardan ayırt edilmesindeki kilit faktör kişinin kaçınma sebebidir. Ek olarak, fobisi olan kişi korktuğu durum veya nesneye maruz kaldığında yaşayacağı hasarı abartma eğilimindedir. Bir başka deyişle, fobisi olan kişi, korktuğu durum veya nesneye maruz kalmasının sonuçlarına fobisi olmayan bir kişiye oranla daha fazla anlam yüklediği için, daha yoğun kaygı hissetmekte ve daha fazla kaçınma isteği duymaktadır. (Beck ve Emery, 2006). Kısaca, kaçınma sebebi ve korkulan durum veya nesnelerin olası sonuçlarının abartılması fobilerin gerçekçi korkulardan ayırt edilmesinde kullanılan faktörlerdir.

Marks (1969) 'Korkular ve Fobiler' kitabında, tarih boyunca insanoğlunun korktuğu nesne veya durumların değiştiğini ancak fobisi olan kişilerin özelliklerinin aynı kaldığını belirtmiştir. 16.yy'da görülen şeytan ya da iblis korkusunun günümüzde artık görülmemesine, teknolojik gelişmelerle birlikte radyasyon korkusu gibi

korkuların ortaya çıkmasına rağmen; fobisi olan kişilerin korktuğu nesne veya durumların normal popülasyon ile benzer, ancak daha şiddetli olduğu dikkat çekicidir. Ayrıca 107 farklı korkulan nesne veya durum olduğu tespit edilmiştir (Terhune, 1949). Fobileri sınıflandırmak üzere yapılan çalışmalar sonucunda ise fobiler üç ana grupta toplanmıştır: (1) sosyal reddedilme (2) agorafobik özellikler (yükseklik, kalabalık vb.) içeren fobiler ve son olarak, (3) kesilme ve kan görme. Bu sonuçlar, akrofobisi olan bir kişinin büyük oranda tünellerden, köprülerden de korkabileceği anlamına gelmektedir (Beck ve Emery, 2006, s.210). Bir diğer sınıflandırmada ise, fobiler iki ana gruba ayrılmıştır (1) saplantılı korkular: çocukluk döneminde yaygın olarak görülen ve sonrasında devam eden yoğun korkular (2) travmatik fobiler: hoş olmayan tecrübeler sonucunda oluşan ve kişinin o nesne veya duruma duyarlı hale gelmesine sebep olan korkular (Beck, 1976). DSM–5'te ise fobiler dört alt grupta sınıflandırılmıştır: (1) hayvan (2) doğal çevre (3) kan iğne yaralanma ve (4) durumsal fobilerdir (APA, 2013).

DSM sınıflandırması kullanılarak yapılan araştırma sonuçlarına göre; toplumda en yaygın görülen fobilerden ilki, doğal çevre fobilerinin alt grubunda yer alan akrofobidir (Fredrikson ve ark., 1996). Akrofobi, yükseklikten aşırı düzeyde korkma ile karakterize olan bir fobik bozukluktur ve kişilerin yaşadıkları yoğun rahatsızlık hissinden dolayı yüksek ortamlardan kaçınmalarına neden olmaktadır. Bu durum kişilerin toplumsal, işle ilgili ya da önemli diğer yaşam alanlarında işlevselliklerinde düşmeye neden olmaktadır.

Kişilerin yaşamlarını önemli düzeyde etkileyen akrofobinin ve pek çok fobinin tedavisinde en yaygın kabul gören tedavi yaklaşımı Bilişsel Davranışçı Terapidir (BDT). BDT fobilerin tedavisinde kullanılabilecek hem bilişsel (bilişsel yeniden yapılandırma), hem de davranışsal (örn. maruz bırakma, gevşeme, sosyal beceri eğitimi) teknikleri içermektedir (Hofmann ve Smits, 2008). Fobilerde etkinliği kanıtlanmış olan ve sıklıkla kullanılan maruz bırakma tekniğinde ise, kişiler kaygı uyandıran nesne veya durumlara karşı alışma sonucunda kaygılarını kontrol edebilir hale gelmektedirler. Maruz bırakma, imgeleme (in vitro), gerçek hayatta (in vivo) ve sanal gerçeklik (SG) (in virtuo) şeklinde uygulanabilmektedir. 1980-1990 yılları arasında bilgisayarların gelişmesi ile birlikte ortaya çıkan bir ürün olan SG, bilgisayar

tarafından gerçek dünyadaki bir durumun üç boyutlu bir şekilde yaratılmasıdır (Kayabaşı, 2005). SG ile maruz bırakmada, teknolojik imkânlar sayesinde kişinin beş duyu organını aktif edecek şekilde, istenilen kurgu ve ortam yaratılarak, bir tür yeniden canlandırma seansları düzenlenmektedir. Bu seansların özellikle fobilerin tedavisinde etkili sonuçlara yol açtığını gösteren çalışmaların sayısı her geçen gün artmaktadır (Botella ve ark., 2000; Emmelkamp ve ark., 2001; Coelho ve ark., 2008).

Bu çalışmada, ilk olarak akrofobinin belirtilerine ve etiyolojisine yönelik farklı psikolojik bakış açılarına ve tedavisinde kullanılan tekniklere yer verilecektir. Ardından, SG ile ilgili bilgilendirme yapılacak ve SG'nin akrofobi tedavisindeki etkililiğine dair yapılan çalışmalara yer verilecektir. Son olarak da SG ile maruz bırakmanın Türk toplumunda akrofobi tanısı almış kişilerin tedavisindeki etkililiğinin araştırıldığı bu araştırmanın yöntemine ve bulgularına dair bilgiler verilecek ve araştırmanın bulguları ilgili literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM
LİTERATÜR VE AMAÇ

Bu bölümde akrofobi ve tedavisi ele alınacaktır. Akrofobinin özgül fobilerden birisi olması nedeniyle, önce özgül fobilerden bahsedilecek, ardından akrofobinin klinik özelliklerine, epidemiyolojisine, etiyolojisine, prognozuna ve eş tanılarına değinilecektir. Tedavide uygulanan psikoterapi uygulamalarına yer verildikten sonra, SG ile maruz bırakma tedavisi hakkında detaylı bilgilendirilme yapılacak ve tedavinin etkililiğine dair yapılan araştırma bulguları sunulacaktır.

1.1. ÖZGÜL FOBİ

DSM-III ve DSM-III-R'de basit fobiler olarak adlandırılan ancak "basit" bir tarafının olmadığı fark edilince DSM-IV ile birlikte özgül fobi adını alan bozukluk, (böcek, yükseklik, iğne, fırtına vb.) kişilerin iş ve sosyal hayatındaki işlevselliğinin bozulmasına yol açan psikolojik sorunlardan biridir. DSM–5'te özgül fobiler "özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma (uçağa binme, yükseklikler, hayvanlar, iğne yapılması, kan görme vb.)" olarak tanımlanmıştır. Fobi kaynağı nesne veya durum, neredeyse her zaman, doğrudan kaygı ve korku doğurmakta, kişi bu nesne veya durumdan etkin biçimde kaçınmakta ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanmaktadır. Duyulan korku ya da kaygı, özgül nesne veya durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre toplumsal ve kültürel anlamda bağlantısızdır. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürmektedir ve kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da kişinin toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevselliğinde düşmeye neden olmaktadır (APA, 2013).

Özgül fobiler, kullanılan tanı sistemine göre farklı şekillerde sınıflandırılmaktadırlar. Özgül fobiler, Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-10'da (International Statistical Classification of Diseases and Related Health

Problems 10th Revision) fobik kaygı bozuklukları içinde kategorize edilmektedir (ICD-10, 1992). Günümüzde daha yaygın olarak kullanılan tanı sistemi olan DSM-5'te ise şu şekilde tanımlanmaktadır:

> "A. Özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma (örn. uçağa binme, yükseklikler, hayvanlar, iğne yapılması, kan görme). B. Fobi kaynağı nesne ya da durum, neredeyse her zaman, doğrudan korku ya da kaygı doğurur. C. Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır. D. Duyulan korku ya da kaygı özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre toplumsal – kültürel bağlamda orantısızdır. E. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı aydan ya da daha uzun sürer. F. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur. G. Bu bozukluk, panik benzeri belirtilere ya da yetersizleştiren belirtilere (agorafobide olduğu gibi) eşlik eden korku, kaygı ya da kaçınma gibi; takıntılarla ilişkili nesneler ya da durumlar gibi (takıntı – zorlantı bozukluğunda olduğu gibi); örseleyici olayların anımsatıcıları gibi (örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi); evden ya da bağlandığı kişilerden ayrılma gibi (ayrılma kaygısında olduğu gibi) ya da toplumsal durumlar gibi (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz" (Köroğlu, 2015, s. 115).

Özgül fobilerin korkulan nesne veya duruma göre alt grupları bulunmaktadır. DSM-5'te özgül fobiler 'hayvan, doğal çevre, kan iğne yaralanma ve durumsal' olmak üzere dört alt grupta sınıflandırılmıştır (APA, 2013). Hayvan tipi fobide korku nesnesi köpek, böcek, yılan gibi hayvanlardır. Doğal çevre tipi fobiler, yükseklik, fırtına gibi doğa olaylarına duyulan yoğun korkuyla ilişkilidir. Kan iğne yaralanma tipi fobilerde korku nesnesi kan ve enjeksiyonla ilgilidir. Durumsal fobiler ise, toplu taşıma araçlarına binme gibi korkuları içermektedir. Özgül fobi tanısı olan kişi, anksiyete bozukluğunun alt tiplerinden olan sosyal fobide gözlemlendiği gibi başkaları tarafından görülmekten ya da panik atakta gözlemlendiği gibi delirmekten daha çok uyaranın kendisinden korkmaktadır (Leahy ve Holland, 2009).

1.2. AKROFOBİ

1.2.1. Akrofobinin Klinik Özellikleri

Akrofobi ya da yükseklik korkusu, yükseklikten orantısız bir şekilde korkma ve yükseklikle karşı karşıya kalabileceği durumlara karşı kişinin gösterdiği şiddetli kaçınma davranışı ve bu durumda hissettiği rahatsızlık ile karakterize bir rahatsızlıktır. Akrofobi tanısı olan kişilerin kaçındığı durumlar çok çeşitlilik göstermektedir. Bu durumlar merdiven basamaklarını tırmanmak, yüksek katların birindeyken cam kenarına yaklaşmak, köprülerin üzerinden geçmek, tiyatroyu balkon localarından izlemek gibi pek çok ortam ile ilgilidir (Wiederhold ve Bouchard, 2014). Akrofobide korkulan durum genellikle düşme, ciddi yaralanma veya ölümdür. Bazı kişilerin görsel olarak düştüklerini hayal ettiklerini, bazılarının ise karşı koyamayacakları atlama isteğinden korktukları gözlemlenmektedir (Beck, 1976).

Akrofobi tanısı olan kişiler yüksekliğe maruz kaldıklarında başka tür fobisi olan kişilerin gösterdiği tepkilere benzer tepkiler gösterirler. Diğer fobilerde olduğu gibi yaşanılan üç ana tepki fobik düşünme, kaygı, korku ve panik ile fobik davranıştır. Duruma bağlı olarak kişinin korkutucu uyarana karşı tepkisi hafif kaygı seviyesinden yoğun panik atak arasında değişebilmektedir. Her ne kadar kaygı, korku ve panik terimleri birbirlerinin yerine kullanılıyor olsa da bu terimler arasında kayda değer farklılıklar bulunmaktadır. Kaygı kişinin gelecekte tehdit olasılığına odaklandığı bir duygudur. Belirsiz ve potansiyel olarak tehlikeli görülen bir durum mevcuttur. Bu duygu endişelenmeye eğilim ve içerisinde bulunan durumda olası bir tehlike öngörme ile ilişkilidir. Diğer taraftan, korku ise kişinin içerisinde bulunduğu bir tehlike ya da mevcut durumu tehlike olarak yorumladığında ortaya çıkan bir duygudur. Korku duygusu savaş ya da kaç tepkisine yol açmaktadır. Organizma tehdit altındayken, bedeni organizmanın ortamdan kaçabilmesi ya da tehlikeye karşı koyabilmesi adına karakteristik tepkiler vermektedir. Örneğin, akrofobi tanısı olan bir kişinin yükseklik karşısında verdiği tipik tepki ortamdan uzaklaşması yani kaçmasıdır. Savaş ya da kaç tepkisi kişiyi algılanan tehditten korumak adına birçok fizyolojik değişime yol açmaktadır. Korku karşısında, kişinin kaçmasının kolaylaşması için kan daha güçlü ve hızlı bir şekilde pompalanmaktadır, vücudun daha fazla oksijen alması için nefes alma

hızı artmaktadır, serinlemek için ise terlenmektedir. Panik atak ise hızla yükselen korkuyu ifade eden klinik bir terimdir. Panik atak, baş dönmesi, nefes darlığı gibi fiziksel belirtilerle birlikte, kontrolü kaybetme, ölüm korkusu gibi belirtileri de içermektedir. Çoğunlukla korkutucu durum karşısında ortaya çıkıyor olsa da, herhangi tetikleyici bir durum olmadığında da panik atak belirtileri ortaya çıkabilmektedir (Antony ve Rowa, 2007). Kısaca, akrofobi tanısı olan kişiler yüksekliğe maruz kaldıklarında yoğun korku ve kaygı hissedip, panik atak belirtileri göstermektedirler.

Akrofobi oluşumunda kişinin düşünceleri önemli bir role sahiptir. Akrofobi, fobik düşünceler ile ilişkilidir. Kişi bulunduğu ortamın güvenli olduğuna ve düşme ihtimalinin olmadığına inanıyorsa, büyük olasılıkla korkmaz ancak bulunduğu ortamdan düşeceğine dair inancı fazlaysa korku ve kaygı yaşama ihtimali çok yüksektir. Akrofobi tanısı olan kişilerin çoğunlukla sahip olduğu düşünceler "dengemi kaybedeceğim ve düşeceğim", "bu köprü hiç sağlam değil", "asansör aşağı düşecek", "kontrolümü kaybedeceğim ve korkumdan dolayı delireceğim", "korkumdan dolayı başım dönecek ve düşeceğim" şeklindedir. Görüldüğü üzere, akrofobi yalnızca yüksek durum ile ilgili değildir. Kişi yüksek ortamlarda yaşayacağı fiziksel belirtilerin olası olumsuz sonuçlarından da korkmaktadır (Antony ve Rowa, 2007). Başka bir ifadeyle, kişilerin bulunduğu ortamda yaşayabileceği olumsuzluklar ile ilgili düşünceleri yaşadıkları korkuya neden olmaktadır.

Akrofobi kişinin davranışlarını da etkilemektedir ve kişiler fobik davranış göstermektedirler. Korku duygusuna, neredeyse her zaman korku duygusunu azaltan davranış eşlik etmektedir. Birçok durumda, bu davranış kaçınma veya kaçmadır. Yükseklikten korkan kişiler çoğunlukla balkonlar, yüksek binalar gibi yüksek ortamlarda bulunmaktan kaçınırlar. Yüksek ortamlarda bulunmaya zorlandıklarında ise çoğunlukla algıladıkları tehlikeyi ve hissettikleri kaygıyı azaltan güvenlik davranışlarında bulunmaktadırlar. Örneğin yüksek bir balkonda bulunmaları gerekiyorsa, çoğunlukla kenarlara yaklaşmaktan, başka birisinin yaklaşmasından ya da aşağıya bakmaktan kaçınırlar veya kenarlara tutunmaya çalışırlar. Her ne kadar bu davranışlar kişinin zihninde olası tehlikeyi engelliyor olsa da, uzun vadede korkularının sürmesine katkıda bulunmaktadır (Antony ve Rowa, 2007).

1.2.2. Akrofobinin Yaygınlığı

Yapılan araştırmalar özgül fobilerin kadınlar arasında en yaygın, erkeklerde ise madde kullanım bozukluklarından sonra ikinci en yaygın psikiyatrik bozukluk olduğunu ve toplumun ortalama %5 - 10'unu etkilediğini göstermektedir (Kaplan ve Sadock, 2004). Ayrıca, araştırmalar, özgül fobinin altı aylık yaygınlığının %5 ila %10 arasında olduğuna (Myers ve ark., 1984; akt. Doğan, 2011); bir yıllık yaygınlığının ise %2 ila %8,8 arasında değiştiğine işaret etmektedir (Kessler ve ark., 1994; Doğan ve ark., 1998; Preville ve ark., 2008; akt. Doğan, 2011). Erkeklere oranla kadınları daha çok etkilediği tespit edilen (Chou, 2009) özgül fobiler, tedavi edilmezse kronikleşme eğilimindedir (Schneider ve ark., 1992).

Akrofobi, özgül fobilerin en yaygın görülenlerindendir (Fredrikson ve ark., 1996) ve hayat boyu yaygınlığı %1,1 ila %6,4 arasında değişmektedir (Kapfhammer, Huppert, Grill, Fitz ve Brandt, 2004). Akrofobi kadın ve erkeklerde aynı sıklıkla görülmektedir (Fredrikson ve ark., 1996). Araştırmalar, kişilerin ilk olarak 20'li yaşlarında yükseklikten korkmaya başladıklarına ve zamanla korkularının yoğunlaşarak fobi teşhisi almalarına yol açacak seviyeye ulaştığına işaret etmektedir (Antony, Brown ve Barlow, 1997). Fridrikson ve ark. (1996) akrofobinin yaşlı yetişkinlerde genç yetişkinlere oranla daha yoğun olma eğiliminde olduğunu belirlemişlerdir. Kirkpatrick (1984) ise akrofobi ve yaş arasındaki ilişkinin kadın ve erkeklerde değiştiğini ve daha karmaşık olduğunu ifade etmiştir. Araştırmasının bulguları, yaşlı kadınların genç kadınlara oranla yüksek binalardan aşağı bakma korkularının daha yüksek olduğunu ve akrofobinin sıklığının yaşla birlikte artma eğiliminde olduğunu ancak kırk beş yaşından sonra azaldığını göstermektedir. Erkeklerde ise yaş ve korku düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Kısaca, akrofobi toplumda sık görülmektedir ve kadınlar ile erkekleri aynı oranda etkilemektedir.

1.2.3. Akrofobinin Etiyolojisi

Akrofobinin gelişmesi ve sürdürülmesinde hangi faktörlerin rolü olduğunun belirlenmesi tedavi açısından büyük önem taşımaktadır. Diğer hastalıklarda olduğu gibi akrofobinin etiyolojisini de bilmek tedavide yol gösterici olacaktır. Bu bölümde,

akrofobinin gelişmesine etki eden faktörler değişik yaklaşımlar açısından ele alınacaktır.

1.2.3.1. Biyolojik Yaklaşım: Kalıtımın Rolü

Fobiler ve diğer kaygı ile ilişkili bozukluklar sıklıkla genetik temellidir (Depla ve ark., 2008; Fyer, Manuzza, Chapman, Martin ve Klein, 1995; Hettema ve ark., 2001). Ancak bir kaç aile üyesinin belirli bir fobiyi paylaştığının görülmesi, korkunun genetik miras kaldığı çıkarımını doğurmamalıdır. Fobiler çoğunlukla diğer aile üyesini korktuğu bir durumda izlemek gibi deneyim yoluyla da paylaşılmaktadır. Araştırmacılar bir durumun genetik mi yoksa çevresel faktörlerden mi etkilendiğini ayırt edebilmek adına ikiz çalışmalarından yararlanmaktadırlar. Villafuerte ve Burmeister (2003) tarafından yapılan araştırma bulgularına göre, bir ikizin fobisi olduğunda diğer ikizin aynı fobiyi geliştirme şansı %30'dur. Hettema ve ark. (2001) tarafından yapılan meta analiz çalışması ise, fobilerin % 20 ila % 40 oranında kalıtımsal olduğuna işaret etmektedir. Ancak bu araştırma, sosyal fobi, agorofobi gibi tüm fobi türlerini içermektedir. Yalnızca özgül fobileri etkileyen genetik faktörlerin araştırılması için Van Houtem ve ark. (2013) tarafından yapılan meta analiz çalışması sonuçları Hettema ve ark. (2001) tarafından yapılan çalışma ile uyumludur ve özgül fobilerin de %20 ila %40 oranında kalıtımsal olduğuna işaret etmektedir.

Konuya dair yapılan araştırmaların sonuçları çoğunlukla fobilerin gelişiminde genetik faktörlerin rolü olduğunu ortaya koymaktadır ancak kişide fobi farklı yollarla görülebilmektedir (Kendler ve ark., 2001). Bir başka deyişle, kişi genetik olarak bazı durumlarda endişeli olma ve korku duyma eğilimindedir ancak korktuğu durum veya nesne ebeveynlerinin korktukları durum veya nesneler ile aynı olmak zorunda değildir. Akrofobide ise genetik faktörlerin rolü daha az nettir. Kendler, Karkowski ve Prescott (1999) tarafından yapılan ikiz çalışmasının bulguları, akrofobinin %67 oranında kalıtımsal olduğuna işaret etmektedir. Öte yandan, Skre ve ark. (2000) akrofobinin de dâhil olduğu doğal ortam korkularında genetik bileşen bulamadıklarını ifade etmişlerdir. Kısaca, genetik faktörler kişide korkma eğilimini arttırmaktadır ancak korkunun çeşidinin belirlenmesinde ve fobinin gelişip gelişmemesinde rol oynayan başka çevresel ve öğrenilmiş faktörler bulunmaktadır.

1.2.3.2. Evrimsel Yaklaşım

Fobilerin etiyolojisini açıklayan bir diğer kuram ise evrimsel yaklaşımdır. Davranışçı yaklaşımda Rachman (1977) tarafından önerilen model, fobilerin klasik koşullanma, modelleme ve olumsuz bilgilerin iletimi olmak üzere üç farklı yol üzerinden geliştiğini öne sürmektedir. Bu model her ne kadar Menzie ve Clarke (1993) tarafından yapılan araştırmanın sonuçları ile tutarlı olsa da birçok insanın yükseklik ile ilişkili olumsuz deneyim yaşamalarına ya da yüksekliğin tehlikeli olduğuna dair bilgilere maruz kalmalarına rağmen neden korku geliştirmediklerini açıklamamaktadır. Bu gerekçeyle, Menzie ve ark. (1995), Rachman tarafından önerilen modele, korkunun gelişimine yol açan dördüncü bir yol eklenmesini önermişlerdir. Bu yeni yol bazı korkuların öğrenme deneyimi olmadan doğuştan var olabildiğine işaret etmektedir. Atalarımızın yaşadığı ortamlar göz önünde bulundurulduğunda, akrofobinin evrimsel olarak koruyucu bir etkisi olduğu söylenebilmektedir. Mineka ve ark. (1980) vahşi doğadaki maymunların aksine, laboratuvar ortamında yetiştirilen maymunlarda oyuncak veya gerçek yılanla karşılaştıklarında duygusal huzursuzluk belirtileri ile karşılaşmamalarını dikkat çekici bulmuş ve laboratuvarda yetiştirilen yılandan korkmayan maymunlara, vahşi doğada yetişmiş ve yılandan korkan ebeveynlerinin yılana maruz kaldıklarındaki tepkilerini izletmişlerdir. Araştırma sonuçları, beklenildiği üzere yılandan korkan ebeveynleri gözlemlemenin laboratuvar ortamında yetiştirilen maymunlarda korkunun ve kaçınmanın ortaya çıkmasına yol açtığını göstermektedir. Araştırmacılar, dolaylı yoldan edinilen korkunun kaybolması için aç maymunların yalnızca yılan şeklindeki bir kutudan yemek alabilecekleri bir düzenek oluşturulmuştur. Bir başka deyişle, edindikleri korkunun sönmesi için maymunları korkutucu nesneye maruz bırakılmışlardır, ancak sonuçlar beklenildiği gibi olmamıştır ve maymunların korkusu sönmemiştir. Kısaca mevcut bilgiler, yılan korkusunun maymunlar için öğrenilmiş bir tepki olmasının yanında maymunların bu korkuya doğuştan sahip olduklarını göstermektedir. Korkuların çoğunun doğuştan olduğuna ve insan gelişimi boyunca koruyucu etkisinden dolayı doğal olarak geliştiğine dikkat çeken evrimsel bakış açısına göre de bu durum anlamlıdır. Bir başka deyişle, evrimsel olarak korkular insanoğlunun hayatta kalmasında yardımcı olmaktadırlar.

1.2.3.3. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik yaklaşım, insanların deneyimledikleri korku ile korkunun kaynağı arasındaki dolaylı ilişkiye dikkat çekmektedir. Bir başka deyişle, kişinin ana korkusu şekil değiştirerek başka bir forma bürünmektedir (Freud, 1933). Freud kaygı bozukluklarını genel olarak bilinçdışı faaliyetlerle ilişkilendirmiştir. Kaygının kaynağının gerçek olması durumunda yaşanan kaygıyı 'nesnel kaygı', kişinin vicdan, utanç veya suçluluk duygusundan kaynaklanan kaygıyı 'ahlaki kaygı', kaygının kaynağının içselleştirilmiş veya bastırılmış dürtülerden kaynaklanması ve gerçekte kaygı objesi olmaması durumunda ortaya çıkan kaygıyı ise 'nörotik kaygı' olarak adlandırmıştır. Nörotik kaygıda bireylerin id'den kaynaklanan bastırılmış dürtülerinin ortaya çıkmasından ötürü yaşanan bir bilinçdışı kaygıdan söz edilmektedir (Tükel, 2002). Fobi ile nörotik kaygı daha çok ilişkilendirilmektedir. Bir başka deyişle, fobiler 'Küçük Hans' vakasında olduğu gibi bastırılmış kaygı uyandıran dürtülere karşı bir savunma ya da bastırılmış kaygı uyandıran bir olayın ifadesi şeklinde kavramsallaştırılmaktadır. Freud (1909) Çocukta Fobinin Analizi kitabında beş yaşında Hans isminde atlardan korkan bir çocuktan bahsetmektedir. Freud, Hans'ın dört yaşındayken başlayan at korkusunun çözülmemiş ödipal çatışmanın sonucunda ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Bir başka deyişle, çocuğun yaşadığı at korkusunun sebebi annesine yönelik hissettiği cinsel arzulardan dolayı babasının penisini keseceğine dair inancıdır. Ego bu tür kaygı uyandıran dürtülerin bilince çıkmasını engellemek adına ilk olarak bastırma mekanizmasını, bastırma mekanizmasının yetersiz kaldığı durumlarda ise cinsel çatışmanın asıl nesnesinden ayrıştırılarak ilgisiz gibi görünen başka bir nesneye yönlendirmesine yardımcı olan yer değiştirme mekanizmasını devreye sokmaktadır. Bir başka deyişle at fobisi, kastrasyon kaygısını engelleyen bir savunma mekanizması işlevi görmektedir; çocuk babasına dair korkusunu daha az endişe yaratan atlara yönlendirmiştir.

Psikanalitik yaklaşımın bir diğer temsilcisi Rank (2001) ise kaygıya dair yaptığı açıklamada 'ilkel kaygı' kavramını ortaya atmıştır. Bireylerin ilk deneyimledikleri travmatik kaygının doğum anında yaşanılan kaygı olduğunu belirtmektedir. Anne rahminden ve anneden ayrılığın yaşandığı ilk kaygı ile diğer kaygı bozukluklarını tetikleyen unsurun aynı kaynaktan temel aldığını

vurgulamaktadır. Horney, kaygı bozukluklarını tanımlarken stres faktörünün öneminden bahsetmektedir ve kaygının, bireyin çevresinden gelen stresörlere verdiği doğal bir tepki olduğunu vurgulamaktadır (akt. John ve Crosby, 1976). Adler ise kaygının bireylerin daha önceki dönemlerde deneyimledikleri eksiklik duygusunun bir sonucu olarak ortaya çıktığını vurgulamaktadır ve özgül fobilerin bireylerin kendi eksiklik duygularından ötürü başa çıkamadıkları durumlarda ortaya çıkan duruma özgü kaygılar olduğunu ifade etmektedir (akt. Öknel, 1982). Kısaca, psikoloji alanının öncüleri olan birçok kuramcı kaygıyı ve kaygı oluşumunu farklı şekillerde tanımlamaktadırlar.

1.2.3.4. Davranışçı Yaklaşım: Öğrenme ve Deneyimin Rolü

Fobilerin etiyolojisini açıklayan kuramlardan bir diğeri de davranışçı yaklaşımdır. Davranışçı bakış açısı, fobilerin rastlantısal şartlanma sonucunda oluştuğunu belirtmektedir; korkutucu bir olay sonrasında kişide bir kaygı oluşmaktadır ve olay sırasında ya da öncesinde bulunan nötr uyaran ile kaygı koşullanarak fobiyi geliştirmektedir (Wolpe, 1969). Günümüzde akrofobinin tedavisine zemin oluşturan Mowrer'in modeli (1939), fobilerin gelişmesi ve sürdürülmesinin iki aşamalı öğrenmeyi içerdiğini öne sürmektedir. Mowrer, ilk aşamanın korkunun gelişmesinden sorumlu olduğunu belirtmiştir. Kişi belirli bir nesne veya durumu hoş olmayan bir deneyim ile ilişkilendirdiğinde korkmaya başlamaktadır. Örneğin, köpek tarafından ısırılan bir kişi köpek korkusu, araba kazası geçiren biri araba korkusu ya da yüksek bir yerde hoşa gitmeyen fiziksel duyum hisseden ya da düşen biri akrofobi geliştirmeye başlamaktadır. Bu süreç klasik koşullanma olarak adlandırılmaktadır. Mowrer'in teorisindeki ikinci aşama ise tekrarlanan olumsuz deneyimlerin korkuların zaman içerisinde sürmesine sebep olduğudur. Köpek tarafından ısırılan bir kişinin korkusu, köpeğin ısırması devam etmediği halde sürmektedir. Bu korkunun sürmesindeki faktör ise kişinin korktuğu durumdan kaçınmaya devam ediyor olmasıdır. Korktuğu nesne veya durumdan kaçınan kişi rahatlama hissetmektedir ve bu rahatlama hissi kaçınma davranışını arttırmaktadır. Kısaca Mowrer, korkuların korkulan durumdaki olumsuz bir deneyim sonucu başladığını ve kaçınma davranışının da korkunun devam etmesine yol açtığını ifade etmiştir. Bu ilişki Baum (1970) tarafından yapılan bir araştırmada desteklenmiştir. Fareler üzerinde yapılan deneyde,

şok verilen ızgara zeminli kafeslere hayvanların atlayabileceği ve şoktan uzaklaşabilecekleri emniyetli alanlar oluşturulmuştur. Izgara zemin üzerinde şoka maruz kalan farelerde kaçınma davranışları gözlenmiştir ve bu kaçınma davranışlarının şok verilmediği durumlarda da devam ettiğinin gözlenmesi dikkat çekmektedir. Bu durum, kaygı uyandıran nesne veya durumlardan kaçınmanın kaygıyı azalttığı ve buna bağlı olarak da azalmış kaygının kaygı verici nesne veya durum sürmemesine rağmen kaçınmayı teşvik ettiğini göstermektedir. Kafeslerden emniyetli yerlerin kaldırılması ve farelerin korkutucu duruma maruz bırakılmaları ilk olarak huzursuzluğa daha sonrasında da kaçınma davranışlarının yok olmasına yol açmaktadır. Genel olarak Baum (1970) bu deneyi ile insanlardaki fobilerin oluşumuyla ilgili davranışçı yaklaşımı destekleyen sonuçlar elde etmiş ve gerçek hayatta maruz bırakmanın fobi tedavisinde etkili olduğunu göstermiştir.

Diğer taraftan, bu teori akrofobi tanısı olan kişilerin yüksekliği korkutucu veya endişe uyandıran bir deneyim ile eşleştirdikleri bir yaşantı tanımlayamadıkları durumları açıklayamamaktadır. Çoğunlukla, akrofobi yüksek bir yerden düşme sonucunda başlamamaktadır. Menzies ve Clarke (1993) bu konu üzerine yaptıkları araştırma sonucunda akrofobinin ilişkisel olmayan yollarla öğrenildiğini ortaya koymuşlardır. Araştırmaya akrofobi tanısı olan ve almayan 21 kişi dâhil edilmiştir. Araştırma sonuçları, akrofobi tanısı almayan kişilerden oluşan grupta, korku geliştirebilecekleri durumlara maruz kalmalarına rağmen korku geliştirmeyen katılımcılar olduğunu göstermiştir. Bir kaç yıl sonra Menzies ve Clarke (1995), araştırmayı daha geniş bir örneklem grubunda (n=148) tekrarlamışlardır. İlk olarak ilişkisel öğrenme araştırılmış ve araştırma sonuçları, önceki araştırmaya benzer şekilde iki grup arasında akrofobiye yönelik ilişkili öğrenme olaylarını deneyimleme açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Ancak bu durum, korkunun ortaya çıkışı ile ilgili deneyimin hatırlanmasındaki başarısızlığa bağlanabilmektedir. Bu yöntemsel sorunun üstesinden gelebilmek adına, Poulton ve ark. (1998) ortalama olarak 1000 kişiyi doğumlarından itibaren takip ettikleri boylamsal bir çalışma yapmışlardır. Araştırma bulguları, önceki araştırmaların sonuçlarını doğrulayacak şekilde araştırmacılar kırık, çıkık, yırtılma ve kafa içi (intrakranial) yaralanmaya sebep olan ciddi düşmelerin ilerleyen yaşlarda akrofobi oluşturmada etkili olmadığını göstermektedir. Ayrıca, araştırma bulguları tahmin edilenin aksine, 5 ve 9 yaş arasında

ciddi yaralanmalara sebep olan düşme deneyimi yaşayan katılımcıların 18 yaşında akrofobi geliştirme ihtimallerinin daha az olduğunu göstermektedir. Kısaca, akrofobi geliştirmek için kişilerin geçmiş yaşantılarında mutlaka düşme vb. sonucunda ciddi yaralanma yaşamalarının gerekmediğini hatta bu tür bir kaza yaşayan kişilerin daha az akrofobi geliştirdikleri belirlenmiştir. Bu bilgiler ışığında, Rachman (1977) daha geniş bir korku gelişimi modeli geliştirmiştir. Rachman, korkunun doğrudan deneyim, başkalarını gözlemleyerek öğrenme ve bir durumun tehlikeleri hakkında bilgi edinme yoluyla öğrenme olmak üzere üç farklı yol ile gelişebileceğini belirtmiştir. Akrofobinin gelişmesinin bir yolu kişinin yüksek bir yerde korkutucu bir deneyim yaşamış olmasıdır. Örneğin, yüksek bir yerde panik atak yaşayan bir kişi bu belirtileri yüksek yerler ile ilişkilendirip fobi geliştirebilmektedir. Korkunun gelişmesinin bir diğer yolu ise, diğer insanların deneyimlerinin gözlemlenmesidir. Yüksek bir yerden düşen bir insanı gören bir kişinin akrofobi geliştirme ihtimali yüksektir. Korkunun gelişmesinin üçüncü yolu ise, bir durum veya nesnenin tehlikeli olduğuna dair bilgilere maruz kalmaktır. Etrafımızdaki insanlardan, izlediğimiz filmlerden, okuduğumuz romanlardan birçok bilgi ediniriz. Kendisine defalarca yüksekliğin tehlikeli olduğu söylenilen bir kişinin akrofobi geliştirme ihtimali yüksektir. Özetle, akrofobi tanısı olan kişilerin tümü aynı yol ile değil farklı şekillerde fobi geliştirebilmektedirler.

1.2.3.5. Bilişsel Yaklaşım

Akrofobinin gelişiminde rolü olan faktörlerden biri bilişsel faktörlerdir. Bilişsel yaklaşım, akrofobinin panik bozukluk ile benzer şekilde geliştiğini öne sürmektedir. Bu bağlamda, Davey ve ark. (1997) bilişsel hataların kişilerin yükseklik ile ilişkili durumlardaki bedensel duyumlarını tehlike olarak algılamalarına sebep olabileceği düşüncesi ile 100 öğrenciyi, akrofobi, örümcek fobisi, depresyon ve durumsal kaygı açısından değerlendirmişlerdir. Araştırma sonuçları, akrofobide diğer fobilerden farklı olarak, kişinin bedensel duyumlarını tehlike olarak algıladıkları ve yanlı yorumladıklarını ortaya koymaktadır. Kısaca, akrofobi tanısı olan kişiler yüksek bir ortamdayken yaşadıkları bedensel durumları "tehlike" olarak algılamaktadırlar ve bu doğrultuda davranışsal tepkiler vermektedirler. Kaygı ve kaçma davranışının korunması, bilişsel önyargılarla da açıklanmaktadır. Fobisi olan kişilerde genellikle

görülen bilişsel ön yargılar bazı araştırmalarda vurgulanmaktadır. Lavy, van den Hout ve Arntz (1993) fobisi olan kişilerin yargı yanlılığına, önyargıya ve tehdit edici uyarana aşırı dikkat yönlendirmeye yatkın olduklarını belirtmişlerdir. Tehdit uyandırıcı uyaranlara bu aşırı dikkatin fobik davranışların korunmasında özellikle etkili olduğu vurgulanmaktadır (Kindt ve Van den Hout, 2001). Diğer bir etken olan duygusal akıl yürütme ise, fobisi olan bireylerin kaygı belirtilerinin tehlike mevcudiyetini işaret ettiğine inanma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Bu akıl yürütme biçimi, korkunun sürdürülmesine yol açarak korkuyu yaygınlaştırmaktadır (Arntz, Rauner ve Van den Hout, 1995). Kısaca, tehdit edici uyarana aşırı dikkat ve duygusal akıl yürütme biçimi kişilerin fobik korkularının devamında etkili olan faktörler arasındadır.

Akrofobinin etiyolojisini birçok faktörü göz önünde bulundurarak açıklayan model ise Stres-Yatkınlık Modeli (Diathesis-Stress Model)'dir. Mineka ve Zinbarg (2006) akrofobinin etiyolojisini en iyi açıklayan modelin Stres-Yatkınlık Modeli olduğunu belirtmektedirler. Biyolojik, psikolojik ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşimini bütüncül bir bakış açısı ile değerlendiren bu model akrofobinin etiyolojisini açıklamaya yönelik etki düzeyi yüksek olan faktörlerin bütünleştirilmesini temsil etmektedir. Bu model, kaygı bozukluklarının strese "yatkın" bir kişide çevresel ve yaşantısal stresin dinamik etkileşiminden kaynaklandığını öne sürmektedir. Bu doğrultuda akrofobinin ortaya çıkmasına neden olan temel etkenler, yaşamın erken dönemlerinde oluşan bir yatkınlık (duyarlılık, incinebilirlik) ve ardından yaşanan stresin etkisiyle açıklanmaktadır.

1.2.4. Akrofobinin Prognozu ve Eş Tanılar

Tüm psikolojik sorunlarda olduğu gibi akrofobinin nasıl bir prognoz (gidişat) izlediği de önemlidir. Kısıtlı çalışma olması sebebiyle akrofobinin prognozu ile ilgili bilgiler sınırlıdır ancak kişilerin korkusunun uzun yıllar devam ettiği klinik ortamlarda gözlenmektedir. Korkunun çok yoğun ve mantığa uygun olmamasının kişi tarafından bilinmesine rağmen yıllarca devam edebilmesinin altında tekrarlayıcı travmatik yaşantı, olumsuz yaşantının gözlemlenmesi ya da diğerleri tarafından olumsuz yaşantının aktarımının yanında kaçınma davranışlarından ve yanlı yorumlamalardan

oluşan “sürdürücü faktörler”in de etkisi bulunmaktadır. Bu gerekçeyle tedavide bu faktörlerin çalışılması önemlidir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Özgül fobiler çoğunlukla diğer kaygı bozuklukları, depresyon, duygu durum bozuklukları, madde ile ilişkili bozukluklar, bedensel belirti bozuklukları ve kişilik bozuklukları ile birlikte görülmektedir (APA, 2013). Durumsal alt tipteki korkuların diğer özgül fobi alt tiplerine göre depresyon ve madde ile ilişkili bozukluklarla eş tanı alma ihtimali daha fazladır (Morrison, 2017).

1.3. AKROFOBİNİN TEDAVİSİ

En yaygın görülen psikiyatrik bozukluklar arasında olmasına rağmen akrofobi, yalnızca kişide yarattığı kaygı fobik uyaran ile sınırlı olmasından dolayı diğer psikiyatrik bozukluklardan daha az şiddetli görülmektedir (Kessler ve ark., 2005). Bu gerekçeyle tedavi arayışı nadirdir (Brown ve ark., 2001). Bu bölümde, özgül fobiler sınıfında yer alan akrofobinin tedavisinde uygulanılan yöntemlere değinilecektir.

Özgül fobilerin tedavisinde uygulanılan bir yöntem, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu için geliştirilen Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Terapisidir (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR). Kaygı oluşturan uyarana ya da travmatik yaşantıya dair bilişlerin yeniden yapılandırılmasını amaçlayan bu tekniğin özgül fobiler için oluşturulan protokolü, kişinin klinisyenin iki yöne hareket ettiği parmağını takip ederken korkutucu durum veya nesnenin imgelemesini içermektedir. EMDR’nin özgül fobilerin tedavisinde etkililiğine dair yapılan araştırmalar kısıtlı sayıdadır. Araştırmaların sonuçları EMDR’nin gerçek hayatta maruz bırakma yönteminden daha az etkili olduğunu (de Jong ve ten Broeke, 2009) ve kaygı azaltıcı etkisinin aslında imgeleme tekniğinden kaynaklandığını, tedaviye EMDR eklenmesinin ilave olumlu etki yaratmadığını ortaya koymaktadır (Davidson ve Parker, 2001). Bazı araştırmacılar, EMDR’nin daha çok travmatik bir yaşantı sonrasında gelişen fobiler söz konusu olduğunda etkili olabileceğini öne sürmektedirler (Jongh ve ark., 1999). Bu nedenle de travma sonrası gelişmeyen özgül fobilerde pek kullanılmamaktadır.

Günümüzde, özgül fobilerin tedavisinde en yaygın ve kabul gören terapi yaklaşımı, Bilişsel Davranışçı Terapi'dir (BDT) (Hofmann ve Smits, 2008). Fobilerin tedavisinde hem bilişsel hem davranışsal teknikler hem de bu ikisinin kombinasyonları da kullanılabilmektedir. Bu tekniklerden maruz bırakma, BDT'nin temel tekniklerinden biridir. Kaygı bozukluklarında en etkili BDT tekniklerinden birisi olan maruz bırakma, insanların korkuları ile yüzleşmesi için geliştirilen psikolojik bir tedavi yöntemidir. Maruz bırakma terapisine, fobik kaygının koşullu bir tepki olduğunu ve koşullu uyaran tarafından tetiklendiğini, durumsal kaçınmanın ise kaygıyı anlık azaltması sebebiyle korkuyu uzun vadede pekiştirdiğini belirten Mowrer (1939)'ın teorisi zemin oluşturmaktadır. Bir başka deyişle, insanlar korktukları nesnelerden, aktivitelerden ve durumlardan kaçınma eğilimindedirler. Her ne kadar bu kaçınma davranışı rahatlamaya yol açsa da, uzun vadede korkularının daha da artmasına sebebiyet vermektedir. Bu teoriden esinlenerek, Wolpe (1958) "sistematik duyarsızlaşma" tekniğini geliştirmiştir. Bu teknik kişinin yaşadığı sıkıntıya rağmen korktuğu ve kaçındığı durum ya da nesne ile yüzleşmesini içermektedir. Korkulan durum ya da nesneye yeteri kadar maruz kalmanın, alışma ve öğrenmeye neden olarak söz konusu duruma ilişkin kaygıyı azaltacağı düşünülmektedir. Ayrıca, Duygusal İşlemleme Teorisi maruz bırakma sırasında kişinin korkulan nesne veya durum ile ilgili daha gerçekçi işlevsel inançlar oluşturmayı öğrendiklerini ileri sürmektedir (Foa ve Kozak, 1986). Bir başka deyişle, maruz bırakma kişilerin korkuya yönelik inançlarını yeniden düzenleyecek doğru bilgi edinmelerini sağlamaktadır. Güncel araştırmalar, maruz bırakma uygulamasında seans sırasında ve seanslar arasında kaygı seviyesinin azalmasından ziyade, kişilerin korktukları nesne veya duruma yönelik öğrendikleri yeni bağlantıların önemine değinmektedir (Foa, Huppert ve Cahill, 2006). Kısaca, maruz bırakma, kişilerin korktukları nesne veya durumlara verdikleri tepkilerin azalmasına, korkulan durum veya nesneye maruz kalındığında "olumsuz - felaket" bir olay yaşamayacaklarını fark etmelerine, kişilerin kendilerine güvenlerinin artmasına ve kişilerin korkuya yönelik inançlarını yeniden düzenleyecek doğru bilgi edinmelerine yardımcı olmaktadır.

Maruz bırakma tekniğinin uygulamalarında da, ilk olarak hastanın korktuğu ve kaçındığı durum ya da nesnelerin kaygı düzeyine göre derecelendirildiği korku ve kaçınma hiyerarşisi listesi oluşturulmaktadır. Seanslarda alışma ve sönme

gerçekleşene kadar danışan ile bu liste üzerinden korkulan ve kaçınılan durum veya nesne ile yüzleştirme sağlanmaktadır. Sürecin kontrollü bir şekilde ilerleyebilmesi için maruz bırakma uygulamalarına kaygı hiyerarşisinin alt basamaklarında yer alan ve daha az kaygı uyandıran durumlarla veya nesnelerle başlanılmaktadır. Maruz bırakma değişik şekillerde uygulanmaktadır: 1) İmgeleme (in vitro), 2) Gerçek hayatta (in vivo) ve 3) Sanal Gerçeklik (SG) (in virtuo). Seans sırasında maruz bırakma uygulamaları, genellikle seans sırasında canlandırılabilecek durumlar için kullanılmaktadır. Seansta canlandırılması mümkün olan olaylar için rol yapma tekniği kullanılırken, canlandırılması mümkün olmayan durumlarda maruz bırakmanın uygulanabilmesi için ise imgelemeden yararlanılmaktadır (Rodebaugh, Holaway ve Heimberg, 2004). İmgeleme yönteminde, korkulan veya kaçınılan durumu kişinin hayal etmesi ve gözünün önüne getirmesi istenmektedir. Ancak imgeleme yönteminin tedavide yetersiz kaldığı birçok durum söz konusudur. Bunlardan ilki, imgeleme yönteminin terapiste çok küçük bir kontrol olanağı sunmasıdır. Bütün imgeleme süreci danışanın zihninde gerçekleşmektedir ve terapistin danışanın zihnini kontrol etme imkânı yoktur (Olantunji, Deacon ve Abramowitz, 2009). Bununla birlikte bu teknik, terapistin danışanın kaygı düzeyini değerlendirmesini sınırlamaktadır çünkü uygulama sırasında danışanın kaygı düzeyinin değerlendirilmesi yalnızca danışan tarafından kullanılan kelimelerle sınırlı kalmaktadır. İmgelemenin bir diğer dezavantajı da terapistin danışanın hayalinde canlandırdığı görüntülere maruz kalma derecesini belirleyememesidir. Danışan kendini canlandırdıklarına yetersiz maruz bıraktığında bu yöntem etkili olmayacak, çok fazla maruz bıraktığında ise yüksek derecede kaygılanacaktır. Korkulan durum veya nesneye kişinin gerçek hayatta maruz bırakma yöntemi de genelde tedavide tercih edilen bir tekniktir. Etkili bir yöntem olmasına rağmen, imgeleme yöntemine benzer kısıtlılıkları olması sebebiyle eleştirilmektedir. Eleştirilerden ilki, seans odası dışındaki değişkenlerin terapist tarafından kontrol edilmesinin mümkün olmamasıdır. Örneğin, bağışıklık sistemi zayıf bir danışanı mikroplara maruz bırakmak ya da agorafobisi olan bir danışan ile alışveriş merkezinde maruz bırakma çalışması yapmak öngörülemeyecek tehlikeli durumlara yol açabilmektedir. Tekniğe dair yapılan eleştirilerden bir diğeri ise, danışan - terapist ilişkisindeki sınırların ihlalinden kaynaklanmaktadır. Danışan ve terapist terapi odası dışında ilişki kurduklarında terapi sınırları içerisinde ihtiyaç duymadıkları "sohbetler"

gerçekleştirmek durumunda kalabilmektedirler (Olantunji, Deacon ve Abramowitz, 2009). Bir diğer maruz bırakma yöntemi ise, SG yöntemidir. SG ile maruz bırakma gerçek hayatta maruz bırakma yöntemiyle maruz bırakma tekniğine benzemekle birlikte, gerçek hayatta maruz bırakma yönteminin olumsuzluklarını içermemektedir.

Fobilerin tedavisinde, Bilişsel Terapi de uygulanmaktadır. Bilişsel terapi, maruz bırakma ile birlikte ya da tek başına uygulanabilmektedir. Bilişsel Terapi, kişinin korktuğu durum veya nesneye dair korkusunu azaltmak için, kişinin inançlarına, beklentilerine, tahminlerine odaklanmaktadır ve fobilerin tedavisinin kazancının bilişlerde olan değişimden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Bilişsel Terapinin etkililiğine dair yapılan araştırma sonuçları yalnızca Bilişsel Terapi uygulanan gruptakilerin korkutucu nesne veya durum karşısındaki kaygı düzeylerinin tedavi almayan ve bekleme listesindeki gruba göre anlamlı düzeyde düşük olduğunu, ancak gerçek hayatta maruz bırakma tedavisi uygulanan gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Craske ve Rowe, 1997). Wolitzky – Taylor ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan meta analiz sonuçları maruz bırakma tekniğinin işlevsel olmayan inançların yeniden yapılandırılmasında başlı başına güçlü bir yöntem olmasından dolayı, tedaviye bilişsel tekniklerin eklenmesinin, az düzeyde ilave olumlu etki yarattığını ortaya koymuştur. Kısaca yapılan araştırmalar, maruz bırakma tedavisi sonrasında genel işlevselliğin yanında kişilerin bilişlerinde de anlamlı düzeyde değişiklikler olduğunu ve tedaviye bilişsel tekniklerin eklenmesinin gerekli olmadığını göstermektedir (Hofmann, 2008). Sonuç olarak, maruz bırakma tekniği fobilerin tedavisinde diğer tekniklere göre etkililiği kanıtlanmış ve kabul gören tedavi yöntemidir.

1.3.1. Sanal Gerçeklik ile Maruz Bırakmanın Fobi Tedavisinde Uygulanması ve Avantajları

19. yüzyıldan bu yana teknolojideki gelişmeler sağlık uygulamalarında telefon, televizyon, radyo gibi bilgi ve iletişim araçlarının kullanımının yaygınlaşmasına yol açmıştır. E-mail, video konferans, internet gibi iletişim araçlarının sağlık uygulamalarında kullanımı siberterapi alanının doğmasına, bilgi ve iletişim araçlarındaki gelişmeler ise bu alanın hızla büyümesine sebep olmuştur. Bu bölümde

ilk olarak, siberterapi alanında merkezi rol oynayan SG'nin klinik psikoloji alanındaki rolüne ve terapötik değişime katkısına, ikinci olarak, SG ile maruz bırakma uygulamasına ve son olarak, akrofobi tedavisindeki kullanımına değinilecektir.

Bilgisayarların grafik tasarımlarla kullanılmasıyla birlikte, son 30 yıl içerisinde modern yaşamın birçok alanında devrimler gerçekleşmeye başlamıştır. Bu yüksek teknoloji, başlangıçta eğlence sektöründeki çalışmalarda kullanılırken, zaman içerisinde tıbbi çalışmalarda da kullanılmaya başlamıştır. Bu konuda çığır açan gelişmelerden biri SG'dir. SG "kullanıcının kontrolünde olan bilgisayar aracılığı ile oluşturulan bir ortamda, genişlik, yükseklik ve derinlik olmak üzere üç boyutlu olarak bireyin etkileşime girmesine ve uyarılmasına izin verilen bir simülasyon teknolojisi" olarak tanımlanmaktadır (Rizzo ve Kim, 2005). 1960'larda tohumları atılan SG'nin ulaşılabilir bir teknoloji haline gelmesi 1990'ları bulmuştur. SG, sağlık uygulamalarında temel olarak iki alanda kullanılmaktadır: 1- cerrahi ve 2- nöropsikolojik değerlendirme ve rehabilitasyon. SG teknolojisi, cerrahların insan bedenlerini olabildiğince gerçeğe yakın bir şekilde sanal ortamda canlandırmalarına ve bu bedenlere uyumlu cerrahi ekipmanlar geliştirmelerine imkân sağlamaktadır. Diğer taraftan ise, klinik psikologlar SG teknolojisini kişilerin hastalıklarına sebep olan durumlarla baş edebilmeleri için gereken öğretileri kazanmaları için kullanmaktadırlar. SG, dinamik, karmaşık ve gerçekçi durumlar sırasında beyin aktivitesini ve davranışını gözlemlemek ve ölçmek için heyecan verici bir potansiyel kullanım alanı oluşturmaktadır. Psikoloji, özellikle nöropsikoloji alanındaki araştırmalarda kullanılmak üzere son 15 yılda, bir dizi SG uygulaması geliştirilmiştir. Psikoloji alanında SG aracılığı ile yapılan çalışmalar genel olarak iki alana ayrılmıştır: tipik ve atipik beyin işlev ve davranışlarında yer alan süreçleri anlamayı amaçlayan çalışmalar ve SG'nin terapötik kazanımlarını araştıran çalışmalar (Bohil, Alicea ve Boicca, 2011). Kısaca, günümüzde SG teknolojisi ulaşılabilir bir hale gelmiştir ve psikoloji alanında bir çok kullanım alanı bulunmaktadır.

Günümüzde uygulanan çoğu SG tedavileri, bilişsel veya davranışçı tedavi modellerine dayanmaktadır. SG, çoğunlukla kaygı bozukluklarında kullanılmaktadır (Powers ve Emmelkamp, 2008) ve özellikle örselenme sonrası gerginlik bozukluğu (Difede ve Hoffman, 2002) fobik bozukluklar (Klinger, ve ark., 2005) sosyal fobi ve

özgül fobiler için çeşitli bilişsel bileşenlerle birlikte kullanılmak için geliştirilmiş bir yöntemdir (Carlin, Hoffman ve Weghorst, 1997). Bu bozukluklarda kullanım esnasında sürekli olarak kişi, korkusu veya kaygısı olan içsel veya dışsal bileşenlere dereceli olarak bir bilgisayar ortamında maruz bırakılmaktadır. Bununla birlikte, SG destekli araştırmaların demans, psikoz ve travmatik beyin hasarı ve felç gibi hastalıkları anlamada katkısının olduğu birçok çalışmada vurgulanmaktadır (Zainer, 2018). Yapılan bazı klinik ve tanımlayıcı araştırmalar SG ile tedavi yönteminin acı hissi üzerinde de olumlu etkileri olduğunu göstermiştir (Flynn ve ark., 2003). SG ile tedavinin ağrılara bağlı olarak oluşan hoşnutsuzluk ve huzursuzluk algılarının tedavisinde umut verici olduğu görülmektedir. Buna rağmen kronik ağrıları olan bireylerde SG ile uygulanan tedavi yönteminin etkisiz kaldığı da vurgulanmaktadır (Botella ve ark., 2008). Bedensel belirti bozuklukları, obezite ve yeme bozuklukları ile çalışan psikologlar bu hastalıkların tedavisinde SG kullanımının olumlu etkileri olduğunu gözlemlemişlerdir (Riva ve Molinari, 2009). Özellikle yeme bozukluğunda klasik BDT ve koşullanma tekniklerinden daha etkili olduğu vurgulanmaktadır. Buna rağmen, yapılan bu çalışmaları genelleyebilecek kadar yeterli sayıda araştırma olmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır (Riva ve Molinari, 2009).

Bugüne kadar, SG klinik psikoloji alanında en yaygın fobilerin tedavisinde kullanılmıştır. Tedavide, SG fobilerin tedavisinde en yaygın kullanılan teknik olan maruz bırakma tekniği ile birlikte kullanılmaktadır. Tedavide kullanılan SG ekipmanları, terapistin sanal dünyayı manipüle edebileceği ekran, kask, hareket izleme cihazları ve kulaklıktan oluşmaktadır. SG ile maruz bırakmada danışan, SG ekipmanları ile sanal ortamda korktuğu, kaçındığı durum veya nesneye maruz bırakılmaktadır. SG'nin maruz bırakma tedavisinde kullanımına, North, North ve Coble (1996) tarafından yapılan araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda başlanılmıştır. Araştırmada, katılımcıların korktukları veya kaçındıkları durum veya olay karşısında verdikleri duygusal ve fiziksel belirtilere benzer tepkileri SG kullanımında da verdikleri fark edilmiştir. Kısaca, kişiler SG uygulamasında "gerçekte mevcutmuş" hissi yaşamışlardır. Bu his, gerçek dünyanın bir şekilde örtülmesi ve bireyin yalnızca bilgisayar tarafından oluşturulan uyaranlara maruz kalmasıyla oluşmaktadır (Krijn ve ark., 2004). Washington Üniversitesi İnsan Arayüzü Laboratuvarı'nda çalışan araştırmacılar, üç boyutlu ortamdaki bir varlığa sanal bir

çevrede fiziksel olarak dokunmanın etkilerini araştırmışlardır. Bu araştırmalar sonucunda “dokunsal güçlendirme” adı verilen bir teknik ortaya çıkmıştır. Bu teknik ile gerçek ortamda hastanın önünde duran bir nesne (örn. tabak, top vb.) SG ekipmanları ile sanal ortamda danışanın korktuğu bir nesneye çevrilebilmektedir. Bu şekilde, danışan eline giydiği SG eldivenleri ile bu nesneyi korktuğu bir nesne (örn. örümcek vb.) gibi algılayıp o nesneye dokunduğunu hissedebilmektedir (Carlin, Hoffman ve Weghorst, 1997). Carlin ve ark. (1997) tarafından yapılan araştırmada bu yöntem ile geliştirilmiş olan SG ekipmanları kullanılarak katılımcılar sanal örümceğe maruz bırakılmıştır ve kaygı seviyeleri ölçülmüştür. Araştırma sonunda katılımcıların kaygı seviyelerinde azalma tespit edilmiştir. Kısaca, SG ile maruz bırakma sırasında katılımcılar, korktukları nesne veya durum karşısında gerçek hayatta verdikleri tepkileri vermektedirler ve bu durum bu teknolojinin maruz bırakma tedavisinde kullanımına imkân sağlamaktadır.

SG’nin tedavide kullanımının birçok avantajı bulunmaktadır. Bunlar, SG’nin terapinin güvenli bir ortam olarak algılanma, danışanın kendi hızında özgürce korktuğu durum veya nesne ile yüzleşme, danışana ve terapiste kontrol edebilme, kişisel deneyimleri genelleyebilme adına farklı ve çok sayıda senaryo oluşturulabilme ve son olarak, gerçek hayatta karşılaşılamayan durumların yazılım yoluyla yaratılabilme imkânlarını sunmasıdır.

Psikoterapi yöntemlerine sanal ortamın dâhil edilmesi, Korchin'in (1976) psikoterapi için gerekli gördüğü şeyleri değiştirmemektedir. Bunlar; değişim imkânı, terapistin uzman olduğu inancı, terapiye yönelik olumlu beklentiler, değişme motivasyonu, terapistin güven ve emniyete ilham veren, saygı ve yardım arzusu ile iletişim kuran, kısacası danışan ile tam bir işbirliği oluşturabilen bir kişi olmasıdır. SG bu niteliklere, terapötik ittifakın bir parçası olarak yeni bir unsur eklemektedir. Bu unsur danışanın SG ortamında tehdit altında olmadan hareket edebilmesidir. SG terapiyi güvenli ve korunaklı bir alan olarak yapılandırma imkânı sunmaktadır. Bir başka deyişle, kişi sanal ortamda kendisini güvende hissetmektedir. Terapi odası ile kişi tarafından tamamen tehditkâr olarak algılanan gerçek ortam arasında bulunan SG’deki "sanki ortamı" tedavi sürecini olumlu etkilemektedir. Kişi sanal ortamda kendisini güvende hissetmektedir ve korkulan durum veya nesneye kendi hızında,

risksiz olarak maruz bırakılma imkânı bulmaktadır. Bu şekliyle, kişi terapi ortamını keşfedebileceği özel ve korunaklı bir çevre olarak algılamaktadır (Wald ve Taylor, 2000). Ayrıca, sanal senaryo aslında terapinin kişiye sunduğu ve kişinin duygularını veya düşünceleri özgürce keşfedebileceği, yaşayacağı ve yaşadıklarını canlandırabileceği güvenli bir ortamdır. Kişinin dünyayı ve kendisini farklı şekilde tanımaya başlamaktadır ve yenidünyada, danışanın şimdiye kadar kullanılanlardan farklı şekillerde işlev görebileceğini anlamaya başlamasını engelleyen hiçbir şey bulunmamaktadır. Bu yeni bakış açısı, kişinin büyük bir özgürlük duygusu hissetmesine yol açmaktadır (Rothbaum ve ark., 1995). SG'nin faydalarından bir diğeri, terapistin sanal dünyada danışanını en kolaydan en zor duruma ilerletebilmesine imkân sunmasıdır. Ek olarak, kişinin sanal dünyada öğrendiği bilgiler gerçek dünya ile baş edebilme ve kontrol edebilme olanağı sağlamaktadır. Bu şekilde SG, kişinin korkulan durumla baş etmeye ve etkileşime girmeye başlamasında kullanılabilecek bir araç haline gelmektedir (Maltby ve ark., 2002). SG'de kişi gerçek ile sanal arasındaki farkı ayırt edebilmektedir. Ancak bu durum kontrol duygusunun azalmasına yol açmamaktadır. SG ortamında kişinin kontrol duygusu güçlenmeye başlamaktadır ve bu durum zamanla kişinin kendisine güveninin artmasına yol açmaktadır. Böylelikle, kişinin fobisine yönelik davranış ve düşüncelerinde değişiklikler olmaktadır (Hoffman ve ark., 2001). Öz yeterlilik teorisi, öz yeterliliğin belli bir konuda arttırıldıktan sonra diğer durumlara genelleme eğilimi gösterdiğini ileri sürmektedir. Dolayısıyla, kişisel işlevselliğin gelişimi yalnızca benzer durumları değil diğer durumları da içermektedir. Kişi, ne kadar farklı ve çok sayıda tehdit ile yüzleşirse, o kadar çok öz yeterliliğinde artış olmaktadır. SG, kişinin kişisel deneyimlerini genelleme olanağı sunan farklı sayıda senaryoların tasarımına izin vererek kişinin öz yeterliliğinin artmasına imkan vermektedir (Holden ve ark., 1999). SG'nin psikoterapide kullanımındaki bir diğer avantaj, terapistin gerçek dünyada gerçekleşecek olayları beklemesine gerek duymamasıdır. Kişiye özgü problemler yazım yoluyla sanal ortamda oluşturulabilmekte ve böylelikle, kişiye ihtiyacı olduğu kadar deneyimleme imkânı sunulabilmektedir. Kısaca, SG kişiye korktuğu nesne veya durumları kendi hızına göre keşfedip ve farklı ve çok sayıda senaryolarda çalışıp ve ihtiyaç duyduğu kadar çok uygulama yapmasına imkan sunarak, kişinin terapideki kazanımlarını genelleyebilmesine yol açmaktadır (Wann ve ark., 1997). Son olarak,

SG'nin bir diğer avantajı ise, kişinin gerçekliğin ötesine geçmesini sağlamaktır. SG'de yalnızca gerçeklik "yeniden yaratılmamakta", kişinin erişemediği koşullar "yaratılabilmektedir". Örneğin, sanal ortamda oluşturulan senaryolardan biri, ileriye doğru hareket eden ve çok fazla ses çıkaran bir duvardır. Kişinin bu duvara sanal ortamda maruz kalması, korkulan durumun gerçek hayatta karşılaşamayacağı en tehditkâr hali ile yüzleşmesi anlamına gelmektedir. Kısaca, SG'de kişinin gerçek hayatta karşılaşamayacağı durumlar yazılım yoluyla sanal ortamlarda oluşturularak, korkulan nesne veya durumun ötesine geçmesi sağlanmaktadır (Wann ve ark., 1997).

SG'nin bu genel avantajlarının yanı sıra, SG'nin geleneksel maruz bırakma ile karşılaştırıldığında sahip olduğu başka avantajları da vardır. İlk olarak, SG kişiye işitsel ve görsel olarak uyarabilme imkânı sunduğu için imgeleme maruz bırakmaya kıyasla daha etkilidir. Bu durum, korkulan sahneleri hayal etmekte güçlük çeken insanlar için yararlı olabilmektedir (Botella ve ark., 1998). Ayrıca terapiste, kişinin gördüklerini her an bilme imkanı sunmaktadır ve bu şekilde danışana sıkıntı veya endişe yaratan durumlar terapist tarafından daha kolay anlaşılabilmektedir. Öte yandan, en önemlisi, SG ile maruz bırakma gerçek hayatta maruz bırakma ile karşılaştırıldığında bu tekniğin getirdiği sınırlamaların çoğunun aşılmasına yardımcı olmaktadır. Birincisi, SG ile gerçek hayatta erişilemeyen ortamlar yaratılabilmektedir. İkincisi, SG gerçek hayatta maruz bırakma terapisine başlamaya veya tamamlamaya gönülsüz olan kişiler için bir alternatif olabilmektedir. Ayrıca, SG ile maruz bırakma yüksek oranda gizliliğe olanak sağlayabildiği için etik açıdan da daha avantajlıdır. SG ile maruz bırakma, terapistin odasında uygulanmakta ve böylelikle kişi başkalarının önünde kontrolü kaybetme korkusu yaşamaktan veya terapist ile birlikteyken karşılaşmak istemediği biri ile terapi odası dışında karşılaşmaktan korkmamaktadır.

Sonuç olarak, SG bir taraftan geleneksel olarak, iyi bir terapi süreci için gerekli unsurları bir araya getirdiğinden, tedaviye eşsiz bir ortam sağlamaktadır. Öte yandan, tedaviyi zenginleştirmek için SG'nin çok yönlülüğünden yararlanmak mümkündür (Riva ve ark., 2000). Ancak tüm bu avantajlarına rağmen, maliyeti ve terapistlerin klasik terapi yöntemine olan bağlılıkları nedeniyle SG'nin psikoterapi alanında henüz az kullanıldığı görülmektedir (Gregg ve Tarrier, 2007).

1.3.2. Sanal Gerçeklik ile Maruz Bırakma ilgili Etkililik Çalışmaları

Sanal gerçeklik ile maruz bırakmanın kaygı bozuklukları ve çeşitli özgül fobilerde etkililiği incelenmiştir**.** Önce kaygı bozuklukları ve farklı özgül fobilerdeki etkililik çalışmaları ardından ise akrofobisi olan kişilerde sanal gerçeklik ile maruz bırakmanın etkililik çalışmalarının bulguları anlatılacaktır.

1.3.2.1. Sanal Gerçeklik İle Maruz Bırakmanın Kaygı Bozuklukları Ve Özgül Fobi Tedavisindeki Etkililiği

Kaygı bozukluklarının tedavisinde SG ile maruz bırakmanın etkililiğine dair ilk çalışma 1992 senesinde yapılmıştır (North, North ve Coble, 1996). O tarihten itibaren, gelişen teknoloji ile birlikte kullanımı basitleşen ve yaygınlaşan sanal gerçekliğin etkililiğine dair birçok araştırma yapılmıştır. Özellikle vaka çalışmalarını içeren bu araştırmalar, kaygı bozuklukları üzerinde yoğunlaşmaktadır (Krijin, Emmelkamp, Olafsson ve Biemond, 2004).

SG ile maruz bırakmanın klostrofobide, araba sürme korkusunda, uçak fobisinde ve toplum önünde konuşma fobisinde etkililiği incelenmiş ve kaygı ile kaçınma seviyesini azalttığı bulunmuştur (Botella ve ark.,1998, 2000; Wald ve Taylor, 2000; North, North ve Coble, 1997; Wiederhold, Gervitz ve Wiederhold, 1998; Mühlberger, Hermann, Wiedermann, Ellgring ve Pauli, 2001; Maltby, Kirsch, Mayers ve Allen, 2002; Harris, Kemmerling ve North, 2002). SG ile maruz bırakmanın klostrofobi tedavisinde etkililiğine dair ilk olarak, Botella ve ark. (1998), vaka çalışması yayınlamışlardır. Katılımcı, ortalama 35 - 45 dakika süren sekiz seans boyunca sanal ortamda klostrofobik duruma maruz bıraktırılmıştır. Sekiz seans sonrasında yapılan değerlendirmede, kişinin kaygı ve kaçınma seviyesinde azalma tespit edilmiştir. Aynı araştırma grubu, klostrofobi tanısı olan bir ve panik bozukluk tanısı olan üç katılımcıyı, sanal ortamda klostrofobik duruma maruz bırakmışlardır. Araştırma sonucunda, katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyelerinde anlamlı düzeyde azalma tespit edilmiştir (Botella ve ark., 2000).

Araba sürme korkusunun tedavisinde SG ile maruz bırakmanın etkililiği Wald ve Taylor (2000) tarafından yapılan vaka çalışmasında incelenmiştir. Katılımcı 60

dakikalık üç seans boyunca sanal ortamda araç kullanmaya maruz bırakılmıştır. Araştırma sonuçları, kişinin uygulanan tedavi sonrasında kaygı ve kaçınma seviyesinde anlamlı düzeyde azalma olduğunu göstermektedir. Kaygı ve kaçınma düzeyindeki azalmanın, araştırma tamamlandıktan bir ve yedi ay sonra alınan ölçümlerde de devam ettiği tespit edilmiştir. Kısaca, SG ile maruz bırakmanın araba fobisi tedavisinde etkili olduğu bulunmuştur.

SG uçak fobisinde de kullanılmaktadır. Uçak fobisinin tedavisinde SG ile maruz bırakmanın etkililiğine dair North, North ve Coble (1997) tarafından yapılan araştırmada, kişinin Atlanta üzerinde helikopter ile uçmasını sağlayan sanal bir ortam yaratılmıştır. Araştırma sonunda katılımcı gerçek uçağa binebilmiştir; ancak kaygı düzeyindeki azalmayı tespit edebilmek adına bir ölçek kullanılmadığından tedavinin etkililiğine dair objektif bir sonuç elde edilememiştir. Her ne kadar bu araştırma SG ile maruz bırakmanın uçak fobisi tedavisinde etkililiğine işaret etse de daha kapsamlı ve objektif ölçümlerin alındığı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

SG uygulamaları her zaman fobinin ortadan kalkmasına yol açmamaktadır. Bazen kişinin sadece fizyolojik tepkilerinde azalmaya yol açmaktadır. Bir araştırmada ise, araştırmacılar uygulanan SG ile maruz bırakma tedavisi sonrasında katılımcının yalnızca deri iletkenliğinde azalma olduğunu rapor etmişlerdir (Wiederhold, Gervitz ve Wiederhold, 1998). Kısaca, SG uygulamaları her zaman fobilerde görülen tüm belirtilerin ortadan kalkmasını sağlayamamaktadırlar.

SG ile maruz bırakmanın etkililiğini değerlendirmek için SG çeşitli teknikler ile karşılaştırılmıştır. Örneğin, bir araştırmada, uçak fobisinin tedavisinde gevşeme eğitimi ve SG ile maruz bırakmanın etkililikleri karşılaştırılmıştır (Mühlberger, Hermann, Wiedermann, Ellgring ve Pauli, 2001). Tüm katılımcılara psikoeğitim seansı uygulanmıştır ve sonrasında katılımcılar seçkisiz bir şekilde SG ile maruz bırakma veya gevşeme eğitimi gruplarına atanmışlardır. SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcılara 16 dakikalık dört seans uygulanmıştır. Gevşeme eğitimi alan gruptaki katılımcılara ise 32 dakikalık iki seans uygulanmıştır. Araştırma sonuçları her iki gruptaki katılımcıların, deri iletkenliğinde, kalp atışlarında ve kaygılarını değerlendirdikleri öznel rahatsızlık birimi ölçeğindeki puanlarında anlamlı düzeyde

azalma olduğu ve iki tedavinin de benzer düzeyde etkili olduğunu göstermektedir. Maltby, Kirsch, Mayers ve Allen (2002) tarafından yapılan bir diğer araştırmada ise, uçağa binmekten korkan 45 katılımcı seçkisiz bir şekilde beş seanslık SG ile maruz bırakma ve plasebo gruplarına atanmışlardır. Araştırma sonuçları, SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinin diğer gruba göre anlamlı düzeyde düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Pertaub, Slater ve Barker (2002)'in sanal ortamdaki dinleyicilerin varlığının kişilerin kaygılarını arttırdığını tespit etmelerinden sonra, SG toplum önünde konuşma korkusunun tedavisinde kullanılmaya başlamıştır. Harris, Kemmerling ve North (2002) yaptıkları araştırmada toplum önünde konuşma korkusu olan 14 katılımcıyı seçkisiz bir şekilde SG ile maruz bırakma veya bekleme listesi gruplarına atamışlardır. Araştırmada, boş bir oditoryum sanal ortam olarak kullanılmıştır. Araştırma sonuçları, SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinin diğer gruba göre anlamlı düzeyde düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, her ne kadar alanda yapılan kısıtlı sayıda araştırma olsa da, yapılan araştırmalar SG ile maruz bırakmanın bir çok fobinin tedavisinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

1.3.2.2. Sanal Gerçeklik İle Maruz Bırakmanın Akrofobi Tedavisindeki Etkililiği

SG ile maruz bırakmanın akrofobi tedavisinde de kullanımının etkililiğini inceleyen çalışmalar yapılmıştır ancak bunlar oldukça az sayıdadır. Yapılan araştırmalar, SG ile maruz bırakmanın akrofobi tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir (Hodges ve ark., 1996; Emmelkamp ve ark., 2001). SG' nin akrofobi tedavisinde kullanıldığı bir vaka çalışması Rothbaum ve arkadaşları (1995) tarafından yayınlamıştır. Katılımcı 19 yaşında lisans öğrencisidir ve özellikle asansörlerden korkmaktadır. Haftada 2 olmak üzere toplamda beş seanslık bir tedavi sonrasında kişinin kaygı ve kaçınma düzeyleri değerlendirilmiş ve anlamlı bir azalma tespit edilmiştir. SG ile ve gerçek hayatta maruz bırakma terapisinin etkililiğinin kıyaslandığı bir diğer araştırma, 17 akrofobi tanısı olan kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir (Hodges ve ark., 1995; akt. Gerardi ve ark., 2010). Araştırmada katılımcılar tedavi ve kontrol gruplarına rastgele atanmıştır. Tedavi grubu, 7 hafta süren 35 ve 45 dakikalık seanslara tabi tutulmuştur. Bu seanslar SG ile korkulan

duruma maruz bırakma terapisi şeklinde yapılmıştır. Seanslarda, tedavi grubundaki kişiler sanal asansör, sanal köprü ve sanal balkon olmak üzere üç farklı sanal yükseklik durumuyla karşı karşıya bırakılmışlardır. Çalışmanın sonunda sanal yükseklik uygulamalarına maruz kalmış olan tedavi grubunun akrofobi düzeyinde anlamlı bir azalma görülmüştür. Diğer taraftan, kontrol grubundaki katılımcıların akrofobi düzeylerinde bu azalma görülmemiştir.

Rothbaum ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan bir diğer çalışmada, akrofobi tanısı olan 20 üniversite öğrencisi kontrol ve deney grubuna atanmışlardır. 12 kişilik deney grubundaki öğrenciler yedi hafta süresince çeşitli yükseklik görüntülerine maruz bırakılmışlardır. Yedi hafta sonunda 9 öğrencinin kontrol grubundaki öğrencilere kıyasla kaygı ve akrofobi düzeylerinde azalmalar olduğu gözlenlenmiştir. Emmelkamp ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan araştırmada SG ile maruz bırakmanın etkililiği gerçek hayatta maruz bırakmanın etkililiği ile karşılaştırılmıştır. Araştırmaya akrofobi tanısı olan 10 kişi dâhil edilmiştir. Katılımcıların yarısına gerçek hayatta diğer yarısına ise SG ile maruz bırakma tedavisi uygulanmıştır. Araştırma sonuçları, iki tekniğinde benzer şekilde etkili olduğunu göstermiştir. Ek olarak, SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaçınma davranışlarının ve kaygılarının gerçek hayatta maruz bırakma grubundakilere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Tedavinin sonlandırılmasından 6 ay sonra katılımcıların akrofobi düzeyleri tekrardan değerlendirilmiştir ve sonuçlar SG ile maruz bırakmanın gerçek hayatta maruz bırakma kadar etkili olduğunu göstermiştir (Emmelkamp ve ark., 2001).

Gerçek hayatta maruz bırakma ve SG ile maruz bırakmanın etkililiğinin karşılaştırıldığı diğer bir çalışmada, 33 akrofobi tanısı olan kişi seçkisiz olarak gerçek hayatta maruz bırakma ve SG ile maruz bırakma gruplarına atanmışlardır. Her iki gruba 1 hafta süresince maruz bırakma tedavisi uygulanmıştır. Uygulanan tedavi sonrasında her iki gruptaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyelerinde azalma olduğu görülmüştür. Altı ay sonra yapılan takip çalışmasında, SG ile maruz bırakmanın gerçek hayatta maruz bırakma kadar etkili olduğu bulunmuştur (Emmelkamp ve ark., 2002). Emmelkamp, Bruynzeel, Drost ve van der Mast (2001), tarafından yapılan bir diğer araştırmada ise gerçek hayatta maruz bırakma ve SG ile

maruz bırakmanın etkililiği karşılaştırılmıştır. Sanal ortamlar, bir dalış kulesi artı yüzme havuzu ve cam asansörlü bir kule binası olarak tasarlanmıştır. Gerçek hayatta maruz bırakma ise yangın çıkışında, 18 katlı bir binanın balkonunda ve 5 katlı bir binanın çatısında gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda, SG ile maruz bırakmanın gerçek hayatta maruz bırakma kadar etkili olduğu bulunmuştur. Aynı araştırma grubunun bir sonraki çalışmasında (Emmelkamp ve ark., 2002), katılımcılar SG ile maruz bırakma (n = 17) ve gerçek hayatta maruz bırakma (n = 16) gruplarına rasgele atanmışlardır. Ardından tüm katılımcılara üç maruz bırakma seansı uygulanmıştır. Çalışmanın 6 ay sonraki takip çalışmasında, katılımcıların akrofobi düzeylerinde benzer şekilde azalma olduğu tespit edilmiştir. Coelho ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan akrofobinin SG ile tedavisi ile ilgili araştırmada, katılımcılardan 10 tanesi sanal ortamda, 5 tanesi ise gerçek hayatta üç seans yüksekliğe maruz bırakılmıştır. Araştırma sonuçları, iki gruptaki katılımcıların müdahale sonrasında kaygı ve kaçınma düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma olduğunu göstermektedir. Krijn ve ark. (2004) yapmış oldukları çalışmada SG tedavisinin farklı sürümlerini test etmişlerdir. Araştırmalarında, çok gelişmiş bir SG sistemi olan CAVE sistemi daha basit bir bilgisayar sistemi olan HMD sistemi ile karşılaştırılmıştır. Dört taraftan görüntü üreten stereoskopik bilgisayarla çevrili bir odada yer alan CAVE çok kullanıcılı yansıtım tabanlı bir SG sistemidir. Araştırmada 37 katılımcı kontrol, HDM ve CAVE gruplarına rastgele atanmışlardır. Araştırma sonuçları, 60 dakikalık 3 seans uygulanan SG tedavisi sonrasında, tüm katılımcıların kaygı seviyelerinin anlamlı bir şekilde azaldığını göstermektedir. Kısaca, iki sürüm arasında herhangi bir fark bulunmamıştır.

SG, sunulan geniş potansiyel göz önüne alındığında, klinik psikoloji alanında büyük bir kabul görmektedir. Dahası, birçok araştırma faydalarını ve olası uygulama alanlarını göstermiştir (Hodges ve ark., 1995; Emmelkamp ve ark., 2001; Maltby, Kirsch, Mayers ve Allen, 2002; Harris, Kemmerling ve North, 2002). SG potansiyeli, çok yakın bir gelecekte neredeyse tüm klinik disiplinlerin bu insan bilgisayar ara yüzünden faydalanabileceklerini mümkün olabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte bazı özgül fobilerde sanal ortamın gerçekliği yansıtamaması, yeterince korku duygusunun ortaya çıkartamaması gibi sorunların tedavi sürecine olumsuz etkileri olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (Lee ve Cherng ve Lin, 2004).

1.4. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ

Dünyanın ve teknolojinin geldiği noktayı temel aldığımızda özellikle çocuklar, gençler ve genç yetişkin popülasyonu içinde "Sanal Gerçeklik" kavramına ciddi bir eğilim olduğu görülmektedir. SG'nin dünyada birçok alanda kullanıldığı ve etkili olduğu çalışmalarla kanıtlanmış olmasına rağmen, ülkemizde SG kavramının psikoterapi alanında kullanımı ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu tezin amacı; ülkemizde uygulanan psikoterapilere SG'nin entegre edilmesi için akrofobi tedavisindeki etkililiğinin ortaya konması ve kullanımının yaygınlaştırılmasını sağlamaktır. Böylelikle ülkemizde uygulanan psikoterapilere yeni bir soluk ve modern bir anlayış kazandırarak, danışan ile daha kontrollü, çözüm odaklı ve kısa süreli bir terapi süreci oluşmasına katkı sağlamaktır.

Bu araştırmada, aşağıda belirtilen hipotezler test edilecektir:

1. Tedavi başındaki ölçümlerde, üç grupta; SG ile maruz bırakma, gerçek hayatta maruz bırakma ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyeleri aynı seviyede olacaktır.
2. Tedavi sonundaki ve tedavinin bitiminden 6 ay sonraki ölçümlerde, SG ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyeleri kontrol grubundaki katılımcılardan daha düşük seviyede olacaktır.
3. Tedavi sonundaki ve tedavinin bitiminden 6 ay sonraki ölçümlerde, gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyeleri SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcılar ile aynı seviyede olacaktır.
4. Tedavi başındaki ölçümlerle, tedavi sonundaki ölçümler karşılaştırıldığında, SG ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyeleri tedavi sonunda daha düşük olacaktır.
5. Tedavi başındaki ölçümlerle, tedavi sonundaki ve tedavinin bitiminden 6 ay sonraki ölçümler karşılaştırıldığında, kontrol grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyeleri aynı kalacaktır.

6. Tedavi başındaki ölçümlerle, tedavi sonundaki ve tedavi bitiminden 6 ay sonraki ölçümler karşılaştırıldığında, SG ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların Akrofobi Ölçeğinin her bir sorusundaki kaygı ve kaçınma seviyeleri daha düşük olacaktır.
7. Tedavi başındaki ölçümlerle, tedavi sonundaki ve tedavi bitiminden 6 ay sonraki ölçümler karşılaştırıldığında, kontrol grubundaki katılımcıların Akrofobi Ölçeğinin her bir sorusundaki kaygı ve kaçınma seviyeleri aynı kalacaktır.
8. Tedavi sonundaki ve tedavinin bitiminden 6 ay sonraki ölçümlerde, gerçek hayatta maruz bırakma ve SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların yaşam kaliteleri, kontrol grubundaki katılımcılardan daha iyi olacaktır.
9. Tedavi sonundaki ölçümlerle, tedaviden 6 ay sonraki ölçümler karşılaştırıldığında, SG ile maruz bırakma, gerçek hayatta maruz bırakma ve kontrol grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyeleri ve yaşam kaliteleri aynı kalacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde, ilk olarak katılımcıların özellikleri ve araştırmada kullanılan veri toplama araçlarına ilişkin bilgilere yer verilecektir. Ardından da çalışmanın yürütülmesine ilişkin bilgilerden ve kullanılan istatiksel yöntemlerden bahsedilecektir.

2.1. ÖRNEKLEM

Araştırmanın katılımcılarını, akrofobi nedeniyle Nöropsikiyatri İstanbul Beyin Hastanesi'ne başvuran 18 ile 60 *(Ort.*=31.32; *SS*= 9.41) yaşları arasında 60 kişi oluşturmaktadır. Katılımcıların %75'i (*s*= 45) kadın, %25'i (*s*= 15) erkektir. Eğitim düzeyi açısından, katılımcıların %10'u lise (*s* = 6), %21.7'si üniversite öğrencisi (*s*= 13), %31.7'si üniversite mezunu (*s*= 19), %36.7'si ise lisansüstü mezunudur. Katılımcıların %46.7'si (*s*= 28) herhangi bir işte çalışmamakta, %53.3'ü (*s*= 32) ise çalışmaktadır. Medeni durum açısından, katılımcıların %40'ı (*s*= 24) evli, % 60'ı ise (*s*= 36) bekardır. Katılımcıların %81.7'si (*s*= 49) akrofobinin başlamasında etkili olduğunu düşündükleri bir olay (kaza, haber) yaşamadıklarını, % 18.3'ü ise (*s*= 11) yaşadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmada gerçek hayatta maruz bırakma grubunda (invivo) 20 kişi, SG ile maruz bırakma grubunda 20 kişi ve kontrol grubunda 20 kişi yer almıştır. Katılımcıların sosyodemografik değişkenlere ait bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Akrofobi tanısı olan kişilerin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdelikleri

Değişkenler	*s*	*%*	*Ort.*	*SS*
Yaş			31.32	9.41
Cinsiyet				
Kadın	45	75.0		
Erkek	15	25.0		
Eğitim Düzeyi				
Lise	6	10.0		
Üniversite öğrencisi	13	21.7		
Lisans	19	31.7		
Lisansüstü	22	36.7		
Medeni durum				
Evli	24	40.0		
Bekar	36	60.0		
Çalışma durumu				
Hayır	28	46.7		
Evet	32	53.3		
Akrofobi öncesi travmatik yaşantı				
Evet	11	18.3		
Hayır	49	81.7		

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu bölümde araştırmanın değişkenlerinin ölçümü için kullanılan ölçeklere ilişkin bilgiler verilecektir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak için Demografik Bilgi Formu, akrofobi düzeylerini değerlendirmek için Akrofobi Ölçeği, uygulanan tedavi sırasındaki kaygı düzeylerini takip etmek için ise Öznel Rahatsızlık Birim Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca, araştırmada katılımcıların yaşam kalitelerini değerlendirme amacıyla Kısa Form 36 Ölçeği kullanılmıştır.

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formu, katılımcıların cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, psikolojik ya da nörolojik rahatsızlıkları olup olmadıkları, psikolojik veya psikofarmokolojik tedavi alıp almadıklarına dair 18 soru içermektedir. Demografik bilgi formunda bu bilgilerin yanında katılımcılardan yükseklikten korkma şiddetlerini, yükseklikten kaçınma seviyelerini ve akrofobinin verdiği rahatsızlık hissini 1 (Hiç) ile 5 (Çok ağır) arasında derecelendirmeleri istendiği sorular da yer almaktadır. Bu sorular Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketi olarak adlandırılmıştır.

Ek 1'de Demografik Bilgi Formu verilmiştir.

2.2.2. Akrofobi Ölçeği

Akrofobi Ölçeği, Cohen (1977) tarafından akrofobisi olan kişilerin korku veya kaçınma yaşayabilecekleri durumlarda hissettikleri kaygı ve kaçınma derecesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin, kaygı (20 madde) ve kaçınma (20 madde) olmak üzere iki alt ölçeği bulunmaktadır. Katılımcıdan, 20 yükseklik içeren durum ilk alt ölçekte 1 (Hiç) ile 6 (Çok fazla) arasında duyulan kaygı açısından, ikinci alt ölçekte ise 0 (yapmaktan kaçınmam) ile 2 (hiç bir koşul altında yapmam) arasında kaçınma seviyesi açısından değerlendirilmesi istenilmektedir. Ölçeğin uygulanması 5 dakika sürmektedir. Kaygı ve kaçınma puanları ayrı ayrı toplanarak puanlanmaktadır. İlk alt ölçekten (kaygı ölçeği) alınabilecek puanlar 0 ile 120, ikinci alt ölçekte (kaçınma ölçeği) ise 0 ile 60 arasındadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar kaygının ve kaçınma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin, güvenirlik katsayı değeri kaygı alt ölçeği için 0.82, kaçınma alt ölçeği için ise 0.70 olarak hesaplanmıştır (Baker, Cohen ve Saunders, 1973). Cohen (1972) tarafından akrofobisi olan bireylerin ortalama kaygı ve kaçınma puanları sırasıyla 61.30 (*SS* = 15.85) ve 14.37 (*SS* = 5.70) olarak bildirilmiştir. Bu sonuçlar sonraki çalışmalarda da desteklenmiştir (Cohen, 1977). Ölçeğin yapısal geçerliliği kişinin akrofobi düzeyini 1 (daha kötü) ile 7 (daha iyi) arasında derecelendirdiği öz bildirim ölçeği ve davranışsal testi ile korelasyonuna

bakılarak yapılmıştır. Analizlerin sonucunda ölçeğin beklenildiği gibi, Akrofobi düzeyini ölçen geçerli bir ölçüm aracı olduğu bulunmuştur (Cohen, 1972).

Ölçeğin Türkçe'ye çeviri ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi çalışması Ayhan ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmıştır. 300 kişi Akrofobi Ölçeğinin Türkçe güvenirliliği ve geçerliliğinin belirlenmesi amacı ile çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmada iç tutarlılığı düşüren madde bulunmadığı saptanmıştır. Kaygı ölçeğine ilişkin güvenirlik katsayısı 0.92, kaçınma ölçeği için ise 0.90 olarak belirlenmiş ve yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Kaygı ve kaçınma alt ölçeklerinin yapı geçerliliğiyle alakalı olarak önceden belirlenen faktör yapısı ile uyumlu olup olmadığını saptamak için doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Sonuçlar, ölçeğin orijinal formda belirlenen faktör yapısına ile iyi uyum gösterdiğine işaret etmektedir. Ölçeğin mevcut çalışmadaki güvenirlik katsayısı kaygı ölçeği için 0.79, kaçınma ölçeği için ise 0.78 olarak bulunmuştur.

Akrofobi Ölçeği Ek 2'de verilmiştir.

2.2.3. Öznel Rahatsızlık Birim Ölçeği

Kişinin öznel kaygı seviyesini belirlemek davranışsal terapinin önemli bir unsurudur. Bu basit değerlendirme, terapiste danışanının tedavinin başındaki kaygı seviyesini belirlemesine ve tedavinin ilerleyişini değerlendirmesine olanak sağlamaktadır. Bu gerekçelerle Wolpe (1969) tarafından geliştirilen Öznel Rahatsızlık Birim Ölçeği, davranışsal terapilerde yaygın olarak kullanılmaktadır. İlk olarak anlık kaygı seviyesinin 0 (mutlak sakinlik hali) ile 100 (şimdiye kadar yaşanılan en kötü endişe hali) olarak değerlendirildiği ölçek daha sonra Wolpe (1982) tarafından geliştirilmiş ve anlık kaygının 0 ile 10 arasında değerlendirildiği kompakt bir hale evrilmiştir.

2.2.4. Kısa Form 36

Kısa Form 36 (SF-36), kişinin son zamanlardaki yaşam kalitesini ve sağlık durumunun değerlendirmesi amacıyla Ware ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilmiştir. 36 maddeden oluşan ölçek, fiziksel fonksiyon (aşağıdaki sorular bir gün içinde yapacağınız aktivitelerle ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu?

Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar? Koşmak ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler; bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler; market poşetlerini kaldırmak veya taşımak; bir kaç kat merdiven çıkmak; bir kat merdiven çıkmak; eğilmek, diz çökmek, çömelmek diz çökmek; bir kilometreden fazla yürümek, birkaç yüz metre yürümek, yüz metre yürümek, kendi başına banyo yapmak ve giyinmek) sosyal fonksiyon (son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi ve son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi, arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi- ne sıklıkla etkiledi), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı? Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı? Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz? Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı? Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi?), duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın örn. çökkünlük veya kaygı sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı? Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısıtladınız mı? Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz? İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?), ruh sağlık (Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önünde alarak seçiniz. Çok sinirli biri oldunuz mu? Hiç bir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu? Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi? Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?), enerji/vitalite (Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önünde alarak seçiniz. Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi? Çok enerjik oldunuz mu? Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi? Yorgun hissettiniz mi?), ağrı (Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi ne kadar etkiledi?) ve sağlığın genel algılanması (Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini

söyleyebilirsiniz? Aşağıdaki her ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz? Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum. Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım. Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum. Sağlığım mükemmeldir.) olmak üzere 8 boyuttan oluşmaktadır. Kendini değerlendirme ölçeği olan SF-36, beş dakikada doldurulabilmektedir (Carr, Thompson ve Kirwan, 1996). Ölçeğin ikinci sorusu son bir sene, diğer sorular ise son bir ay içerisindeki sağlıktaki değişim algısını değerlendirmektedir. Ölçeğin dördüncü ve beşinci soruları evet/hayır, diğer soruları ise (3, 5 ve 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Her bir alt boyut için ilgili alt boyuttaki maddeler toplanmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 (Kötü sağlık durumu) ile 100 (İyi sağlık durumu) arasında değerlendirmektedir. Ware ve ark.(1992) tarafından Cronbach alfa katsayısı 0.62 ila 0.94 arasında, madde-toplam puan korelasyon katsayıları ise 0.43 ile 0.90 arasında bulunmuştur.

Türkçe versiyonunun güvenirlik ve geçerlilik çalışması Koçyigit, Aydemir, Fişek ve Memiş (1999; 102-106) tarafından yapılmıştır 50 osteoartriti, 50 bel ağrısı olan hasta SF-36'nın Türkçe güvenirliliği ve geçerliliğinin belirlenmesi amacı ile çalışmaya dâhil edilmiştir. Bulgular, her bir alt ölçeğin Cronbach alfa katsayılarının 0.73 ile 0.76 arasında olduğunu göstermektedir. Madde-toplam puan korelasyonları ise 0.47 ile 0.88 arasında hesaplanmıştır. Analiz sonuçları, alt boyutlar için Cronbach alfa değerini fiziksel fonksiyon için 0.75, sosyal fonksiyon için 0.75, ağrı için 0.76, enerji için 0.73, duygusal soruna bağlı rol kısıtlılığı için 0.76 ve genel sağlık boyutu için 0.75 olarak tespit edilmiştir. Geçerlilik çalışmasında ise multitrait - multimethod matriks uygulanmıştır ve korelasyon katsayıları 0.44 ile 0.65 arasında bulunmuştur. Sonuç olarak, SF-36'nın Türkçe formunun güvenilir ve geçerli olduğu saptanmış ve kronik fiziksel hasta gruplarında kullanılabileceği belirlenmiştir. Mevcut çalışmadaki güvenirlik katsayısı fiziksel fonksiyon alt ölçeği için 0,62, fiziksel rol güçlüğü için 0,64, duygusal rol güçlüğü için 0,61 enerji için 0,68, ruh sağlığı için 0,65, sosyal işlev için 0,65, ağrı için 0,68 ve genel sağlık için 0,65 olarak hesaplanmıştır.

Ek 3'de Kısa Form – 36 verilmiştir.

2.3. İŞLEM

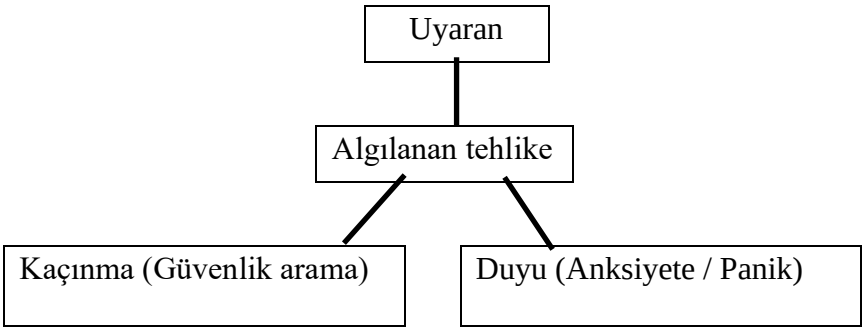
Araştırmaya, Üsküdar Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan etik kurul onayı (sayı= 1351342/2018/05) ve Nöropsikiyatri İstanbul Beyin Hastanesi İdari Direktörlüğü'nden alınan idari izin sonrasında başlanılmıştır. Araştırma ile ilgili Nöropsikiyatri İstanbul Beyin Hastanesi'nde ve Üsküdar Üniversitesinde bilgilendirici duyurular yapılmıştır. Araştırmaya başvuran gönüllü kişiler, Nöropsikiyatri Beyin Hastanesi'nde bir psikiyatrist tarafından yapılan görüşmede, DSM 5 tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiş ve özgül fobi – akrofobi tanısı olan ve psikoz, madde kullanımı ve herhangi bir nörolojik rahatsızlığı olmadığı belirlenen 60 kişi araştırmaya dâhil edilmiştir. Çalışmada gerçek hayatta maruz bırakma grubuna 20 kişi, SG ile maruz bırakma grubuna 20 kişi ve kontrol grubuna 20 kişi başvuru sırasına göre sırayla atanmışlardır. Başvuru yapan katılımcılardan ilki gerçek hayatta maruz bırakma grubuna, ikincisi SG ile maruz bırakma grubuna, üçüncüsü kontrol grubuna atanarak veri toplanmıştır.

Katılımcılar ilk olarak, araştırmanın amacının, kim tarafından uygulanacağının, gizlilik ve gönüllülük şartlarının belirtildiği bilgilendirilmiş onam formunu imzaladıktan sonra, Demografik Bilgi Formunu doldurmuşlardır. Ardından da Akrofobi Ölçeğini doldurmuşlardır. Ardından katılımcıların bulundukları gruba göre uygun olan tedavilerine başlanmıştır.

Tedavi toplam 45 - 60 dakika süren 6 seans olarak planlanmıştır. İlk seansta, tedavi grubundaki tüm katılımcılara kaygıyı tanımlamak ve kişinin davranışsal, fiziksel ve bilişsel tepkilerinin arasındaki döngüsel etkileri anlamasına yardımcı olmak ve öz-izlemeye başlamak amacı ile psikoeğitim verilmiştir. Bu eğitimin temel amacı kaygıya neden olan yanlış algıları düzeltmektedir. Bu amacı gerçekleştirebilmek için eğitim aşamasında (1) kaygının koruyucu işlevi ve yaşamsal değeri (2) kaygı sırasında deneyimlenen duyumların fizyolojik temelleri ele alınmıştır. Psikoeğitim, kaygının nedenleri ve fiziksel, bilişsel ve davranışsal tepki sistemlerindeki geri bildirimler ile ilgili bilgi verilmesi ile başlamaktadır. Aynı zamanda, kaygı sırasında ortaya çıkan pek çok fizyolojik değişimin adaptif değeri ve savaş ya da kaç tepkisinin psikofizyolojisi açıklanmış, bu alarm durumunun yaşamsal değeri vurgulanmıştır (Barlow, 2014).

Kaygının normal bir tepki olduğu, ancak gündelik yaşamda işlevselliği olumsuz etkilemeye başladığı zaman sorun oluşturmaya başladığı bilgisi verildikten sonra kaçınma ve güvenlik davranışları kavramları ile ilgili bilgi verilmiştir. Katılımcılara verilmek istenilen bilgi, kaçınmanın mantıksal bir çözüm olarak ortaya çıkabileceği, algılanan tehlikeden kişiyi koruyabileceği, kaçınmayı durdurulması onaylayıcı kanıtların toplanmasını sağladığı ve duyusal / deneysel deneyimlerle kanıt toplamanın kişinin ikna olmasına sebep olduğudur. Psikoeğitimde üzerinde durulan en önemli noktalardan bir tanesi, kaygının nasıl işlediği, nasıl kısır bir döngü halini aldığı ve bu kısır döngüden çıkabilmek için terapötik tekniklerin nasıl çalıştığıdır. İlk olarak katılımcılara kaygılarının doğası ile ilgili ne düşündükleri sorulmuştur. Onların fikirleri alındıktan sonra akrofobinin bilişsel davranışçı modeli özgül fobilerin modeli (Şekil 1) üzerinden sunulmuştur. Model görsel olarak seans odasında bulunan beyaz tahtaya çizilmiştir. Model anlatılırken ilk olarak, fobilerin tanımı yapılmıştır. Yükseklik ile karşı karşıya gelmelerinin, kaygılarını arttırdığını ve kaygılarındaki artışın da kaçınma davranışı göstermelerine yol açtığı ve yardım alınmadığı durumlarda bu kısır döngünün devam edeceği bilgisi verilmiştir. Katılımcılara, yüksekliğe maruz kaldıklarında akıllarına gelen "kontrolü kaybedeceğim, atlayacağım" şeklindeki düşüncelerin, hissettikleri kaygıyı yoğunlaştırdığı ve bu gerekçe ile kendilerini güvende hissettikleri yerde kalma eğiliminde oldukları bilgisi verilmiştir. Bu kaçınma davranışlarının ise korktukları durum ile yüzleşmelerine engel olarak, kaygılarının yüksekliğe maruz kalmalarıyla orantılı olarak azaldığını deneyimleme şanslarının ellerinden alınmasına yol açtığı belirtilmiştir.

Şekil 1: Akrofobinin Bilişsel Davranışçı Modeli



Bu bilgilerin ardından, maruz bırakmanın rasyoneli ve uygulanışı ile ilgili bilgilendirme yapılmıştır. İlk olarak, katılımcılar tedavinin bir takım çalışması olduğu ve katılımcıların terapist kadar tedavi sonucundan sorumlu oldukları ile ilgili bilgilendirilmişlerdir. Bu bilgilendirmenin amacı, maruz bırakmanın zorlayıcı bir süreç olduğu göz önünde bulundurulduğunda, katılımcıların tedavideki kendi rollerini kabul etmelerinin tedaviden alınan sonucu etkilemesidir. Sonrasında, katılımcılara, korktukları durum veya nesneye tekrarlayıcı şekilde maruz kalmalarının, kaygılarının yoğunlaşmasına sebep olan işlevsel olmayan düşüncelerini zayıflatacağı bilgisi verilmiştir. Katılımcıların, korktukları durum veya nesneye maruz kaldıklarında korkularının azalmasının yanında korkutucu sonuçların yaşanmasının da muhtemel olmadığını anlamaları tedaviye uyumları açısından önemlidir. Katılımcılara maruz bırakmanın rasyoneli şu şekilde açıklanmıştır: "Sistematik bir şekilde korkularınızla yüzleşmeniz, zamanla çok daha az kaygı verici olmaya başlayacaktır. Maruz bırakmanın arkasındaki mantık basittir: ilk olarak, kaygınızın sonsuza kadar sürmediğini aksine zamanla azaldığını deneyimleyeceksiniz. Bu durum alışma olarak adlandırılmaktadır. Bunu soğuk bir havuza girdiğinizde zamanla suyun sıcaklığının ısındığını hissetmenize benzetebilirsiniz. Su ısınmaz ancak vücudunuz suyun soğukluğuna alışmaya başlar. Aynı şey, yüksek bir yer ile karşılaştığınızda da yaşanır. İlk etapta kaygılanırsınız ancak zamanla o yerde kalmaya devam ederseniz sakinleştiğinizi fark edersiniz. Bir başka deyişle alışırsınız. Büyük ihtimalle yüksek yerlerden kaçındığınız için daha önceden bunu hiç deneyimlemediniz. Bir başka deyişle, kendinize daha önce kaygınızın doğal olarak azaldığını deneyimleme şansı vermediniz. Tedavide birlikte bu şansı vereceğiz. Maruz bırakma tedavisinde son olarak da, aklınıza gelen kontrolümü kaybedeceğim, atlayacağım şeklindeki düşüncelerinizin aslında gerçekleşme ihtimallerinin çok az olduğunu öğreneceksiniz. Bu öğreti de sizin fobinizin azalmasına yol açacaktır. Maruz bırakma, doğru uygulandığında fobilerin azalmasında çok etkili bir yöntemdir ancak zorlayıcı bir süreçtir. Yüksek bir yere çıktığımızda ilk olarak çok yoğun kaygı hissedebilirsiniz. Bu kaygı geçicidir ve her bir denemede daha da azalacaktır. İlk denemenizde huzursuz olabilirsiniz, büyük ihtimalle o yerden uzaklaşmak isteyebilirsiniz ve kaygınızı hemen azaltmak isteyebilirsiniz ancak kalmaya devam ettiğinizde alışma gerçekleştiğinde kaygınızın azaldığını deneyimleyeceksiniz. Daha çok deneme yaptığınızda kaygınız

daha da azalacak ve daha hızlı korktuğunuz duruma alışacaksınız. Ancak bu durum, kaçınma ve güvenlik davranışlarınızı yapmazsanız gerçekleşir. Kendinizi yeterli alışma oluşana kadar zorlamanız gerekmektedir. Bu süreçte ben sizin yanınızda olacağım ve size destek olacağım". SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcılara tüm bu eğitimin yanında, SG ekipmanları tanıtılmıştır ve yan etkileri (hareket hastalığı) ile ilgili bilgilendirme yapılmıştır. Seansın sonunda tüm katılımcılardan psikoeğitim seansında öğrendiklerini kendi kelimeleri ile özetlemeleri istenmiştir. İkinci seansta katılımcıların bulundukları gruplara göre, SG ile ve gerçek hayatta maruz bırakma uygulamalarına başlanılmıştır. Üçüncü, dördüncü ve beşinci seanslarda da maruz bırakma çalışmalarına devam edilmiştir. Gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcılarla kaygı hiyerarşisi oluşturulmuştur. Kaygı hiyerarşisi oluştururken katılımcılardan tedavi sırasında maruz kalacağı yükseklikleri, o yüksekliğe maruz kaldıklarında kendilerini ne kadar huzursuz hissedeceklerine göre değerlendirmeleri istenmiştir ve bu bilgi doğrultusunda katılımcıya kaygı uyandıran ancak tolere edebileceği bir noktadan maruz bırakma çalışmalarına başlanmıştır. Tüm katılımcılar terapi seansları dışında her hangi bir maruz bırakma çalışması yapmamaları konusunda bilgilendirilmişlerdir. Maruz bırakma seanslarının başında, maruz bırakma rasyonelinin kısaca üzerinden geçilmiş ve hangi seviyeden başlanacağı ile ilgili bilgilendirme yapılmıştır. Tüm maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların uygulama sırasındaki güvenlik ve kaçınma davranışları takip edilmiştir ve katılımcıların motivasyonlarını ve performanslarını arttırmak adına önerilerde ve yönlendirmelerde bulunulmuştur. Uygulama sırasında terapist katılımcıya yol göstermiş ve kaygı seviyesini 5'er dakikalık aralıklarla Öznel Rahatsızlık Birim Ölçeği uygulayarak, 0 – 10 arasında not edip, takip etmiştir. Maruz bırakma, kaygı seviyesi kabul edilebilir bir seviyeye inene kadar ya da katılımcı bir sonraki seviyeye geçmeye motive olana kadar devam etmiştir. Katılımcı kaygısının azaldığını ve bir sonraki seviyeye geçmeye motive olduğunu belirttikten sonra, birkaç dakika daha güvende olduğu hissini yaşaması için aynı seviyede bekletilmiştir ve sonrasında diğer seviyeye geçilmiştir. Maruz bırakmanın süresi katılımcının kaygı seviyesine göre ayarlanmaktadır. Kaygı seviyesi, birincil kaygı düzeyinin %50 - 60 altına düştüğünde maruz bırakma sonlandırılmıştır ve bir sonraki seviyeye geçilmiştir. Seansların toplam süresi katılımcıların maruz kaldıkları seviyelerdeki kaygı düzeyleri doğrultusunda

değişkenlik göstermektedir ve ortalama 45 - 60 dakikada seanslar sonlandırılmıştır. 45 - 60 dakikalık 4 maruz bırakma seansı boyunca katılımcılar ilerleyebildikleri seviyeye kadar gerçek hayatta veya sanal dünya da maruz bırakılmışlardır. SG ile maruz bırakma Nöropsikiyatri İstanbul Beyin Hastanesi'nde karanlık bir odada uygulanmıştır. SG ile maruz bırakma çalışması Psious tarafından oluşturulan kit kullanılarak yapılmıştır. Kit, SG gözlüğü ve telefondan oluşmaktadır. Ek olarak, terapistin sanal dünyayı kontrol edebilmesi için bilgisayar yazılımı bulunmaktadır. Araştırmada, katılımcının bir asansör ile bir gökdelenin tepesine doğru çıktığı sanal dünya kullanılmıştır. Gökdelen 76 katlıdır ve ortalama yüksekliği 228 metredir. Terapist uygulama sırasında katılımcının asansördeki yerini arkada, ortada ve önde olmak üzere üç farklı şekilde değiştirebilmektedir. Ortalama 45 - 60 dakika süren seanslarda hareket hastalığını engellemek adına kısa molalar verilmiştir. Gerçek hayatta maruz bırakma çalışmasına, ilk olarak İstanbul'da bulunan ortalama yüksekliği 24 metre olan 8 katlı bir binada başlanılmıştır. Kaygı seviyesi düşen ve bir sonraki seviyeye geçmeye motive olan katılımcılarla, maruz bırakma çalışmasına Nöropsikiyatri İstanbul Beyin Hastanesi'nin 27 metre yükseklikte bulunan terasında devam edilmiştir. Gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların 56 katlı bir alışveriş merkezinin 225 metre yüksekte bulunan seyir terasında yüksekliğe maruz bırakılmaları planlanmıştır ancak uygulanan dört maruz bırakma seansında katılımcılar o seviyeye gelememişlerdir. Her iki maruz bırakma seansında da katılımcılardan ilk olarak arkada, sonrasında ortada ve son olarak da önde durmaları istenmiştir.

Son seansta ise, nüks önleme çalışması yapılmıştır. Nüks önlemenin temel öğeleri terapi şablonu oluşturmak ve gelecekte oluşabilecek anksiyete durumlarına dair yeni bir çerçeve oluşturmaktır (Wells, 1998). Nüks önleme seansında, katılımcılar ile psikoeğitim seansında öğrenilen bilgiler tekrar edilmiş ve tedavi sonrasında dikkat edilmesi gereken konular üzerinden geçilmiştir. Katılımcılara kaygı yaşamalarının normal olduğu ve bu durumun nüks anlamına gelmediğini bilgisi verilmiştir. Son olarak, katılımcılara yükseklikten ne şiddette korktukları, kaçınma seviyeleri ve korkularının verdiği rahatsızlık hissi sorulmuştur ve bu soru kalan problem seviyesi ile ilgili bilgi vermiştir. Eğer bu seviye yüksekse nedenler tekrar ele alınmıştır. Ek olarak, katılımcılar, gerçek hayatta yüksekliğe kendilerini maruz bırakmaları konusunda teşvik edilmiştir. Tedavinin sonunda, katılımcılardan akrofobi ölçeğini tekrardan

doldurmaları istenmiştir. Ayrıca, yaşam kalitelerini değerlendirmeleri için SF-36 doldurmuşlardır. Hem SG hem de gerçek hayatta maruz bırakma grubuna toplam 6 seanslık uygulama yapılmıştır.

Çalışmada bekleme listesi kontrol grubu kullanılmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılara araştırma sürecinde herhangi bir psikolojik müdahalede bulunulmamıştır. Kontrol grubundaki katılımcılar araştırmanın başında Demografik Bilgi Formunu ve Akrofobi Ölçeğini doldurmuşlardır. Araştırma sonrasında, ise tekrardan Akrofobi Ölçeğini ve yaşam kalitelerini değerlendirmeleri için SF-36 Kısa Formunu doldurmuşlardır. Araştırma bittikten sonra bu gruptaki katılımcılara SG ile maruz bırakma seansları uygulanmıştır.

Tedavi sonunda yapılan ölçümlerden alt ay geçtikten sonra tüm katılımcılardan tekrardan Akrofobi Ölçeğini ve SF-36 Kısa Formunu doldurmaları istenmiştir.

2.4. İSTATİKSEL ANALİZLER

Araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizler SPSS v.21 programı ile yürütülmüştür. İstatistiksel analizlere geçilmeden önce araştırmada kullanılan veri toplama araçlarından elde edilen puanların normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilks testi ve çarpıklık-basıklık değerleri hesaplanarak belirlenmiştir. Shapiro Wilks testinde katılımcıların Akrofobi Ölçeğinde ön testte kaygı ve kaçınma puanlarının normal dağılım gösterdiği, son testte kaygı ve kaçınma puanlarının normal dağılım göstermediği, 6 aylık izlem kaygı puanlarının normal dağılım gösterdiği ancak 6 aylık izlem kaçınma puanlarının normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, son testte kaçınma puanları dışında kalan tüm ölçeklerin Skewness ve Kurtosis değerlerinin -1.5 ve +1.5 arasında olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle de Tabaschnik ve Fidell'in (2013) önerdiği gibi veri toplama araçlarının tamamından alınan puanların normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. SF-36 Ölçeğinden alınan puanların dağılımları incelendiğinde, ön testte ve son testte yaşam kalitesi (genel sağlık düzeyi) toplam puanlarının normal dağılım gösterdiği bulunmuştur. Bu bilgiler ışığında verilerin normal dağılım sağladığı varsayılarak istatistiksel analizler parametrik testler kullanılarak yürütülmüştür. Analizler 60 kişi üzerinden yapılmıştır. SG ile maruz

bırakma, gerçek hayatta maruz bırakma ve kontrol grupları arasında akrofobi ve yaşam kalitesi düzeyleri açısından fark olup olmadığını belirlemek amacıyla tekrarlı ölçümlü varyans analizleri (ANOVA) yapılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlerin bulgularına yer verilmiştir. İlk olarak, gerçek hayatta maruz bırakma, SG ile maruz bırakma ve kontrol olmak üzere üç gruba ayrılan katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, yüzdelikleri ve ki-kare analizi bulguları verilmiştir. İkinci olarak, katılımcıların demografik değişkenler bakımından ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde akrofobi düzeylerinin karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t test bulguları verilmiştir. Üçüncü olarak, katılımcıların çalışmada yer aldıkları gruplara göre Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık Anketinden aldıkları ortalama puanların ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinin ayrı ayrı karşılaştırıldığı tek yönlü varyans analizi bulguları verilmiştir. Dördüncü olarak, katılımcıların çalışmada maruz bırakılma türüne göre (SG ile maruz bırakma, gerçek hayatta maruz bırakma ve kontrol) ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrarlı ölçümlü varyans analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Beşinci olarak, katılımcıların son teste ve 6 aylık izlem ölçümlerindeki yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırıldığını tekrarlı ölçümlü varyans analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Sonrasında, katılımcıların maruz bırakılma seansları süresince deneyimledikleri toplam kaygı düzeylerinin karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t test bulguları verilmiştir. Son olarak da, katılımcıların maruz bırakma uygulamasında çıkabildikleri yüksekliklerin karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t test bulguları verilmiştir.

3.1. AKROFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Gruplar arasında yaş ortalamaları ve cinsiyetlere göre dağılımları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların eğitim durumlarına göre gruplardaki

dağılımları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca katılımcıların akrofobi öncesi travmatik yaşantılarının bulunup bulunmamasına göre de gruplardaki dağılımları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak katılımcıların medeni durumlara göre gruplardaki dağılımları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}$=6.667; p= .036]. Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun %20'sinin, SG ile maruz bırakma grubunun %60'ının ve kontrol grubunun %40'ının evli olduğu, diğerlerinin bekâr olduğu gözlenmiştir. Grupların çalışma durumlarına göre de gruplardaki dağılımları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}$= 13.795; p= .001]. Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun %20'sinin, SG ile maruz bırakma grubunun %75'inin ve kontrol grubunun %65'inin bir işte çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 2'de akrofobi tanısı olan kişilerin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdelikler ile bu dağılımlar arasındaki farka ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 2: Akrofobi tanısı olan kişilerin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdelikleri ile bu dağılımlar arasındaki farka ilişkin ki-kare analizi bulguları ile yaş ortalamaları arasındaki farka ilişkin tek yönlü varyans analizi bulguları

	SG			Invivo			Kontrol			Toplam						
	Ort. *(SS)*	*s*	*%*	Ort. *(SS)*	*s*	*%*	Ort. *(SS)*	*s*	*%*	*Ort. (SS)*	*s*	*%*	χ^2	*p*	*F*	*p*
Cinsiyet																
Kadın		13_a	65.0		18_a	90.0		14_a	70.0		45	75.0	3.733	.155		
Erkek		7_a	35.0		2_a	10.0		6_a	30.0		15	25.0				
Eğitim Düzeyi																
Lise		3	15.0		2	10.0		1	5.0		6	10.0				
Üniversite öğrencisi		2	10.0		8	40.0		3	15.0		13	21.7	8.420	.209		
Lisans		7	35.0		6	30.0		6	30.0		19	31.7				
Lisansüstü		8	40.0		4	20.0		10	50.0		22	36.7				
Medeni Durum																
Evli		12_b	60.0		4_a	20.0		$8_{a,\ b}$	40.0		24	40.0	6.667	.036*		
Bekar		8_b	40.0		16_a	80.0		$12_{a,\ b}$	60.0		36	60.0				
Çalışma Durumu																
Hayır		5_b	25.0		16_a	80.0		7_b	35.0		28	46.7	13.795	.001*		
Evet		15_b	75.0		4_a	20.0		13_b	65.0		32	53.3				
Akrofobi Öncesi Travmatik Yaşantı													1.558	.459		
Evet		2_a	10.0		4_a	20.0		5_a	25.0		11	18.3				
Hayır		18_a	90.0		16_a	80.0		15_a	75.0		49	81.7				
Yaş	33.20 (7.89)			27.70 (8.96)			33.05 (10.57)			31.32 (9.41)					2.317	.108

*p<.05

3.2. AKROFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER BAKIMINDAN ÖN TEST, SON TEST VE 6 AYLIK İZLEM ÖLÇÜMLERİNDE AKROFOBİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Akrofobi ölçeğinden üç farklı zamanda alınan puanların, akrofobisi olan kişilerin sosyodemografik değişkenlerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır.

3.2.1. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Medeni Durumlarına Göre Ön Test, Son Test ve 6 Aylık İzlem Ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

Akrofobisi olan kişilerin medeni durumlarına (evli ya da bekar) göre müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra akrofobi ölçeğinden aldıkları puanların farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır.

Tablo 3'de akrofobi tanısı olanların medeni durumlarına göre ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Tabloda verilen analiz sonuçlarına göre akrofobi tanısı olan kişilerin medeni durumlarına göre ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, katılımcıların medeni durumları onların akrofobi düzeylerini etkilememektedir.

Tablo 3: Akrofobi tanısı olan kişilerin medeni durumlarına göre ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları

	Medeni Durum	*s*	*Ort.*	SS	t	p
Ön Test Kaygı	Evli	24	68.46	17.436	-.409	.684
	Bekâr	36	70.17	14.698		
Son Test Kaygı	Evli	24	36.96	25.567	-1.692	.096
	Bekâr	36	47.11	20.732		
6 Aylık İzlem Kaygı	Evli	24	38.17	25.118	-1.514	.136
	Bekâr	36	47.06	20.203		

Tablo 3: Akrofobi tanısı olan kişilerin medeni durumlarına göre ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları (Devam ediyor.)

	Medeni Durum	*s*	*Ort.*	*SS*	*t*	*p*
Ön Test Kaçınma	Evli	24	18.46	5.421	.253	.801
	Bekâr	36	18.06	6.401		
Son Test Kaçınma	Evli	24	12.88	11.156	.492	.626
	Bekâr	36	11.64	6.397		
6 Aylık İzlem Kaçınma	Evli	24	10.38	7.264	-.631	.531
	Bekâr	36	11.53	6.712		

*p<.05

3.2.2. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Çalışma Durumlarına Göre Ön test, Son Test ve 6 Aylık İzlem Ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

Akrofobisi olan kişilerin çalışma durumlarına (çalışıyor/çalışmıyor) göre müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra akrofobi ölçeğinden aldıkları puanların farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır.

Tablo 4'de akrofobi tanısı olanların çalışma durumlarına göre ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Tabloda verilen analiz sonuçlarına göre akrofobi tanısı olan kişilerin çalışma durumlarına göre ön testte Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (t=2.574; p=.013). Çalışmayanların kaygı ortalamaları *(Ort.*=74.82) çalışanların ortalamalarından *(Ort.*=64.81) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Akrofobi tanısı olanların çalışma durumlarına göre ön testte Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (t=2.329; p=.023). Çalışmayanların kaçınma ortalamaları *(Ort.*=20.07) çalışanların ortalamalarından *(Ort.*=16.59) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bir başka deyişle, iş hayatında aktif rol alan katılımcıların akrofobi düzeyleri, çalışmayan katılımcılardan daha düşüktür.

Tablo 4'de akrofobi tanısı olanların çalışma durumlarına göre ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4: Akrofobi tanısı olan kişilerin çalışma durumlarına göre ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları

	Çalışma Durumu	*s*	*Ort.*	*SS*	*t*	*p*
Ön Test Kaygı	Hayır	28	74.82	13.425	2.574	.013*
	Evet	32	64.81	16.297		
Son Test Kaygı	Hayır	28	46.96	16.725	1.270	.210
	Evet	32	39.63	27.360		
6 Aylık İzlem Kaygı	Hayır	28	46.54	17.779	1.000	.322
	Evet	32	40.84	25.975		
Ön Test Kaçınma	Hayır	28	20.07	5.597	2.329	.023*
	Evet	32	16.59	5.918		
Son Test Kaçınma	Hayır	28	12.89	7.083	.640	.525
	Evet	32	11.47	9.725		
6 Aylık İzlem Kaçınma	Hayır	28	12.11	6.332	1.094	.278
	Evet	32	10.16	7.340		

*p<.05

3.3. AKROFOBİ TANISI OLAN KİŞİLERİN AKROFOBİ DÜZEYLERİNİN MARUZ BIRAKILMA TÜRÜNE GÖRE ÖN TEST ÖLÇÜMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Şiddet/ Kaçınma/Rahatsızlık Anketi ve Akrofobi ölçeği ile değerlendirilen akrofobisi olan kişilerin akrofobi düzeylerinin, müdahale öncesi gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

3.3.1. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Maruz Bırakılma Türüne Göre Ön Testte Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık Anketinden Aldıkları Puanlar

Sosyodemografik Bilgi formunda yer alan Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketi ile değerlendirilen akrofobisi olan kişilerin akrofobi düzeylerinin, müdahale öncesi

gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre şiddet/kaçınma/rahatsızlık anketinde ön testte şiddet sorusundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre şiddet/kaçınma/rahatsızlık anketinde ön testte kaçınma düzeyini ölçen sorusundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(2-57)=7.496; p= .001]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey posthoc testi sonucunda SG ile maruz bırakma grubunun kaçınma ortalaması *(Ort.*=3.40) gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ortalamasından *(Ort.*=2.75) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.012). Kontrol grubunun kaçınma ortalaması *(Ort.* =3.55) gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ortalamasından *(Ort.*=2.75) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.002). Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre şiddet/kaçınma/rahatsızlık anketinde ön testte rahatsızlık düzeyini ölçen sorusundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka ifadeyle, tüm katılımcıların müdahale öncesinde Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketinin şiddet ve rahatsızlık sorularında aldıkları ortalama puanlar arasında fark yoktur. Ancak, katılımcıların Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketinin kaçınma düzeyini ölçen sorusunda müdahale öncesinde aldıkları ortalama puanlar gruplar arası farklılık göstermektedir. SG ile maruz bırakma ve kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma sorusundan aldıkları ortalama puanlar, gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcılardan yüksektir.

Tablo 5'de akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre ön testte Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 5: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre ön testte şiddet/kaçınma/rahatsızlık anketinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları

Test			*s*	*Ort.*	*SS*	*F*	*p*	Tukey Posthoc
Ön Test	Şiddet	Invivo	20	3.85	.933	.584	.561	
		SG	20	3.90	.641			
		Kontrol	20	4.10	.718			

Tablo 5: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre ön testte şiddet/kaçınma/rahatsızlık anketinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları (Devam ediyor.)

			s	*Ort.*	*SS*	*F*	*p*	Tukey Posthoc
Ön test	Kaçınma	Invivo	20	2.75	.716	7.496	.001*	SG>Invivo p=.012 Kontrol >Invivo p=.002
		SG	20	3.40	.681			
		Kontrol	20	3.55	.686			
	Rahatsızlık	Invivo	20	3.90	.718	2.926	.062	
		SG	20	3.40	.754			
		Kontrol	20	3.45	.686			

*p<.05

3.3.2. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Maruz Bırakılma Türüne Göre Ön Testte Akrofobi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

Akrofobi Ölçeği ile değerlendirilen akrofobisi olan kişilerin akrofobi düzeylerinin, müdahale öncesi gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinden ön testte aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinden de ön testte aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka ifadeyle, müdahale öncesi ölçümlerde katılımcıların Akrofobi Ölçeği ile değerlendirilen akrofobi düzeyleri farklılık göstermemektedir.

Tablo 6'da akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre ön testte Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 6: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre ön testte Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları

			s	*Ort.*	*SS*	*F*	*p*	Tukey Posthoc
Ön Test	Kaygı Toplam	Invivo	20	75.00	8.974			
		SG	20	63.75	17.402	2.709	.075	
		Kontrol	20	69.70	17.836			
	Kaçınma Toplam	Invivo	20	18.90	5.693			
		SG	20	17.45	5.643	.289	.750	
		Kontrol	20	18.30	6.768			

*p<.05

3.4. AKROFOBİ TANISI OLAN KİŞİLERİN AKROFOBİ DÜZEYLERİNİN MARUZ BIRAKILMA TÜRÜNE GÖRE SON TEST ÖLÇÜMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Şiddet/ Kaçınma/Rahatsızlık Anketi ve Akrofobi ölçeği ile değerlendirilen akrofobisi olan kişilerin akrofobi düzeylerinin, müdahaleden hemen sonra gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

3.4.1. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Maruz Bırakılma Türüne Göre Son Testte Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık Anketinden Aldıkları Puanlar

Sosyodemografik Bilgi formunda yer alan Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketi ile değerlendirilen akrofobisi olan kişilerin akrofobi düzeylerinin, müdahale sonrası gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre şiddet/kaçınma/rahatsızlık anketinde son testte şiddet düzeyini ölçen sorusundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(2-57)=91.730; p=.000]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey posthoc testi sonucunda Kontrol grubunun şiddet ortalaması *(Ort.*=4.10) gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ortalamasından *(Ort.*=1.65) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun şiddet ortalaması *(Ort.*=4.10) SG ile maruz bırakma

grubunun ortalamasından *(Ort.*=2.10) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Bir başka ifadeyle, uygulanan tedavi sonrasında SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların şiddet düzeyleri diğer gruplardaki katılımcılardan anlamlı şekilde düşüktür.

Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre şiddet/kaçınma/rahatsızlık anketinde son testte kaçınma düzeyini ölçen sorusundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(2-57)=49.954; p=.000]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey posthoc testi sonucunda Kontrol grubunun kaçınma ortalaması *(Ort.*=3.55) gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ortalamasından *(Ort.*=1.55) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun kaçınma ortalaması *(Ort.*=3.55) SG ile maruz bırakma grubunun ortalamasından *(Ort.*=1.80) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Bir başka ifadeyle, uygulanan tedavi sonrasında SG ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaçınma düzeyleri kontrol grubundaki katılımcılardan anlamlı şekilde düşüktür.

Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre şiddet/kaçınma/rahatsızlık anketinde son testte rahatsızlık düzeyini ölçen sorusundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(2-57)=29.838; p=.000]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey posthoc testi sonucunda Kontrol grubunun rahatsızlık ortalaması *(Ort.*=3.45) gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ortalamasından *(Ort.*=1.90) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun rahatsızlık ortalaması *(Ort.*=3.45) SG ile maruz bırakma grubunun da ortalamasından *(Ort.* =2.00) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Bir başka ifadeyle, uygulanan tedavi sonrasında SG ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların rahatsızlık düzeyleri kontrol grubundaki katılımcılardan anlamlı şekilde düşüktür.

Tablo 7'de akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre son testte Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık Anketinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 7: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre son testte şiddet/kaçınma/rahatsızlık anketinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları

Test			*s*	*Ort.*	*SS*	*F*	*p*	Tukey Posthoc
Son Test	Şiddet	Invivo	20	1.65	.587	74.147	.000*	Kontrol >Invivo p=.000 Kontrol >SG p=.000
		VR	20	2.10	.718			
		Kontrol	20	4.10	.718			
	Kaçınma	Invivo	20	1.55	.605	49.954	.000*	Kontrol >Invivo p=.000 Kontrol >SG p=.000
		SG	20	1.80	.768			
		Kontrol	20	3.55	.686			
	Rahatsızlık	Invivo	20	1.90	.718	29.838	.000*	Kontrol >Invivo p=.000 Kontrol >SG p=.000
		SG	20	2.00	.725			
		Kontrol	20	3.45	.686			

*p<0.5

3.4.2. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Maruz Bırakılma Türüne Göre Son Testte Akrofobi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

Akrofobi Ölçeği ile değerlendirilen akrofobisi olan kişilerin akrofobi düzeylerinin, müdahale sonrası gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinden son testte aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(2-57)=26.915; p=.000]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey posthoc testi sonucunda kontrol grubundakilerin kaygı ortalamaları *(Ort.*=63.55) gerçek hayatta maruz bırakma grubundakilerin ortalamalarından *(Ort.*=41.05) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubundakilerin kaygı ortalamaları *(Ort.*=63.55) SG ile maruz bırakma grubundakilerin de ortalamalarından *(Ort.*=24.55) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ayrıca,

gerçek hayatta maruz bırakma grubundakilerin kaygı ortalamaları *(Ort.*=41.05) SG ile maruz bırakma grubundakilerin ortalamalarından *(Ort.*=24.55) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.009). Bir başka ifadeyle, uygulanan tedavi sonrasında SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı düzeyleri diğer gruplardaki katılımcılardan daha düşüktür.

Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinden son testte aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(2-57)=30.244; p=.000]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey posthoc testi sonucunda kontrol grubundakilerin kaçınma ortalamaları *(Ort.*=20.50) gerçek hayatta maruz bırakma grubundakilerin ortalamalarından *(Ort.*=9.70) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubundakilerin kaçınma ortalamaları *(Ort.*=20.50) SG ile maruz bırakma grubundakilerin ortalamalarından *(Ort.*=6.20) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Bir başka ifadeyle, uygulanan tedavi sonrasında SG ile ve gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaçınma düzeyleri kontrol grubundaki katılımcılardan daha düşüktür.

Tablo 8'de akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre son testte Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 8: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre son testte Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları

			s	*Ort.*	*SS*	*F*	*p*	Tukey Posthoc
Son Test	Kaygı Toplam	Invivo	20	41.05	5.772	26.915	.000*	Kontrol>Invivo p=.000 Kontrol>SG p=.000 Invivo>SG p=.009
		SG	20	24.55	13.590			
		Kontrol	20	63.55	25.226			
	Kaçınma Toplam	Invivo	20	9.70	2.755	30.244	.000*	Kontrol>Invivo p=.000 Kontrol>SG p=.000
		SG	20	6.20	3.861			
		Kontrol	20	20.50	9.367			

*p<.05

3.5. AKROFOBİ TANISI OLAN KİŞİLERİN AKROFOBİ DÜZEYLERİNİN MARUZ BIRAKILMA TÜRÜNE GÖRE 6 AYLIK İZLEM ÖLÇÜMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Akrofobi Ölçeği ile değerlendirilen akrofobisi olan kişilerin akrofobi düzeylerinin, müdahaleden 6 ay sonrasında gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinden 6 aylık izlem ölçümlerinde aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(2-57)=67.051; p=.000]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey posthoc testi sonucunda kontrol grubundakilerin kaygı ortalamaları *(Ort.*=68.35) gerçek hayatta maruz bırakma grubundakilerin ortalamalarından *(Ort.*=38.95) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubundakilerin kaygı ortalamaları *(Ort.*=68.35) SG ile maruz bırakma grubundakilerin ortalamalarından *(Ort.*=23.20) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ayrıca, gerçek hayatta maruz bırakma grubundakilerin kaygı ortalamaları *(Ort.*=38.95) SG ile maruz bırakma grubundakilerin ortalamalarından *(Ort.*=23.20) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Bir başka ifadeyle, uygulanan tedaviden 6 ay sonrasında SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı düzeyleri diğer gruplardaki katılımcılardan daha düşüktür.

Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinden 6 aylık izlem ölçümlerinde aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(2-57)=36.021; p=.000]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey posthoc testi sonucunda kontrol grubundakilerin kaçınma ortalamaları *(Ort.*=18.05) gerçek hayatta maruz bırakma gruptakilerin ortalamalarından *(Ort.*=9.20) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubundakilerin kaçınma ortalamaları *(Ort.*=18.05) SG ile maruz bırakma grubundakilerin ortalamalarından *(Ort.*=5.95) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Bir başka ifadeyle, uygulanan tedavi sonrasında SG ile ve gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaçınma düzeyleri kontrol grubundaki katılımcılardan daha düşüktür.

Tablo 9'da akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 9: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları

			s	*Ort.*	*SS*	*F*	*p*	Tukey Posthoc
6 Aylık İzlem	Kaygı Toplam	Invivo	20	38.95	5.862	67.051	.000*	Invivo>SG p=.001 Kontrol>Invivo p=.000 Kontrol>SG p=.000
		SG	20	23.20	12.730			
		Kontrol	20	68.35	16.538			
	Kaçınma Toplam	Invivo	20	9.20	2.687	36.021	.000*	Kontrol>Invivo p=.000 Kontrol>SG p=.000
		SG	20	5.95	3.620			
		Kontrol	20	18.05	6.708			

*p<.05

3.6. SANAL GERÇEKLİK İLE VE GERÇEK HAYATTA MARUZ BIRAKMANIN AKROFOBİ TEDAVİSİNDE ETKİLİLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Akrofobisi olan kişilerin akrofobi düzeylerinde müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonrasında farklılık olup olmadığını belirlemek için eşleştirilmiş örneklem t testi ve tekrar ölçümlü karışık desenli varyans analizleri yapılmıştır.

3.6.1. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Şiddet/Rahatsızlık/Kaçınma Anketinden Aldıkları Puanların Maruz Bırakılma Türüne Göre Ön Test ve Son Test Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Akrofobi tanısı olan ve SG ile maruz bırakma grubunda yer alan katılımcıların ön testte ve son testte Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketi'nin Şiddet düzeyini ölçen sorusundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (t=11.568; p=.000). SG ile maruz bırakma yer alan katılımcıların ön testte şiddet sorusundan aldıkları ortalama puanlar *(Ort.*=3.90) son testte aldıkları ortalamalardan

(Ort.=2.10) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. SG ile maruz bırakma grubunda yer alan katılımcıların ön testte ve son testte Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketi kaçınma sorusundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (t=6.532; p=.000). SG ile maruz bırakma grubunda yer alan katılımcıların ön testte kaçınma anketinden aldıkları ortalama puanlar *(Ort.*=3.40) son testte aldıkları ortalamalardan *(Ort.*=1.80) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. SG ile maruz bırakma grubunda yer alan katılımcıların ön testte ve son testte Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketi şiddet sorusundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (t=6.658; p=.000). SG ile maruz bırakma grubunda yer alan katılımcıların ön testte rahatsızlık sorusundan aldıkları ortalama puanlar *(Ort.*=3.40) son testte aldıkları ortalamalardan *(Ort.*=2.00) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Akrofobi tanısı olan ve gerçek hayatta maruz bırakma grubunda yer alan katılımcıların ön testte ve son testte Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketi şiddet sorusundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (t=10.341; p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunda yer alan katılımcıların ön testte şiddet sorusundan aldıkları ortalama puanlar *(Ort.*=3.85) son testte aldıkları ortalamalardan *(Ort.*=1.65) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Gerçek hayatta maruz bırakma grubunda yer alan katılımcıların ön testte ve son testte Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketi kaçınma sorusundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (t=6.000; p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunda yer alan katılımcıların ön testte kaçınma sorusundan aldıkları ortalama puanlar *(Ort.*=2.75) son testte aldıkları ortalamalardan *(Ort.*=1.55) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Gerçek hayatta maruz bırakma grubunda yer alan katılımcıların ön testte ve son testte Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketi şiddet sorusundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (t=13.272; p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunda yer alan katılımcıların ön testte rahatsızlık sorusundan aldıkları ortalama puanlar *(Ort.*=3.90) son testte aldıkları ortalamalardan *(Ort.*=1.90) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Akrofobi tanısı olan ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların ön testte ve son testte Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 10'da akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türleri için ayrı ayrı olmak üzere ön testte ve son testte Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve eşleştirilmiş örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Tablo 10: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türleri için ayrı ayrı olmak üzere şiddet/kaçınma/rahatsızlık anketinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve eşleştirilmiş örneklem t testi bulguları

		Ön Test		Son Test				
		Ort.	*SS*	*Ort.*	*SS*	*t*	*p*	*r*
SG	Şiddet	3.90	.641	2.10	.718	11.568	.000*	.480*
	Kaçınma	3.40	.681	1.80	.768	6.532	.000*	-.141
	Rahatsızlık	3.40	.754	2.00	.725	6.658	.000*	.192
Invivo	Şiddet	3.85	.933	1.65	.587	10.341	.000*	.283*
	Kaçınma	2.75	.716	1.55	.605	6.000	.000*	.091
	Rahatsızlık	3.90	.718	1.90	.718	7.958	.000*	-.224
Kontrol	Şiddet	4.10	.718	4.10	.718	.000	1.000	1
	Kaçınma	3.55	.686	3.55	.686	.000	1.000	1
	Rahatsızlık	3.45	.686	3.45	.686	.000	1.000	1

*p<.05

3.6.2. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Akrofobi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Maruz Bırakılma Türüne Göre Ön Test, Son Test ve 6 Aylık İzlem Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Akrofobi Ölçeği ile değerlendirilen akrofobisi olan kişilerin akrofobi düzeylerinin, müdahaleden önce, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonrasındaki ölçümlerde farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tekrar ölçümlü karışık desenli varyans analizi yapılmıştır.

SG ile maruz bırakma grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem aşamasında Akrofobi Ölçeği'nin Kaygı alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [$F_{(1.028\text{-}19.533)}$=115.840; p=.000; η^2=.859]. İkili karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında kaygı alt ölçeğinden alınan ön test ortalamaları *(Ort.*=63.75) son test ortalamalarından *(Ort.*=24.55) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kaygı alt ölçeğinden alınan ön test ortalamaları *(Ort.*=63.75) 6 aylık izlem aşamasında

alınan ortalamalardan *(Ort.*=23.20) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kaygı alt ölçeğin son test ortalamaları *(Ort.*=24.55) 6 aylık izlem aşamasında alınan ortalamalardan *(Ort.*=23.20) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.016). Başka bir ifadeyle, SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasındaki ölçümlerde tedavi öncesine göre azalmıştır.

SG ile maruz bırakma grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem aşamasında Akrofobi Ölçeği'nin Kaçınma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [$F_{(1.017\text{-}19.330)}$=154.522; p=.000; η^2=.891]. İkili karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında kaçınma alt ölçeğinden alınan ön test ortalamaları *(Ort.*=17.45) son test ortalamalarından *(Ort.*=6.20) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kaçınma alt ölçeğinden alınan ön test ortalamaları *(Ort.*=17.45) 6 aylık izlem aşamasında alınan ortalamalardan *(Ort.*=5.95) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kaçınma alt ölçeğin son test ortalamaları *(Ort.*=6.20) 6 aylık izlem aşamasında alınan ortalamalardan *(Ort.*=5.95) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.021). Başka bir ifadeyle, SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasındaki ölçümlerde, tedavi öncesine göre azalmıştır.

Tablo 11'de SG ile maruz bırakma grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 11: SG ile maruz bırakma grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve tekrarlı ölçümlü – karışık desenli ANOVA bulguları

SG s=20	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Ön Test Kaygı	63.75	17.402	115.840	1.028-19.533	.859	.000	Ön test> Son test p=.000
Son Test Kaygı	22.55	13.590					Ön test>6 aylık izlem p=.000
6 Aylık İzlem Kaygı	23.20	12.730					Son test>6 aylık izlem p=.016

Tablo 11: SG ile maruz bırakma grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve tekrarlı ölçümlü – karışık desenli ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

SG s=20	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Ön Test Kaçınma	17.45	5.643	154.522	1.017-19.330	.891	.000	Ön test>Son test p=.000
Son Test Kaçınma	6.20	3.861					Ön test>6 aylık izlem p=.000
6 Aylık İzlem Kaçınma	5.95	3.620					Son test>6 aylık izlem p=.021

Gerçek hayatta maruz bırakma grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem aşamasında Akrofobi Ölçeği'nin Kaygı alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [$F_{(1.063\text{-}20.198)}$=382.635; p=.000; η^2=.953]. İkili karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında kaygı alt ölçeğinden alınan ön test ortalamaları *(Ort.*=75.00) son test ortalamalarından *(Ort.*=41.05) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kaygı alt ölçeğinden alınan ön test ortalamaları *(Ort.*=75.00) 6 aylık izlem aşamasında alınan ortalamalardan *(Ort.*=38.95) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kaygı alt ölçeğin son test ortalamaları *(Ort.*=41.05) 6 aylık izlem aşamasında alınan ortalamalardan *(Ort.*=38.95) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Başka bir ifadeyle, gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasındaki ölçümlerde, tedavi öncesine göre azalmıştır.

Gerçek hayatta maruz bırakma grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem aşamasında Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [$F_{(1.049\text{-}19.924)}$=121.799; p=.000; η^2=.865]. İkili karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında kaçınma alt ölçeğinden alınan ön test ortalamaları *(Ort.*=18.90) son test ortalamalarından *(Ort.*=9.70) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kaçınma alt ölçeğinden alınan ön test ortalamaları *(Ort.*=18.90) 6 aylık izlem aşamasında alınan ortalamalardan *(Ort.*=9.20) da anlamlı

şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ayrıca, kaçınma alt ölçeğinin son test ortalamaları *(Ort.*=9.70) 6 aylık izlem aşamasında alınan ortalamalardan *(Ort.*=9.20) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.004). Başka bir ifadeyle, gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasındaki ölçümlerde, tedavi öncesine göre azalmıştır.

Tablo 12'de gerçek hayatta maruz bırakma grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 12: Gerçek hayatta maruz bırakma grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve tekrarlı ölçümlü - karışık desenli ANOVA bulguları

Invivo s=20	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Ön Test Kaygı	75.00	8.974	382.635	1.063-20.198	.953	.000	Ön test>Son test p=.000
Son Test Kaygı	41.05	5.772					Ön test>6 aylık izlem p=.000
6 Aylık İzlem Kaygı	38.95	5.862					Son test>6 aylık izlem p=.000
Ön Test Kaçınma	18.90	5.693	121.799	1.049-19.924	.865	.000	Ön test>Son test p=.000
Son Test Kaçınma	9.70	2.755					Ön test>6 aylık izlem p=.000
6 Aylık İzlem Kaçınma	9.20	2.687					Son test>6 aylık izlem p=.004

Kontrol grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem aşamasında uygulanan Akrofobi Ölçeğinin Kaygı alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kontrol grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde uygulanan Akrofobi Ölçeğinin Kaçınma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Başka bir ifadeyle, kontrol gurubuna herhangi bir müdahale uygulanmadığı için yüksek ortamlarda katılımcıların yaşadıkları kaygı ve kaçınma düzeylerinde herhangi bir değişim olmamıştır.

Tablo 13'de kontrol grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü karışık desenli ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 13: Kontrol grubunda ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve tekrarlı ölçümlü - karışık desenli ANOVA bulguları

Kontrol s=20	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*
Ön Test Kaygı	69.70	17.836				
Son Test Kaygı	63.55	25.226	404.811	1.031-19.614	.184	.051
6 Aylık İzlem Kaygı	68.35	16.538				
Ön Test Kaçınma	18.30	6.768				
Son Test Kaçınma	20.50	9.367	1.432	1.008-19.153	.070	.246
6 Aylık İzlem Kaçınma	18.05	6.708				

3 çalışma grubu (SG ile maruz bırakma, gerçek hayatta maruz bırakma, kontrol) ve üç ölçüm zamanı (müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra, müdahaleden 6 ay sonra) için alınan ölçümlerin ortalama değerleri Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14: Alınan Ölçümlerin 3 Koşul ve 3 Zaman Dilimi için Ortalama Değerleri

	SG ile Maruz Bırakma			Gerçek Hayatta Maruz Bırakma			Kontrol		
	Müdahale Öncesi	Müdahaleden Hemen Sonra	Müdahaleden 6 Ay Sonra	Müdahale Öncesi	Müdahaleden Hemen Sonra	Müdahaleden 6 Ay Sonra	Müdahale Öncesi	Müdahaleden Hemen Sonra	Müdahaleden 6 Ay Sonra
Akrofobi Kaygı Alt Ölçeği Ortama Puanı	63.75	24.55	23.20	75.00	41.05	38.95	69.70	63.55	68.35
Akrofobi Kaçınma Alt Ölçeği Ortalama Puanı	17.45	6,20	5,95	18.90	9,70	9,2	18.30	20.50	18,05

3.7. AKROFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN ÖN TEST, SON TEST VE 6 AYLIK İZLEM ÖLÇÜMLERİNDE AKROFOBİ ÖLÇEĞİ KAYGI ALT ÖLÇEĞİ SORULARINDAN ALDIKLARI ORTALAMA PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu kısımda Akrofobi Ölçeğinin kaygı alt boyutunun her bir sorusu ayrı ayrı olarak analiz edilmiştir. Yapılan müdahalelerin her bir soruda belirtilen kaygı düzeyi üzerindeki etkisini incelemek için tekrar ölçümlü ANOVA'lar yapılmıştır. Bulgular aşağıda verilmiştir.

3.7.1. Alçak Bir Tramplenden Atlayarak Havuza Dalmak

Akrofobi Ölçeğinin Kaygı alt ölçeğinin 1. Sorusu olan 'Alçak bir tramplenden atlayarak havuza dalma' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 15'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 1. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 15'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 1. soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.114-21.162)=19.943; p=.001]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 1. soru ortalaması *(Ort.* =2.45) son testteki ortalamadan *(Ort.* =1.20) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Ön testte 1. soru ortalaması *(Ort.* =2.45) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.* =1.25) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 1. soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.082-20.552)=42.442; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 1. soru ortalaması *(Ort.* =4.40) son

testteki ortalamadan *(Ort.* =2.15) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Ön testte 1. soru ortalaması *(Ort.* =4.40) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.* =2.00) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 1. soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki (hem SG hem de gerçek hayatta maruz bırakma) katılımcıların 'alçak bir tramplenden atlayarak havuza dalma' ile ilgili kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 15: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 1. sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 1	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	4.00	1.864	.744	1.159-22.018	.038	.417	
	Son test	3.60	2.162					
	6 Aylık İzlem	3.85	1.631					
SG	Ön test	2.45	2.089	19.943	1.114-21.162	.423	.001	Ö>S p=.001 Ö>F p=.001 S≈F p=.577
	Son test	1.20	1.240					
	6 Aylık İzlem	1.25	1.293					
Invivo	Ön test	4.40	1.930	42.442	1.082-20.552	.691	.000	Ö>S p=.001 Ö>F p=.001 S≈F p=.083
	Son test	2.15	1.182					
	6 Aylık İzlem	2.00	.973					

3.7.2. Kayalara Basarak Nehrin Karşı Tarafına Geçmek

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 2. Sorusu olan 'Kayara basarak nehrin karşı tarafına geçmek' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 16'da akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 2. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 16'da verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 2. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.154-21.924)=6.301; p=.017]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 2. Soru ortalaması *(Ort.* =1.80) son testteki ortalamadan *(Ort.* =.95) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.015). Ön testte 2. Soru ortalaması *(Ort.* =1.18) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.* =1.05) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.024). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 2. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.241-23.586)=43.680; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 2. Soru ortalaması *(Ort.* =4.35) son testteki ortalamadan *(Ort.* =2.40) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 2. Soru ortalaması *(Ort.* =4.35) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.* =2.35) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 2. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.181-22.433)=4.543; p=.039]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 2. Soru ortalaması *(Ort.* =3.45) son testteki ortalamadan *(Ort.* =2.60) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.020). Bir başka deyişle, hem maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların ve hem de tedavi uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların kayalara basarak nehrin karşı tarafına geçme kaygı düzeyleri sonrasındaki ölçümlerde azalmıştır.

Tablo 16: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 2. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 2	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	3.45	2.114	4.543	1.181-22.433	.193	.039	Ö>S p=.020 Ö≈F p=.267 S≈F p=.079
	Son test	2.60	2.137					
	6 aylık izlem	3.30	1.895					

Tablo 16: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 2. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

SG	Ön test	1.80	1.765	6.301	1.154-21.924	.249	.017	Ö>S p=.015 Ö>F p=.024 S≈F p=.330
	Son test	.95	1.050					
	6 aylık izlem	1.05	1.234					
Invivo	Ön test	4.35	1.424	43.680	1.241-23.586	.697	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.666
	Son test	2.40	.754					
	6 aylık izlem	2.35	.745					

3.7.3. Döner Merdivenlerden Birkaç Kat Aşağı Bakmak

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 3. Sorusu olan 'Döner merdivenlerden birkaç kat aşağı bakmak' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 17'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 3. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 17'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 3. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.093-20.772)=34.443; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 3. Soru ortalaması *(Ort.* =3.65) son testteki ortalamadan *(Ort.* =1.20) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 3. Soru ortalaması *(Ort.* =3.65) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.* =1.30) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 3. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.220-23.183)=56.097; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 3. Soru ortalaması *(Ort.* =4.65) son testteki ortalamadan *(Ort.* =2.35) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 3. Soru ortalaması *(Ort.* =4.65) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*

=2.50) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 3. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların döner merdivenlerden birkaç kat aşağı bakma kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinde ise anlamlı düzeyde düşme tespit edilmemiştir.

Tablo 17: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 3. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 3	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	3.65	1.663	2.375	1.227-23.304	.111	.132	
	Son test	3.15	1.755					
	6 aylık izlem	3.65	1.531					
SG	Ön test	3.65	1.631	34.433	1.093-20.772	.664	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.330
	Son test	1.20	1.056					
	6 aylık izlem	1.30	1.174					
Invivo	Ön test	4.65	1.226	56.097	1.220-23.183	.747	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.186
	Son test	2.35	.745					
	6 aylık izlem	2.50	.946					

3.7.4. Binanın İkinci Katına Uzatılmış Merdivenin Üstünde Durmak

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 4. Sorusu olan ‘Binanın ikinci katına uzatılmış merdivenin üstünde durmak’ maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 18’de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 4. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 18'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 4. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.038-19.714)=35.119; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 4. Soru ortalaması *(Ort.*=4.10) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.65) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 4. Soru ortalaması *(Ort.*=4.10) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.65) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 4. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.285-24.411)=84.833; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 4. Soru ortalaması *(Ort.* =4.85) son testteki ortalamadan *(Ort.*=2.45) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 4. Soru ortalaması *(Ort.*=4.85) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.* =2.40) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 4. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.307-24.828)=4.916; p=.028]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda 6 aylık izlem ortalamaları *(Ort.*=4.60) son test ortalamalarından *(Ort.*=4.05) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.037). Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların binanın ikinci katına uzatılmış merdivenin üzerinde durma kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir müdahale uygulanmadığı için kaygı düzeyleri zaman geçtikçe daha da artmıştır.

Tablo 18: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 4. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 4	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	4.55	1.432	4.916	1.307-24.828	.206	.028	Ö>S p=.121 Ö≈F p=.144 F>S p=.037
	Son test	4.05	1.932					

Tablo 18: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 4. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor)

	6 aylık izlem	4.60	1.273					
SG	Ön test	4.10	1.714	35.119	1.038-19.714	.649	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S=F p=1.000
	Son test	1.65	1.182					
	6 aylık izlem	1.65	1.226					
Invivo	Ön test	4.85	1.226	84.833	1.285-24.411	.817	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.666
	Son test	2.45	.826					
	6 aylık izlem	2.40	.754					

3.7.5. Tiyatro Salonunun Üst Balkonunda Ön Sırada Oturmak

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 5. Sorusu olan 'Tiyatro salonunun üst balkonunda ön sırada oturmak' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 19'da akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 5. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 19'da verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 5. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.033-19.635)=17.817; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 5. Soru ortalaması *(Ort.*=2.55) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.15) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Ön testte 5. Soru ortalaması *(Ort.*=2.55) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.10) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem

ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 5. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.090-20.704)=15.168; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 5. Soru ortalaması *(Ort.*=2.95) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.75) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Ön testte 5. Soru ortalaması *(Ort.*=2.95) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.* =1.60) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 5. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların tiyatro salonunun üst balkonunda ön sırada oturma kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 19: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 5. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 5	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	1.75	1.585	.030	1.291-24.520	.002	.915	
	Son test	1.70	1.559					
	6 aylık izlem	1.70	1.593					
VR	Ön test	2.55	1.638	17.817	1.033-19.635	.484	.000	Ö>S p=.001 Ö>F p=.000 S≈F p=.330
	Son test	1.15	1.089					
	6 aylık izlem	1.10	1.021					
Invivo	Ön test	2.95	1.638	15.168	1.090-20.704	.444	.000	Ö>S p=.001 Ö>F p=.001 S≈F p=.083
	Son test	1.75	.786					
	6 aylık izlem	1.60	.681					

3.7.6. Dönme Dolaba Binmek

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 6. Sorusu olan ‘Dönme dolaba binmek’ maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra

kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 20'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 6. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 20'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 6. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.042-19.799)=33.900; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 6. Soru ortalaması *(Ort.*=4.40) son testteki ortalamadan *(Ort.*=2.05) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 6. Soru ortalaması *(Ort.*=4.40) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.95) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 6. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.120-21.279)=40.250; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 6. Soru ortalaması *(Ort.*=4.05) son testteki ortalamadan *(Ort.*=2.25) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 6. Soru ortalaması *(Ort.*=4.05) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=2.10) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 6. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların dönme dolaba binme ile ilgili kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 20: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 6. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 6	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	4.85	1.309	3.700	1.163-22.094	.163	.062	
	Son test	4.15	1.954					
	6 aylık izlem	4.70	1.302					

Tablo 20: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 6. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

SG	Ön test	4.40	1.759	33.900	1.042-19.799	.641	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.163
	Son test	2.05	1.146					
	6 aylık izlem	1.95	1.099					
Invivo	Ön test	4.05	1.638	40.250	1.120-21.279	.679	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.083
	Son test	2.25	.851					
	6 aylık izlem	2.10	.788					

3.7.7. Doğa Yürüyüşü Yaparken Dik Bir Yokuşu Çıkmak

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 7. Sorusu olan 'Doğa yürüyüşü yaparken dik bir yokuşu çıkmak' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 21'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 7. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 21'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 7. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.144-21.743)=13.172; p=.001]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 7. Soru ortalaması *(Ort.*=2.40) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.90) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.002). Ön testte 7. Soru ortalaması *(Ort.*=2.40) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.75) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 7. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.117-21.217)=17.672; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 7. Soru ortalaması *(Ort.*=2.50) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.40) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön

testte 7. Soru ortalaması *(Ort.*=2.50) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.25) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 7. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların doğa yürüyüşü yaparken dik bir yokuşu çıkma ile ilgili kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 21: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 7. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 7	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	2.80	1.852	.581	1.175-22.320	.030	.480	
	Son test	2.55	1.986					
	6 aylık izlem	2.70	1.689					
SG	Ön test	2.40	1.667	13.172	1.144-21.743	.409	.001	Ö>S p=.002 Ö>F p=.001 S≈F p=.267
	Son test	.90	1.252					
	6 aylık izlem	.75	1.070					
Invivo	Ön test	2.50	1.732	17.672	1.117-21.217	.482	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.083
	Son test	1.40	.883					
	6 aylık izlem	1.25	.910					

3.7.8. Uçak Yolculuğu Yapmak

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 8. Sorusu olan ‘Uçak yolculuğu yapmak’ maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 22’de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 8. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 22'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 8. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.046-19.877)=23.709; p=.001]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 8. Soru ortalaması *(Ort.*=3.35) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.60) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 8. Soru ortalaması *(Ort.*=3.30) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.50) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 8. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.108-21.054)=18.854; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 8. Soru ortalaması *(Ort.*=3.20) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.70) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 8. Soru ortalaması *(Ort.*=3.20) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan da *(Ort.*=1.50) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 8. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların uçak yolculuğu yapma ile ilgili kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 22: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 8. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 8	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	3.65	2.346	.949	1.148-1.74	.048	.354	
	Son test	3.30	2.408					
	6 aylık izlem	3.55	2.259					

Tablo 22: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 8. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

SG	Ön test	3.35	2.207	23.709	1.046-19.877	.555	.001	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.163
	Son test	1.60	1.314					
	6 aylık izlem	1.50	1.235					
Invivo	Ön test	3.20	2.397	18.854	1.108-21.054	.498	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.104
	Son test	1.70	1.261					
	6 aylık izlem	1.50	1.192					

3.7.9. Üçüncü Katta Açık Bir Pencerenin Önünde Durmak

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 9. Sorusu olan 'Üçüncü katta açık bir pencerenin önünde durmak' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 23'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 9. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 23'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 9. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.071-20.345)=69.568; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 9. Soru ortalaması *(Ort.*=3.65) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.05) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 9. Soru ortalaması *(Ort.*=3.65) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.95) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 9. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark

bulunmuştur [F(1.068-20.291)=24.001; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 9. Soru ortalaması *(Ort.*=4.00) son testteki ortalamadan *(Ort.*=2.45) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 9. Soru ortalaması *(Ort.*=4.00) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan da *(Ort.*=2.35) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 9. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların üçüncü katta açık bir pencerenin önünde durma ile ilgili kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 23: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 9. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 9	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	3.45	1.791	1.453	1.610-30.593	.071	.248	
	Son test	3.15	2.007					
	6 aylık izlem	3.30	1.689					
SG	Ön test	3.65	1.725	69.568	1.071-20.345	.785	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.163
	Son test	1.05	1.395					
	6 aylık izlem	.95	1.395					
Invivo	Ön test	4.00	1.622	24.001	1.068-20.291	.558	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.163
	Son test	2.45	.945					
	6 aylık izlem	2.35	.988					

3.7.10. Karayolundaki Üst Geçitten Geçmek

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 10. Sorusu olan ‘Karayolundaki üst geçitten geçmek’ maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 24'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 10. verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 24'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 10. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.063-20.194)=24.995; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 10. Soru ortalaması *(Ort.*=2.25) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.60) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 10. Soru ortalaması *(Ort.*=2.25) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.50) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 10. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.161-22.050)=17.438; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 10. Soru ortalaması *(Ort.*=2.90) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.90) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Ön testte 10. Soru ortalaması *(Ort.*=2.90) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.75) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 10. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların karayolundaki üst geçitten geçme kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 24: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 10. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 10	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	3.50	2.188	.214	1.092-20.754	.022	.539.	
	Son test	3.35	2.254					
	6 aylık izlem	3.45	2.139					

Tablo 24: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 10. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

SG	Ön test	2.25	2.023	24.995	1.063-20.194	.568	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.163
	Son test	.60	.883					
	6 aylık izlem	.50	.889					
Invivo	Ön test	2.90	1.651	17.438	1.161-22.050	.479	.000	Ö>S p=.001 Ö>F p=.000 S≈F p=.083
	Son test	1.90	.968					
	6 aylık izlem	1.75	.786					

3.7.11. Geniş Bir Köprü Üzerinden Araba İle Geçmek

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 11. Sorusu olan ‘Geniş bir körü üzerinden araba ile geçmek’ maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 25’de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 11. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 25’de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 11. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.042-19.807)=11.781; p=.002]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 11. Soru ortalaması *(Ort.*=1.90) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.90) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.003). Ön testte 11. Soru ortalaması *(Ort.*=1.90) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.85) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.002). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 11. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.075-20.428)=19.644; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 11. Soru ortalaması *(Ort.*=2.90)

son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.60) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 11. Soru ortalaması *(Ort.*=2.90) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.50) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 11. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.060-20.136)=4.495; p=.045]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 11. Soru ortalaması *(Ort.*=2.65) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.90) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.040). Bir başka deyişle, maruz bırakma ve kontrol gruplarındaki katılımcıların geniş bir köprü üzerinden araba ile geçme kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır.

Tablo 25: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 11. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 11	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	2.65	1.981	4.496	1.060-20.136	.191	.045	Ö>S p=.040 Ö≈F p=.163 F≈S p=.055
	Son test	1.90	2.100					
	6 aylık izlem	2.55	1.932					
SG	Ön test	1.90	1.518	11.781	1.042-19.807	.383	.002	Ö>S p=.003 Ö>F p=.002 S≈F p=.330
	Son test	.90	1.021					
	6 aylık izlem	.85	.933					
Invivo	Ön test	2.90	1.586	19.644	1.075-20.428	.508	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.163
	Son test	1.60	.754					
	6 aylık izlem	1.50	.889					

3.7.12. Binanın On Beşinci Katındaki Bir Ofiste Pencerelerden Uzak Bir Yerde Durmak

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 12. Sorusu olan ‘Binanın on beşinci katındaki bir ofiste pencerelerden uzak bir yerde durmak’ maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 26'da akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 12. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 26'da verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 12. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.100-20.908)=41.041; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 12. Soru ortalaması *(Ort.*=3.35) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.10) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 12. Soru ortalaması *(Ort.*=3.35) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.00) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 12. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.092-20.748)=14.808; p=.001]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 12. Soru ortalaması *(Ort.*=3.10) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.90) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Ön testte 12. Soru ortalaması *(Ort.*=3.10) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.75)da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 12. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların binanın on beşinci katındaki bir ofiste pencerelerden uzak yerde durma ile ilgili kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 26: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 12. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 12	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	3.15	2.390	1.529	1.032-19.606	.074	.232	
	Son test	3.55	2.417					
	6 aylık izlem	3.10	2.337					

Tablo 26: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 12. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

SG	Ön test	3.35	1.981	41.041	1.100-20.908	.684	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.330
	Son test	1.10	1.119					
	6 aylık izlem	1.00	1.124					
Invivo	Ön test	3.10	2.049	14.808	1.092-20.748	.438	.001	Ö>S p=.001 Ö>F p=.001 S≈F p=.083
	Son test	1.90	1.021					
	6 aylık izlem	1.75	1.070					

3.7.13. Cam Silme Görevlilerini 10. Kattaki İskelenin Üstünde Görmek

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 13. Sorusu olan 'Cam silme görevlilerini 10. Kattaki İskelenin üstünde görmek' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 27'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 13. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 27'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 13. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.085-20.616)=111.934; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 13. Soru ortalaması *(Ort.*=5.00) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.95) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 13. Soru ortalaması *(Ort.*=5.00) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.85) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 13. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.054-20.027)= 44.957; p= .000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 13. Soru ortalaması *(Ort.*=4.80)

son testteki ortalamadan *(Ort.*=2.40) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 13. Soru ortalaması *(Ort.*=4.80) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=2.30) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 13. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların cam silme görevlilerini 10. Kattaki iskelenin üstünde görme ile ilgili kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 27: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 13. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 13	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	4.50	1.433	.115	1.063-20.188	.006	.753	
	Son test	4.40	1.818					
	6 aylık izlem	4.35	1.496					
SG	Ön test	5.00	1.026	111.934	1.085-20.616	.855	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.163
	Son test	1.95	1.146					
	6 aylık izlem	1.85	1.182					
Invivo	Ön test	4.80	1.436	44.957	1.054-20.027	.703	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.163
	Son test	2.40	.754					
	6 aylık izlem	2.30	.657					

3.7.14. Yolda Mazgalların Üzerinden Yürümek

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 14. Sorusu olan ‘Yolda mazgalların üzerinden yürümek’ maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 28'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 14. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 28'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 14. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=23.058; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 14. Soru ortalaması *(Ort.*=2.20) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.95) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 14. Soru ortalaması *(Ort.*=2.20) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.95) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 14. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)= 22.729; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 14. Soru ortalaması *(Ort.*=3.90) son testteki ortalamadan *(Ort.*=2.30) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 14. Soru ortalaması *(Ort.*=3.90) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=2.30) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 14. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların yolda mazgalların üzerinden yürüme ile ilgili kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 28: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 14. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 14	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	2.55	2.064	.045	1.000-19.000	.002	.834	
	Son test	2.50	2.090					
	6 aylık izlem	2.55	2.064					
SG	Ön test	2.20	1.609	23.058	1.000-19.000	.548	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=1.000
	Son test	.95	1.146					
	6 aylık izlem	.95	1.146					

Tablo 28: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 14. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

Invivo	Ön test	3.90	1.586	22.729	1.000-19.000	.545	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=1.000
	Son test	2.30	1.031					
	6 aylık izlem	2.30	1.031					

3.7.15. Metro Peronunun Kenarında Durmak

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 15. Sorusu olan 'Metro peronunun kenarında durmak' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 29'da akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 15. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 29'da verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 15. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=33.876; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 15. Soru ortalaması *(Ort.*=2.55) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.00) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 15. Soru ortalaması *(Ort.*=2.55) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.00) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 15. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=22.860; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 15. Soru ortalaması *(Ort.*=3.10) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.65) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 15. Soru ortalaması *(Ort.*=3.10) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.65) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 15. Soru ortalamaları

arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların metro peronunun kenarında durma ile ilgili kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 29: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 15. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 15	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	3.10	2.174	.041	1.000-19.000	.002	.841	
	Son test	3.05	1.959					
	6 aylık izlem	3.10	2.174					
SG	Ön test	2.55	1.572	33.876	1.000-19.000	.641	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=1.000
	Son test	1.00	1.124					
	6 aylık izlem	1.00	1.124					
Invivo	Ön test	3.10	1.997	22.860	1.000-19.000	.546	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=1.000
	Son test	1.65	1.040					
	6 aylık izlem	1.65	1.040					

3.7.16. Yangın Merdiveninden 3.Kata Çıkmak

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 16. Sorusu olan ‘Yangın merdiveninden 3. Kata çıkmak’ maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 30’da akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 16. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 30’da verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 16. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.222-23.227)=85.676; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 16. Soru

ortalaması *(Ort.*=3.30) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.20) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 16. Soru ortalaması *(Ort.*=3.20) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.00) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Son testte 16. Soru ortalaması *(Ort.*=1.20) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.00) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.042). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 16. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.172-22.267)=27.880; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 16. Soru ortalaması *(Ort.*=3.40) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.95) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 16. Soru ortalaması *(Ort.*=3.40) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.70) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Son testte 16. Soru ortalaması *(Ort.*=1.95) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.70) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.021). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 16. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların yangın merdiveninden üçüncü kata çıkma ile ilgili kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 30: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 16. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 16	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	2.90	1.714	.382	1.136-21.583	.020	.570	
	Son test	2.75	1.482					
	6 aylık izlem	2.95	1.791					
SG	Ön test	3.30	1.218	85.676	1.222-23.227	.818	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S>F p=.042
	Son test	1.20	1.152					
	6 aylık izlem	1.00	.973					
Invivo	Ön test	3.40	1.729	27.880	1.172-22.264	.595	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S>F p=.021
	Son test	1.95	.999					
	6 aylık izlem	1.70	.979					

3.7.17. On Katlı Bir Apartmanın Çatı Katında Durmak

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 17. Sorusu olan 'On katlı bir apartmanın çatı katında durmak' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 31'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 17. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 31'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 17. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.072-20.376)=46.327; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 17. Soru ortalaması *(Ort.*=5.00) son testteki ortalamadan *(Ort.*=2.05) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 17. Soru ortalaması *(Ort.*=5.00) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.80) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Son testte 17. Soru ortalaması *(Ort.*=2.05) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.80) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.021). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 17. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.135-21.556)=59.145; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 17. Soru ortalaması *(Ort.*=4.95) son testteki ortalamadan *(Ort.*=2.65) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 17. Soru ortalaması *(Ort.*=4.95) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=2.45) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Son testte 17. Soru ortalaması *(Ort.*=2.65) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=2.45) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.042). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 17. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.173-22.287)=4.198; p=.047]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 17. Soru ortalaması *(Ort.*=5.35) son testteki ortalamadan *(Ort.*=4.55) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.032). Bir başka deyişle, maruz bırakma ve kontrol gruplarındaki katılımcıların on katlı bir

apartmanın çatı katında durma kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır.

Tablo 31: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 17. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 17	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	5.35	1.137	4.198	1.173-22.287	.181	.047	Ö>S p=.032 Ö≈F p=.428 F≈S p=.074
	Son test	4.55	1.605					
	6 aylık izlem	5.25	1.164					
SG	Ön test	5.00	1.522	46.324	1.072-20.376	.709	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S>F p=.021
	Son test	2.05	1.356					
	6 aylık izlem	1.80	1.152					
Invivo	Ön test	4.95	1.234	59.145	1.135-21.556	.757	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S>F p=.042
	Son test	2.65	.875					
	6 aylık izlem	2.45	.999					

3.7.18. Asansör ile 50. Kata Çıkmak

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 18. Sorusu olan ‘Asansör ile 50. Kata çıkmak’ maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 32’de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 18. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 32’de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 18. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.184-22.490)=112.001; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 18. Soru ortalaması *(Ort.*=5.20) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.95) anlamlı şekilde yüksek

bulunmuştur (p=.000). Ön testte 18. Soru ortalaması *(Ort.*=5.20) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.65) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Son testte 18. Soru ortalaması *(Ort.*=1.95) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.65) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.030). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 18. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.167-22.166)=86.590; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 18. Soru ortalaması *(Ort.*=4.75) son testteki ortalamadan *(Ort.*=2.20) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 18. Soru ortalaması *(Ort.*=4.75) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=2.00) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Son testte 18. Soru ortalaması *(Ort.*=2.20) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=2.00) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.042). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 18. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.387-26.352)=11.735; p=.001]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 18. Soru ortalaması *(Ort.*=5.05) son testteki ortalamadan *(Ort.*=4.30) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.028). Bir başka deyişle, hem tedavi alan maruz bırakma gruplarında hem de herhangi bir müdahale uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların asansör ile 50. Kata çıkma ile ilgili kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır.

Tablo 32: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 18. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 18	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	5.05	1.504	4.220	1.254-23.819	.182	.043	Ö>S p=.028 Ö≈F p=.267 F≈S p=.083
	Son test	4.30	1.976					
	6 aylık izlem	4.90	1.410					
SG	Ön test	5.20	1.105	112.001	1.184-22.490	.855	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S>F p=.030
	Son test	1.95	1.317					
	6 aylık izlem	1.65	1.137					

Tablo 32: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 18. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

Invivo	Ön test	4.75	1.372	86.590	1.167-22.166	.820	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S>F p=.042
	Son test	2.20	.894					
	6 aylık izlem	2.00	.918					

3.7.19. Raftan Bir Şeyler Almak İçin Sandalyenin Üstüne Çıkmak

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 19. Sorusu olan 'Raftan bir şeyler almak için sandalyenin üstüne çıkmak' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 33'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 19. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 33'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 19. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=17.086; p=.001]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 19. Soru ortalaması *(Ort.*=2.05) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.40) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Ön testte 19. Soru ortalaması *(Ort.*=2.05) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.40) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 19. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.041-19.770)=14.314; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 19. Soru ortalaması *(Ort.*=2.50) son testteki ortalamadan *(Ort.*=1.40) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Ön testte 19. Soru ortalaması *(Ort.*=2.50) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.35) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Kontrol grubunun da ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 19. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.387-26.352)=11.735; p=.001]. Farkın

kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda son testte 19. Soru ortalaması *(Ort.*=2.45) ön testteki ortalamadan *(Ort.*=2.05) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.002). Son testte 19. Soru ortalaması *(Ort.*=2.45) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=1.95) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.002). Bir başka deyişle, hem maruz bırakma grupları hem de kontrol grubundaki katılımcıların raftan bir şeyler almak için sandalyenin üstüne çıkma ile ilgili kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır.

Tablo 33: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 19. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 19	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	2.05	1.761	11.735	1.387-26.352	.382	.001	S>Ö p=.002 Ö≈F p=.163 S>F p=.002
	Son test	2.45	1.849					
	6 aylık izlem	1.95	1.638					
SG	Ön test	2.05	1.791	17.086	1.000-19.000	.473	.001	Ö>S p=.001 Ö>F p=.001 S=F p=1.000
	Son test	.40	.598					
	6 aylık izlem	.40	.598					
Invivo	Ön test	2.50	2.039	14.314	1.041-19.770	.430	.001	Ö>S p=.001 Ö>F p=.001 S>F p=.330
	Son test	1.40	1.142					
	6 aylık izlem	1.35	1.089					

3.7.20. İskele İle Gemi Arasına Yerleştirilen Platformdan Geçmek

Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 20. Sorusu olan ‘İskele ile gemi arasına yerleştirilen platformdan geçmek’ maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişi için ne kadar kaygı yaratıcı olduğunu belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 34’de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaygı alt ölçeğinin 20. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 34'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 20. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.054-20.023)=29.312; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 20. Soru ortalaması *(Ort.*=2.60) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.70) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 20. Soru ortalaması *(Ort.*=2.60) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.70) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 20. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.029-19.557)=19.511; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 20. Soru ortalaması *(Ort.*=3.75) son testteki ortalamadan *(Ort.*=2.20) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 20. Soru ortalaması *(Ort.*=3.75) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=2.15) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaygı alt ölçeğinin 20. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların iskele ile gemi arasına yerleştirilen platformdan geçme ile ilgili kaygı düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 34: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 20. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaygı 20	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	2.75	1.713	2.053	1.149-21.823	.098	.165	
	Son test	2.50	1.878					
	6 aylık izlem	2.85	1.725					
SG	Ön test	2.60	1.536	29.312	1.054-20.023	.607	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S=F p=1.000
	Son test	.70	.801					
	6 aylık izlem	.70	.865					

Tablo 34: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaygı alt ölçeğinin 20. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

Invivo	Ön test	3.75	1.372	19.511	1.029-19.557	.507	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S>F p=.330
	Son test	2.20	.768					
	6 aylık izlem	2.15	.813					

3.8. AKROFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN ÖN TEST, SON TEST VE 6 AYLIK İZLEM ÖLÇÜMLERİNDE AKROFOBİ ÖLÇEĞİ KAÇINMA ALT ÖLÇEĞİ SORULARINDAN ALDIKLARI ORTALAMA PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu kısımda Akrofobi Ölçeğinin kaçınma alt boyutunun her bir sorusu ayrı ayrı olarak analiz edilmiştir. Yapılan müdahalelerin her bir soruda belirtilen kaçınma düzeyi üzerindeki etkisini incelemek için tekrar ölçümlü ANOVA'lar yapılmıştır. Bulgular aşağıda verilmiştir.

3.8.1. Alçak Bir Tramplenden Atlayarak Havuza Dalmak

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 1. Sorusu olan 'Alçak bir tramplenden atlayarak havuza dalma' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 35'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 1. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 35'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 1. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=8.598; p=.009]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 1. Soru ortalaması *(Ort.*=.90) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.45) anlamlı şekilde yüksek

bulunmuştur (p=.009). Ön testte 1. Soru ortalaması *(Ort.*=.90) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.45) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.009). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 1. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=6.909; p=.017]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 1. Soru ortalaması *(Ort.*=1.05) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.65) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.017). Ön testte 1. Soru ortalaması *(Ort.*=1.05) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.65) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.017). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 1. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların alçak bir tramplenden atlayarak havuza dalma ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 35: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 1. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 1	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	1.25	.786	1.000	1.000-19.000	.050	.330	
	Son test	1.35	.875					
	6 aylık izlem	1.25	.786					
SG	Ön test	.90	.852	8.598	1.000-19.000	.312	.009	Ö>S p=.009 Ö>F p=.009 S=F p=1.000
	Son test	.45	.686					
	6 aylık izlem	.45	.686					
Invivo	Ön test	1.05	.759	6.909	1.000-19.000	.267	.017	Ö>S p=.017 Ö>F p=.017 S=F p=1.000
	Son test	.65	.489					
	6 aylık izlem	.65	.489					

3.8.2. Kayalara Basarak Nehrin Karşı Tarafına Geçmek

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 2. Sorusu olan 'Kayalara basarak nehrin karşı tarafına geçmek' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 36'da akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 2. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 36'da verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 2. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 2. Soru ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=16.540; p=.001]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 2. Soru ortalaması *(Ort.*=1.15) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.60) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Ön testte 2. Soru ortalaması *(Ort.*=1.15) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.60) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 2. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kayalara basarak nehrin karşı tarafına geçme davranışından kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. SG ile maruz bırakma ve kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 36: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 2. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 2	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	.65	.671	1.000	1.000-19.000	.050	.330	
	Son test	.70	.657					
	6 aylık izlem	.65	.671					

Tablo 36: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 2. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

SG	Ön test	.40	.681	3.065	1.000-19.000	.139	.096	Ö≈S p=.096 Ö≈F p=.096 S=F p=1.000
	Son test	.15	.366					
	6 aylık izlem	.15	.366					
Invivo	Ön test	1.15	.745	16.540	1.000-19.000	.465	.001	Ö>S p=.001 Ö>F p=.001 S=F p=1.000
	Son test	.60	.503					
	6 aylık izlem	.60	.503					

3.8.3. Döner Merdivenlerden Birkaç Kat Aşağı Bakmak

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 3. Sorusu olan 'Döner merdivenlerden birkaç kat aşağı bakmak' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 37'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 3. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 37'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 3. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=16.540; p=.001]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 3. Soru ortalaması *(Ort.*=.90) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.35) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Ön testte 3. Soru ortalaması *(Ort.*=.90) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.35) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 3. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=1.231; p=.005]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 3. Soru ortalaması *(Ort.*=.85) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.50) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.005). Ön testte 3. Soru ortalaması *(Ort.*=.85) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.50)

da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.005). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 3. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların döner merdivenlerden bir kaç kat aşağı bakma ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 37: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 3. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 3	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	.80	.616	1.879	1.000-19.000	.090	.186	
	Son test	.95	.759					
	6 aylık izlem	.80	.616					
SG	Ön test	.90	.641	16.540	1.000-19.000	.465	.001	Ö>S p=.001 Ö>F p=.001 S=F p=1.000
	Son test	.35	.587					
	6 aylık izlem	.35	.587					
Invivo	Ön test	.85	.587	10.231	1.000-19.000	.350	.005	Ö>S p=.005 Ö>F p=.005 S=F p=1.000
	Son test	.50	.513					
	6 aylık izlem	.50	.513					

3.8.4. Binanın İkinci Katına Uzatılmış Merdivenin Üstünde Durmak

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 4. Sorusu olan 'Binanın ikinci katına uzatılmış merdivenin üstünde durmak' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 38'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 4. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 38'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 4. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=46.918; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 4. Soru ortalaması *(Ort.*=1.45) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.35) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 4. Soru ortalaması *(Ort.*=1.45) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.35) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 4. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=31.408; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 4. Soru ortalaması *(Ort.*=1.30) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.40) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 4. Soru ortalaması *(Ort.*=1.30) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.40) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 4. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların binanın ikinci katına uzatılmış bir merdivenin üstünde durma ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 38: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 4. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 4	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	1.50	.688	.106	1.000-19.000	.006	.748	
	Son test	1.45	.605					
	6 aylık izlem	1.50	.688					
SG	Ön test	1.45	.605	46.918	1.000-19.000	.712	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S=F p=1.000
	Son test	.35	.489					
	6 aylık izlem	.35	.489					

Tablo 38: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 4. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

Invivo	Ön test	1.30	.571	31.408	1.000-19.000	.623	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S=F p=1.000
	Son test	.40	.503					
	6 aylık izlem	.40	.503					

3.8.5. Tiyatro Salonunun Üst Balkonunda Ön Sırada Oturmak

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 5. Sorusu olan 'Tiyatro salonunun üst balkonunda ön sırada oturmak' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 39'da akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 5. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 39'da verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 5. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 5. Soru ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=6.333; p=.021]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 5. Soru ortalaması *(Ort.*=.55) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.30) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.021). Ön testte 5. Soru ortalaması *(Ort.*=.55) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.30) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.021). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 5. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların tiyatro salonunun üst balkonunda ön sırada oturma ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. SG ile maruz bırakma ve kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 39: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 5. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 5	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	.30	.470	2.111	1.000-19.000	.100	.163	
	Son test	.40	.598					
	6 aylık izlem	.30	.470					
SG	Ön test	.30	.571	2.923	1.000-19.000	.133	.104	Ö≈S p=.104 Ö≈F p=.104 S=F p=1.000
	Son test	.10	.308					
	6 aylık izlem	.10	.308					
Invivo	Ön test	.55	.686	6.333	1.000-19.000	.250	.021	Ö>S p=.021 Ö>F p=.021 S=F p=1.000
	Son test	.30	.470					
	6 aylık izlem	.30	.470					

3.8.6. Dönme Dolaba Binmek

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 6. Sorusu 'Dönme dolaba binmek maddesinin' müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 40'da akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 6. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 40'da verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 6. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=40.441; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 6. Soru ortalaması *(Ort.*=1.50) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.55) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 6. Soru ortalaması *(Ort.*=1.50) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.50) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 6. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark

bulunmuştur [F(1.000-19.000)=10.231; p=.005]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 6. Soru ortalaması *(Ort.*=.95) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.60) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.005). Ön testte 6. Soru ortalaması *(Ort.*=.95) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.60) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.005). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 6. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların dönme dolaba binme ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 40: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 6. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 6	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	1.45	.686	1.430	1.000-19.000	.070	.252	
	Son test	1.55	.759					
	6 aylık izlem	1.40	.754					
SG	Ön test	1.50	.761	40.441	1.000-19.000	.680	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.330
	Son test	.55	.510					
	6 aylık izlem	.50	.513					
Invivo	Ön test	.95	.759	10.231	1.000-19.000	.350	.005	Ö>S p=.005 Ö>F p=.005 S=F p=1.000
	Son test	.60	.598					
	6 aylık izlem	.60	.598					

3.8.7. Doğa Yürüyüşü Yaparken Dik Bir Yokuşu Çıkmak

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 7. Sorusu olan 'Doğa yürüyüşü yaparken dik bir yokuşu çıkmak' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 41'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 7. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 41'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 7. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=5.444; p=.031]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 7. Soru ortalaması *(Ort.*=.50) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.15) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.031). Ön testte 7. Soru ortalaması *(Ort.*=.50) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.15) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.031). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 7. Soru ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 7. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların doğa yürüyüşü yaparken dik bir yokuşu çıkma ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Gerçek hayatta maruz bırakma ve kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 41: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 7. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 7	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	.70	.865	.000	1.000-19.000	.000	1.000	
	Son test	.70	.865					
	6 aylık izlem	.70	.865					
SG	Ön test	.50	.607	5.444	1.000-19.000	.223	.031	Ö>S p=.031 Ö>F p=.031 S≈F p=.330
	Son test	.15	.366					
	6 aylık izlem	.15	.366					
Invivo	Ön test	.65	.671	4.130	1.000-19.000	.179	.056	Ö≈S p=.056 Ö≈F p=.056 S=F p=1.000
	Son test	.40	.503					
	6 aylık izlem	.40	.503					

3.8.8. Uçak Yolculuğu Yapmak

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 8. Sorusu olan 'Uçak yolculuğu yapmak' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 42'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 8. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 42'da verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 8. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.218-23.142)=7.573; p=.008]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 8. Soru ortalaması *(Ort.*=.95) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.60) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.008). Ön testte 8. Soru ortalaması *(Ort.*=.95) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.55) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.008). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 8. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=8.143; p=.010]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 8. Soru ortalaması *(Ort.*=.60) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.30) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.010). Ön testte 8. Soru ortalaması *(Ort.*=.60) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.30) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.010). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 8. Soru ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların uçak yolculuğu yapma ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 42: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 8. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 8	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	.85	.813	.529	1.063-20.189	.027	.486	
	Son test	1.00	1.257					
	6 aylık izlem	.80	.768					
SG	Ön test	.95	.826	7.573	1.218-23.142	.285	.008	Ö>S p=.015 Ö>F p=.008 S≈F p=.330
	Son test	.60	.681					
	6 aylık izlem	.55	.605					
Invivo	Ön test	.60	.754	8.143	1.000-19.000	.300	.010	Ö>S p=.010 Ö>F p=.010 S=F p=1.000
	Son test	.30	.470					
	6 aylık izlem	.30	.470					

3.8.9. Üçüncü Katta Açık Bir Pencerenin Önünde Durmak

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 9. Sorusu olan 'Üçüncü katta açık bir pencerenin önünde durmak' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 43'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 9. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 43'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 9. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=18.191; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 9. Soru ortalaması *(Ort.*=.90) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.15) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 9. Soru ortalaması *(Ort.*=.90) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.15) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 9. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.699-32.287)=4.457; p=.024]. Farkın kaynağının belirlenmesi

amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 9. Soru ortalaması *(Ort.*=.75) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.50) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.021). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 9. Soru ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların üçüncü katta açık bir pencerenin önünde durma ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 43: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 9. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 9	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	.85	.813	.322	1.000-19.000	.017	.577	
	Son test	.95	.887					
	6 aylık izlem	.85	.813					
SG	Ön test	.90	.788	18.191	1.000-19.000	.489	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S=F p=1.000
	Son test	.15	.366					
	6 aylık izlem	.15	.366					
Invivo	Ön test	.75	.444	4.457	1.699-32.287	.190	.024	Ö≈S p=.083 Ö>F p=.021 S≈F p=.163
	Son test	.60	.503					
	6 aylık izlem	.50	.513					

3.8.10. Karayolundaki Üst Geçitten Geçmek

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 10. Sorusu olan 'Karayolundaki üst geçitten geçmek' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 44'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 10. Sorusuna verdikleri

yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 44'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 10. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=5.444; p=.031]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 10. Soru ortalaması *(Ort.*=.50) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.15) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.031). Ön testte 10. Soru ortalaması *(Ort.*=.50) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.15) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.031). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 10. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=7.107; p=.015]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 10. Soru ortalaması *(Ort.*=.95) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.60) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.015). Ön testte 10. Soru ortalaması *(Ort.*=.95) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.60) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.015). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 10. Soru ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların karayolundaki üst geçitten geçme ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 44: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 10. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 10	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	.55	.686	.137	1.000-19.000	.007	.716	
	Son test	.60	.821					
	6 aylık izlem	.55	.686					
SG	Ön test	.50	.761	5.444	1.000-19.000	.223	.031	Ö>S p=.031 Ö>F p=.031 S=F p=1.000
	Son test	.15	.366					
	6 aylık izlem	.15	.366					

Tablo 44: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 10. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

Invivo	Ön test	.95	.605	7.107	1.000-19.000	.272	.015	Ö>S p=.015 Ö>F p=.015 S≈F p=1.000
	Son test	.60	.598					
	6 aylık izlem	.60	.598					

3.8.11. Geniş Bir Köprü Üzerinden Araba İle Geçmek

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 11. Sorusu olan 'Geniş bir köprü üzerinden araba ile geçmek' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 45'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 11. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 45'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 11. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 11. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 11. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, hem müdahale uygulanan maruz bırakma grupları hem de müdahale uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların geniş bir köprü üzerinden araba ile geçme ile ilgili kaçınma düzeylerinde anlamlı bir azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 45: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 11. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 11	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	.30	.470	1.338	1.000-19.000	.066	.262	
	Son test	.55	.999					
	6 aylık izlem	.30	.470					
SG	Ön test	.25	.444	3.353	1.000-19.000	.150	.083	
	Son test	.10	.308					
	6 aylık izlem	.10	.308					
Invivo	Ön test	.60	.681	4.130	1.000-19.000	.179	.056	
	Son test	.35	.489					
	6 aylık izlem	.35	.489					

3.8.12. Binanın On Beşinci Katındaki Bir Ofiste Pencerelerden Uzak Bir Yerde Durmak

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 12. Sorusu olan 'Binanın on beşinci katındaki bir ofiste pencerelerden uzak bir yerde durmak' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 46'da akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 12. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 46'da verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 12. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=10.556; p=.004]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 12. Soru ortalaması *(Ort.*=1.00) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.50) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.004). Ön testte 12. Soru ortalaması *(Ort.*=1.00) 6 aylık izlem

ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.50) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.004). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 12. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=20.118; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 12. Soru ortalaması *(Ort.*=.90) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.30) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 12. Soru ortalaması *(Ort.*=.90) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.30) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 12. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların binanın on beşinci katındaki bir ofiste pencerelerden uzak bir yerde durma ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 46: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 12. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 12	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test Son test 6 aylık izlem	1.00 .95 1.10	.858 .887 1.021	2.509	1.000-19.000	.117	.109	
SG	Ön test Son test 6 aylık izlem	1.00 .50 .50	.649 .513 .513	10.556	1.000-19.000	.357	.004	Ö>S p=.004 Ö>F p=.004 S=F p=1.000
Invivo	Ön test Son test 6 aylık izlem	.90 .30 .30	.788 .470 .470	20.118	1.000-19.000	.514	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S=F p=1.000

3.8.13. Cam Silme Görevlilerini 10. Kattaki İskelenin Üstünde Görmek

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 13. Sorusu olan 'Cam silme görevlilerini 10. kattaki iskelenin üstünde görmek' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 47'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 13. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 47'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 13. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=38.260; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 13. Soru ortalaması *(Ort.*=1.60) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.55) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 13. Soru ortalaması *(Ort.*=1.60) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.55) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 13. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=26.483; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 13. Soru ortalaması *(Ort.*=1.65) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.70) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 13. Soru ortalaması *(Ort.*=1.65) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.70) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 13. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların cam silme görevlilerini 10. Kattaki iskelenin üstünde görme ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 47: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 13. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 13	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	1.15	.671	1.879	1.000-19.000	.090	.186	
	Son test	1.60	1.635					
	6 aylık izlem	1.15	.671					
SG	Ön test	1.60	.598	38.260	1.000-19.000	.668	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S=F p=1.000
	Son test	.55	.510					
	6 aylık izlem	.55	.510					
Invivo	Ön test	1.65	.489	26.483	1.000-19.000	.582	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S=F p=1.000
	Son test	.70	.571					
	6 aylık izlem	.70	.571					

3.8.14. Yolda Mazgalların Üzerinden Yürümek

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 14. Sorusu olan 'Yolda mazgalların üzerinden yürümek' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 48'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 14. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 48'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 14. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=8.941; p=.008]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 14. Soru ortalaması *(Ort.*=.70) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.30) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.008). Ön testte 14. Soru ortalaması *(Ort.*=.70) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.30) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.008). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 14. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark

bulunmuştur [F(1.000-19.000)=15.545; p=.001]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 14. Soru ortalaması *(Ort.*=.95) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.35) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Ön testte 14. Soru ortalaması *(Ort.*=.95) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.35) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 14. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların yolda mazgalların üzerinden yürüme ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 48: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 14. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 14	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	.65	.745	1.430	1.000-19.000	.070	.252	
	Son test	.55	.686					
	6 aylık izlem	.70	.801					
SG	Ön test	.70	.733	8.941	1.000-19.000	.320	.008	Ö>S p=.008 Ö>F p=.008 S=F p=1.000
	Son test	.30	.470					
	6 aylık izlem	.30	.470					
Invivo	Ön test	.95	.759	15.545	1.000-19.000	.450	.001	Ö>S p=.001 Ö>F p=.001 S=F p=1.000
	Son test	.35	.489					
	6 aylık izlem	.35	.489					

3.8.15. Metro Peronunun Kenarında Durmak

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 15. Sorusu olan ‘Metro peronunun kenarında durmak’ maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 49’da akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 15. Sorusuna verdikleri

yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 49'da verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 15. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=8.941; p=.008]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 15. Soru ortalaması *(Ort.*=.70) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.30) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.008). Ön testte 15. Soru ortalaması *(Ort.*=.70) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.30) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.008). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 15. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=20.118; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 15. Soru ortalaması *(Ort.*=.90) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.30) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 15. Soru ortalaması *(Ort.*=.90) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.30) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 15. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların metro peronunun kenarında durma ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 49: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 15. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 15	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	.85	.813	.487	1.000-19.000	.025	.494	
	Son test	.75	.851					
	6 aylık izlem	.85	.813					
SG	Ön test	.70	.657	8.941	1.000-19.000	.320	.008	Ö>S p=.008 Ö>F p=.008 S=F p=1.000
	Son test	.30	.470					
	6 aylık izlem	.30	.470					

Tablo 49: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 15. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

Invivo	Ön test	.90	.718	20.118	1.000-19.000	.514	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S=F p=1.000
	Son test	.30	.470					
	6 aylık izlem	.30	.470					

3.8.16. Yangın Merdiveninden 3. Kata Çıkmak

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 16. Sorusu olan 'Yangın merdiveninden 3. Kata çıkmak maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 50'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 16. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 50'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 16. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=95.000; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 16. Soru ortalaması *(Ort.*=1.10) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.10) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 16. Soru ortalaması *(Ort.*=1.10) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.10) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde de kaçınma alt ölçeğinin 16. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=14.285; p=.001]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 16. Soru ortalaması *(Ort.*=1.05) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.60) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Ön testte 16. Soru ortalaması *(Ort.*=1.05) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.50) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.001). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 16. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma

gruplarındaki katılımcıların yangın merdiveninden üçüncü kata çıkma kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 50: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 16. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 16	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	1.15	.671	.174	1.000-19.000	.009	.681	
	Son test	1.25	1.118					
	6 aylık izlem	1.15	.671					
SG	Ön test	1.10	.553	95.000	1.000-19.000	.833	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S=F p=1.000
	Son test	.10	.308					
	6 aylık izlem	.10	.308					
Invivo	Ön test	1.05	.605	14.285	1.000-19.000	.429	.001	Ö>S p=.001 Ö>F p=.001 S≈F p=.163
	Son test	.60	.503					
	6 aylık izlem	.50	.513					

3.8.17. On Katlı Bir Apartmanın Çatı Katında Durmak

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 17. Sorusu olan ‘On katlı bir apartmanın çatı katında durmak’ maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 51’de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 17. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 51’de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 17. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=40.441; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 17. Soru ortalaması *(Ort.*=1.55) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.60) anlamlı şekilde

yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 17. Soru ortalaması *(Ort.*=1.55) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamasından *(Ort.*=.55) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 17. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=39.462; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 17. Soru ortalaması *(Ort.*=1.45) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.55) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 17. Soru ortalaması *(Ort.*=1.45) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.55) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 17. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların on katlı bir binanın çatı katında durma ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 51: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 17. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 17	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	1.70	.470	1.113	1.055-20.049	.055	.308	
	Son test	1.95	1.191					
	6 aylık izlem	1.65	.489					
SG	Ön test	1.55	.605	40.441	1.166-22.153	.680	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.330
	Son test	.60	.503					
	6 aylık izlem	.55	.510					
Invivo	Ön test	1.45	.686	39.462	1.000-19.000	.675	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S=F p=1.000.
	Son test	.55	.510					
	6 aylık izlem	.55	.510					

3.8.18. Asansör ile 50. Kata Çıkmak

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 18. Sorusu olan ‘Asansör ile 50. kata çıkmak’ maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6

ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 52'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 18. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 52'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 18. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=49.345; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 18. Soru ortalaması *(Ort.*=1.45) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.50) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ön testte 18. Soru ortalaması *(Ort.*=1.45) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.50) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.000). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 18. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=5.516; p=.030]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 18. Soru ortalaması *(Ort.*=1.05) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.75) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.030). Ön testte 18. Soru ortalaması *(Ort.*=1.05) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.75) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.030). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 18. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların asansör ile 50. Kata çıkma ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 52: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 18. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 18	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	1.55	.686	2.848	1.058-20.098	.130	.105	
	Son test	2.00	1.214					
	6 aylık izlem	1.60	.754					

Tablo 52: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 18. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

SG	Ön test	1.45	.510	49.345	1.000-19.000	.722	.000	Ö>S p=.000 Ö>F p=.000 S≈F p=.1000
	Son test	.50	.513					
	6 aylık izlem	.50	.513					
Invivo	Ön test	1.05	.686	5.516	1.000-19.000	.255	.030	Ö>S p=.030 Ö>F p=.030 S=F p=1.000.
	Son test	.75	.444					
	6 aylık izlem	.75	.444					

3.8.19. Raftan Bir Şeyler Almak İçin Sandalyenin Üstüne Çıkmak

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 19. Soru olan 'Raftan bir şeyler almak için sandalyenin üstüne çıkmak' maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 53'de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 19. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 53'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 19. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=4.750; p=.042]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 19. Soru ortalaması *(Ort.*=.30) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.10) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.042). Ön testte 19. Soru ortalaması *(Ort.*=.30) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.10) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.042). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 19. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=8.143; p=.010]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 19. Soru ortalaması *(Ort.*=.55) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.25) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.010). Ön

testte 19. Soru ortalaması *(Ort.*=.55) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.25) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.010). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 19. Soru ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların raftan bir şeyler almak için sandalyenin üstüne çıkma ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 53: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 19. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 19	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	.55	.686	.	1.000-19.000	.	.	
	Son test	.55	.686					
	6 aylık izlem	.55	.686					
SG	Ön test	.30	.470	4.750	1.000-19.000	.200	.042	Ö>S p=.042 Ö>F p=.042 S≈F p=.1000
	Son test	.10	.308					
	6 aylık izlem	.10	.308					
Invivo	Ön test	.55	.759	8.143	1.000-19.000	.300	.010	Ö>S p=.010 Ö>F p=.010 S≈F p=.1000
	Son test	.25	.444					
	6 aylık izlem	.25	.444					

3.8.20. İskele İle Gemi Arasına Yerleştirilen Platformdan Geçmek

Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 20. Sorusu olan ‘İskele ile gemi arasına yerleştirilen platformdan geçmek’ maddesinin müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra kişinin kaçınma düzeyini belirlemek amacıyla 3x3 tekrar ölçümlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 54’de akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin 20. Sorusuna verdikleri

yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 54'de verilen analiz sonuçlarına göre, SG ile maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 20. Soru ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=10.231; p=.005]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 20. Soru ortalaması *(Ort.*=.50) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.15) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.005). Ön testte 20. Soru ortalaması *(Ort.*=.50) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.15) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.005). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 20. Soru ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [F(1.000-19.000)=12.667; p=.002]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmalarda ön testte 20. Soru ortalaması *(Ort.*=1.00) son testteki ortalamadan *(Ort.*=.60) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.002). Ön testte 20. Soru ortalaması *(Ort.*=1.00) 6 aylık izlem ölçümündeki ortalamadan *(Ort.*=.60) da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.002). Kontrol grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde kaçınma alt ölçeğinin 20. Soru ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir başka deyişle, maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların iskele ile gemi arasına yerleştirilen platformdan geçme ile ilgili kaçınma düzeyleri uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların ise kaçınma düzeylerinde ise anlamlı düzeyde azalma tespit edilmemiştir.

Tablo 54: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 20. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Kaçınma 20	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*	İkili Karşılaştırma
Kontrol	Ön test	.50	.688	1.000	1.000-19.000	.050	.330	
	Son test	.70	1.174					
	6 aylık izlem	.50	.688					
SG	Ön test	.50	.513	10.231	1.000-19.000	.350	.005	Ö>S p=.005 Ö>F p=.005 S≈F p=.1000
	Son test	.15	.366					

	6 aylık izlem	.15	.366					

Tablo 54: Akrofobi tanısı olan kişilerin ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Akrofobi Ölçeğini Kaçınma alt ölçeğinin 20. Sorusuna verdikleri yanıtların ortalamaları, standart sapmaları ve tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

Invivo	Ön test	1.00	.725	12.667	1.000-19.000	.400	.002	Ö>S p=.002 Ö>F p=.002 S≈F p=.1000
	Son test	.60	.503					
	6 aylık izlem	.60	.503					

3.9. AKROFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN MARUZ BIRAKILMA TÜRÜNE GÖRE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN TEDAVİ SONRASI VE 6 AYLIK İZLEM ÖLÇÜMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu kısımda akrofobisi olan kişilerin yaşam kalitesi düzeylerinin, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan tek yönlü varyans analiz bulgularına yer verilmiştir.

3.9.1. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Maruz Bırakılma Türüne Göre Müdahale Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

Akrofobisi olan kişilerin yaşam kalitesi düzeylerinin, müdahaleden hemen sonra gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Tablo 55'de akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre tedavi sonrası ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 55'de verilen analiz sonuçlarına göre, akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre tedavi sonrasındaki ölçümlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Ruhsal Sağlık alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark

bulunmuştur [F(2-57)=3.982; p=.024]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda kontrol grubunun ruhsal sağlık ortalamaları *(Ort.*=72.20) gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ortalamalarından *(Ort.*=65.20) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.025). Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre tedavi sonrasındaki ölçümlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [F(2-57)=3.580; p=.034]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ağrı ortalamaları *(Ort.*=84.75) kontrol grubunun ortalamalarından *(Ort.*=69.95) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=.027).

Tablo 55: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne tedavi sonrasındaki ölçümlerde Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları

Tedavi Sonrası	Grup	*s*	*Ort.*	*SS*	*F*	*p*	Tukey
Fiziksel Fonksiyon	Invivo	20	91.00	6.407			
	SG	20	88.25	6.129	1.794	.176	
	Kontrol	20	91.75	5.911			
Fiziksel Rol Güçlüğü	Invivo	20	96.40	5.642			
	SG	20	95.80	5.872	.439	.647	
	Kontrol	20	97.55	6.460			
Duygusal Rol Güçlüğü	Invivo	20	96.60	6.977			
	SG	20	94.90	7.993	.275	.760	
	Kontrol	20	94.95	9.556			
Enerji / Canlılık / Vitalite	Invivo	20	62.00	8.796			
	SG	20	65.65	15.493	.528	.592	
	Kontrol	20	65.00	10.638			
Ruhsal Sağlık	Invivo	20	65.20	9.501			
	SG	20	70.60	6.652	3.982	.024*	Kontrol>Invivo p=.025
	Kontrol	20	72.20	8.256			
Sosyal İşlevsellik	Invivo	20	78.50	10.675			
	SG	20	81.50	11.799	1.046	.358	
	Kontrol	20	83.45	10.180			
Ağrı	Invivo	20	84.75	21.672			
	SG	20	78.80	17.471	3.580	.034*	Invivo>Kontrol p=.027
	Kontrol	20	69.95	12.433			
Genel Sağlık Algısı	Invivo	20	81.50	4.654			
	SG	20	81.43	5.827	.001	.999	
	Kontrol	20	81.45	3.419			

*p<.05

3.9.2. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Maruz Bırakılma Türüne Göre Müdahaleden 6 Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

Akrofobisi olan kişilerin yaşam kalitesi düzeylerinin, müdahaleden 6 ay sonrasında gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Tablo 56'da akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 56'da verilen analiz sonuçlarına göre, akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 56: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları

Tedaviden 6 Ay Sonra	Grup	*s*	*Ort.*	*SS*	*F*	*p*
Fiziksel Fonksiyon	Invivo	20	90.00	7.255	2.574	.085
	SG	20	87.00	6.156		
	Kontrol	20	91.50	5.643		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Invivo	20	95.80	5.872	.058	.944
	SG	20	95.15	7.322		
	Kontrol	20	95.10	8.416		
Duygusal Rol Güçlüğü	Invivo	20	96.60	6.977	.089	.915
	SG	20	95.75	7.552		
	Kontrol	20	95.75	7.552		
Enerji / Canlılık / Vitalite	Invivo	20	62.50	9.934	.449	.641
	SG	20	66.00	15.355		
	Kontrol	20	65.00	10.000		
Ruhsal Sağlık	Invivo	20	66.10	8.571	2.451	.095
	SG	20	69.80	8.154		
	Kontrol	20	71.80	8.050		

Tablo 56: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türüne göre 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları (Devam ediyor.)

	Invivo	20	80.35	9.511		
Sosyal İşlevsellik	SG	20	80.95	13.056	.409	.666
	Kontrol	20	83.45	11.628		
	Invivo	20	83.90	22.861		
Ağrı	SG	20	77.65	17.590	2.960	.060
	Kontrol	20	70.30	10.352		
	Invivo	20	81.86	4.228		
Genel Sağlık	SG	20	80.84	5.341	.272	.763
	Kontrol	20	81.25	3.440		

3.10. AKROFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN TEDAVİ SONRASI ÖLÇÜMLERDE VE 6 AYLIK İZLEM ÖLÇÜMLERİNDE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu kısımda akrofobisi olan kişilerin yaşam kalitesi düzeylerinin, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan tekrar ölçümlü varyans analizi bulgularına yer verilmiştir.

3.10.1. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Akrofobisi olan kişilerin fiziksel fonksiyon düzeylerinin, müdahaleden 6 ay sonrasında gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tekrar ölçümlü varyans analizi yapılmıştır.

Tablo 57'de tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 57'de verilen analiz sonuçlarına göre, tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 57: Tedavi ve sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Fiziksel Fonksiyon	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*
Kontrol	Ön test	91.75	5.911	.322	1.000-19.000	.017	.577
	Son test	91.50	5.643				
SG	Ön test	88.25	6.129	4.130	1.000-19.000	.179	.056
	Son test	87.00	6.156				
Invivo	Ön test	91.00	6.407	.795	1.000-19.000	.040	.385
	Son test	90.00	7.255				

3.10.2. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol Güçlüğü Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Akrofobisi olan kişilerin fiziksel rol güçlüğü düzeylerinin, müdahaleden 6 ay sonrasında gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek tekrar ölçümlü varyans analizi yapılmıştır.

Tablo 58'de tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 58'de verilen analiz sonuçlarına göre, tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 58: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Fiziksel Rol Güçlüğü	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*
Kontrol	Ön test	97.55	6.460	2.877	1.000-19.000	.131	.106
	Son test	95.10	8.416				
SG	Ön test	95.80	5.872	.358	1.000-19.000	.018	.557
	Son test	95.15	7.322				
Invivo	Ön test	96.40	5.642	.322	1.000-19.000	.017	.577
	Son test	95.80	5.872				

3.10.3. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçeği Duygusal Rol Güçlüğü Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Akrofobisi olan kişilerin duygusal rol güçlüğü düzeylerinin, müdahaleden 6 ay sonrasında gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tekrar ölçümlü varyans analizi yapılmıştır.

Tablo 59'da tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Duygusal Rol Güçlüğü alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 59'da verilen analiz sonuçlarına göre, tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Duygusal Rol Güçlüğü alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 59: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Duygusal Rol Güçlüğü alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Duygusal Rol Güçlüğü	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*
Kontrol	Ön test	94.95	9.556	1.000	1.000-19.000	.050	.330
	Son test	95.75	7.552				

Tablo 59: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Duygusal Rol Güçlüğü alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

SG	Ön test Son test	94.90 95.75	7.993 7.552	1.000	1.000-19.000	.050	.330
Invivo	Ön test Son test	96.60 96.60	6.977 6.977	.000	1.000-19.000	.000	1.000

3.10.4. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçeği Enerji/Canlılık/Vitalite Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Akrofobisi olan kişilerin enerji, canlılık ve vitalite düzeylerinin, müdahaleden 6 ay sonrasında gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tekrar ölçümlü varyans analizi yapılmıştır.

Tablo 60'da tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Enerji/Canlılık/Vitalite alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 60'da verilen analiz sonuçlarına göre, tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Enerji/Canlılık/Vitalite alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 60: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Enerji/Canlılık/Vitalite alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Enerji/Canlılık/Vitalite	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*
Kontrol	Ön test Son test	65.00 65.00	10.638 10.000	.000	1.000-19.000	.000	1.000
SG	Ön test	65.65	15.493	.064	1.000-19.000	.003	.803

	Son test	66.00	15.355					

Tablo 60: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Enerji/Canlılık/Vitalite alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları (Devam ediyor.)

Invivo	Ön test	62.00	8.796	.388	1.000-19.000	.020	.541
	Son test	62.50	9.934				

3.10.5. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçeği Ruhsal Sağlık Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Akrofobisi olan kişilerin ruhsal sağlık düzeylerinin, müdahaleden 6 ay sonrasında gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tekrar ölçümlü varyans analizi yapılmıştır.

Tablo 61'de Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Ruhsal Sağlık alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 61'de verilen analiz sonuçlarına göre, tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Ruhsal Sağlık alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 61: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Ruhsal Sağlık alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Ruhsal Sağlık	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*
Kontrol	Ön test	72.20	8.256	.112	1.000-19.000	.006	.741
	Son test	71.80	8.050				
SG	Ön test	70.60	6.652	.884	1.000-19.000	.044	.359
	Son test	69.80	8.154				
Invivo	Ön test	65.20	9.501	.579	1.000-19.000	.030	.456
	Son test	66.10	8.571				

3.10.6. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal İşlevsellik Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Akrofobisi olan kişilerin sosyal işlevsellik düzeylerinin, müdahaleden 6 ay sonrasında gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tekrar ölçümlü varyans analizi yapılmıştır.

Tablo 62'de Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal İşlevsellik alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 62'de verilen analiz sonuçlarına göre, tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal İşlevsellik alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 62: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal İşlevsellik alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Sosyal İşlevsellik	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*
Kontrol	Ön test	83.45	10.180	.000	1.000-19.000	.000	1.000
	Son test	83.45	11.628				
SG	Ön test	81.50	11.799	.255	1.000-19.000	.013	.619
	Son test	80.95	13.056				
Invivo	Ön test	78.50	10.675	1.252	1.000-19.000	.062	.277
	Son test	80.35	9.511				

3.10.7. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Akrofobisi olan kişilerin ağrı düzeylerinin, müdahaleden 6 ay sonrasında gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tekrar ölçümlü varyans analizi yapılmıştır.

Tablo 63'de tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 63'de verilen analiz sonuçlarına göre, tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 63: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Ağrı	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*
Kontrol	Ön test	69.95	12.433	.082	1.000-19.000	.004	.777
	Son test	70.30	10.352				
SG	Ön test	78.80	17.471	.782	1.000-19.000	.040	.388
	Son test	77.65	17.590				
Invivo	Ön test	84.75	21.672	2.041	1.000-19.000	.097	.169
	Son test	83.90	22.861				

3.10.8. Akrofobi Tanısı Olan Kişilerin Müdahaleden Hemen ve Müdahaleden 6 Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Akrofobisi olan kişilerin genel sağlık düzeylerinin, müdahaleden 6 ay sonrasında gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tekrar ölçümlü varyans analizi yapılmıştır.

Tablo 64'de tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları verilmiştir.

Tablo 64'de verilen analiz sonuçlarına göre, tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği genel sağlık alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 64: Tedavi sonrası ve 6 aylık izlem ölçümlerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık alt ölçeğinden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı tekrar ölçümlü ANOVA bulguları

Genel Sağlık	*s=20*	*Ort.*	*SS*	*GG F*	*Sd*	η^2	*p*
Kontrol	Ön test	81.45	3.419	1.000	1.000-19.000	.050	.330
	Son test	81.25	3.440				
SG	Ön test	81.43	5.827	1.625	1.000-19.000	.079	.218
	Son test	80.84	5.341				
Invivo	Ön test	81.50	4.654	1.869	1.000-19.000	.090	.188
	Son test	81.86	4.228				

3.11. AKROFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN MARUZ BIRAKMA UYGULAMASINDA ÇIKABİLDİKLERİ YÜKSEKLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Akrofobisi olan kişilerin maruz bırakma müdahalesinde çıkabildikleri yükseklikleri gruplar arası karşılaştırmak için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır.

Tablo 65'de akrofobi tanısı olan, gerçek hayatta maruz bırakma ve SG ile maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların maruz bırakma uygulaması sırasında son seansta çıkabildikleri yüksekliklerin ortalaması, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Tablo 65'de verilen analiz sonuçlarına göre, akrofobi tanısı olan kişilerin bulundukları maruz kalma uygulaması gruplarına göre son seansta çıkabildikleri yükseklik ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (t=-11.369; p=.000). SG ile maruz bırakma grubundakilerin son seansta çıkabildikleri yükseklik ortalaması *(Ort.*=181.65) gerçek hayatta maruz bırakma grubundakilerin ortalamasından *(Ort.*=30.30) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bir başka deyişle, SG ile maruz

bırakma grubundaki katılımcılar sanal ortamda ortalama 181m yüksekliğe, gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcılar ise ortalama 30m yüksekliğe çıkabilmişlerdir. Bu durumun, SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların tedaviye dair motivasyonlarını arttırdığı gözlemlenmiştir

Tablo 65: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakma seanslarında en son çıkabildikleri yüksekliğin ortalaması, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi bulguları

	Grup	*s*	*Ort.*	*SS*	*t*	*p*
Son seans yükseklik	Invivo	20	30.30	24.794	-11.369	.000*
	SG	20	181.65	54.127		

*p<.05

3.12. AKROFOBİ TANISI ALAN KİŞİLERİN MARUZ BIRAKMA SEANSLARI SÜRESİNCE DENEYİMLEDİKLERİ TOPLAM KAYGI DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakma seansları süresince deneyimledikleri Öznel Rahatsızlık Birim Ölçeği ile belirlenen kaygı düzeylerinin toplamını gruplar arası karşılaştırmak için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Toplam kaygı düzeyleri, müdahale sırasında katılımcılara 5'er dakikalık aralıklarla uygulanıp, katılımcıların kaygı düzeylerini 0 ile 10 arasında derecelendiren Öznel Rahatsızlık Birim Ölçeğine verilen puanların toplamından oluşmaktadır.

Tablo 66'da akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma türleri için ayrı ayrı olmak üzere maruz bırakma seansları sırasında deneyimledikleri öznel kaygı düzeylerinin karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Tablo 66'da verilen analiz sonuçlarına göre, akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma seansları süresince deneyimledikleri toplam kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (t=-.378; p=.001). Gerçek hayatta maruz bırakma grubunda yer alan katılımcıların seans sırasındaki kaygı düzeyi ortalama puanları *(Ort.*=4.22) SG ile maruz bırakma grubundakilerin seans içerisinde deneyimledikleri kaygı ortalamalarından *(Ort.*=3.87) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 66: Akrofobi tanısı olan kişilerin maruz bırakılma seansları süresince deneyimledikleri toplam kaygı düzeyinin ortalaması ve bağımsız örneklem t testi bulguları

		Ort.	*SS*	*t*	*p*
	Invivo	4.22	.165	-3.818	.001*
	SG	3.87	.378		

*p<.05

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
TARTIŞMA

Toplumdaki kişilerin %40 gibi önemli bir oranı belirli bir duruma veya nesneye yönelik yoğun ve gerçekçi olmayan korku hissetmektedir ve bunların %10'unda fobi gelişmektedir (Van Houtem ve ark., 2013). Fobilerin tedavisinde en yaygın kullanılan yöntem korku duyulan durum veya nesneye maruz bırakmadır. Duygusal İşlemleme Teorisi, maruz bırakma tedavisinde kişilerin korku duyulan nesne veya duruma zarar görmeden maruz kaldıklarında yeni bağlantılar kurduklarını ve böylelikle korkularının azaldığını öne sürmektedir (Foa, Huppert ve Cahill, 2006). Maruz bırakma işlemi gerçek hayatta ya da sanal ortamda mümkün olmaktadır. Son yıllarda, teknolojinin gelişmesi ve ulaşılabilir olması ile birlikte SG araçları psikoloji alanında da kullanılmaktadır. Bu bağlamda, bu araştırmada akrofobi tedavisinde 1995 senesinden beri kullanılan hastalara korkuları ile kontrol edilebilir ve güvenli sanal çevrelerde yüzleşmelerine imkân sunan SG ile maruz bırakmanın korkunun azalmasındaki etkililiği araştırılmıştır. Bu doğrultuda, akrofobi tanısı olan 20 kişilik bir gruba SG ile maruz bırakma tedavisi uygulanıp, diğer 20 kişilik gruba gerçek hayatta maruz bırakma tedavisi uygulanmış, son 20 kişilik gruba ise herhangi bir tedavi uygulanmamıştır. Müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra katılımcıların akrofobi düzeylerine dair ölçümler Akrofobi Ölçeği ve Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketi soruları ile alınmıştır. Ayrıca, katılımcıların müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonrasındaki yaşam kalitesi düzeyleri SF-36 ölçeği ile ölçümlenmiştir. Aynı ölçümler müdahale uygulanmayan gruptan da alınmıştır ve son olarak bu grupların ölçümleri karşılaştırılmıştır.

Bu bölümde ilk olarak, çalışma örnekleminin sosyodemografik özelliklerine dair betimleyici istatistiklere değinilecektir. Sonrasında ise katılımcılara uygulanan maruz bırakma türüne göre yükseklik korkusu düzeylerinin ve teker teker Akrofobi Ölçeği sorularına verdikleri yanıtların karşılaştırılmasının değerlendirilmesi yapılacaktır. Akabinde katılımcıların maruz bırakılma türüne göre Yaşam Kalitesi Ölçeği sorularına verdikleri yanıtlar ile ilgili bulgular tartışılacak ve katılımcılara uygulanan maruz bırakma seansları süresince hissettikleri toplam kaygı düzeylerinin

ve çıkabildikleri yüksekliklerin karşılaştırılması yapılacaktır. Son olarak da, araştırmanın kısıtlılıklarından bahsedilecek ve ileride yapılacak araştırmalara yönelik önerilere yer verilecektir.

4.1. ARAŞTIRMA KATILIMCILARININ SOSYO-DEMOGRAFİK, FOBİ VE YAŞAM KALİTESİ ÖZELLİKLERİ

Tartışma bölümünün ilk kısmında 60 kişilik örnekleminin sosyo-demografik özellikleri değerlendirilecektir. Sosyo-demografik özelliklerden bir olan yaş açısından örneklem incelendiğinde Akrofobi tanısı olan 60 kişinin katıldığı bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 31.32'dir. Coelho (2010) tarafından aynı konuda yapılan araştırmada katılımcıların yaş ortalamasının 25.07 olduğu rapor edilmiştir. Bir diğer araştırmada ise, katılımcıların yaş ortalamasının 20 olduğu belirtilmiştir (Olasov ve ark., 1995). Emmelkamp ve ark. (2002) tarafından yapılan araştırmada ise katılımcıların yaş ortalaması 43.97 olarak rapor edilmiştir. Literatürde genellikle yaş ortalamalarının geniş bir spektrumda yer aldığı göz önünde bulundurulursa bu tez çalışmasına katılan katılımcıların yaş özelliklerinin de bu spektrum aralığında yer aldığı görülmektedir. Hem mevcut çalışma hem de diğer çalışmalarda yükseklik fobisi olanların benzer yaşlarda oldukları ve bu yaşların da kişilerin iş ve sosyal yaşamda en aktif oldukları yaşlar olduğu görülmektedir. Bu nedenle de 20 ile 45 yaş arasında kişilerin daha çok yükseklik fobisi için yardım arayışında bulunabilmeleri nedeniyle bu çalışmanın örnekleminde yer alan kişilerde bu yaş aralığındaki kişilerden oluşmuş olabilir.

Çalışmada yer alan katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, katılımcıların % 10'unun lise, diğer katılımcıların ise lisans öğrencisi oldukları ya da lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Yapılan çalışmalarda katılımcıların eğitim düzeylerinin genellikle üniversite öğrencisi düzeyinde olduğu görülmektedir (Rothbaum ve ark., 1995; Coelho ve ark., 2008). Kısaca, bu tez çalışmasında yer alan katılan katılımcıların eğitim düzeyleri yapılan diğer çalışmalarla uyumludur. Mevcut çalışma bir üniversite hastanesinde yapıldığı için katılımcıların çoğunluğu üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. Literatürdeki diğer çalışmalarda şuana kadar ağırlıklı olarak ulaşımdaki kolaylıktan dolayı daha çok üniversite

örnekleminde yapılmıştır. Bu nedenle bulguların diğer örneklemlere genellenmesinin çok doğru olmayacağı düşünülmektedir.

Akrofobiye yol açtığı düşünülen travmatik bir yaşantının varlığı açısından incelendiğinde ise, çalışma katılımcılarının %18,3'ü akrofobi başlangıcından önce travmatik bir deneyim yaşadıklarını, %81,7'si ise yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu bulgu, korkuların korkulan durumdaki olumsuz bir deneyim sonucu başladığını ve kaçınma davranışının da korkunun devam etmesine yol açtığını ifade eden Mowrer'in (1939) modeli ile uyumsuzdur. Ancak, Menzies ve Clarke (1995) tarafından yapılan araştırmada akrofobinin travmatik bir yaşantı sonucunda gelişip gelişmediği araştırılmış ve araştırma sonucunda, mevcut çalışma ile benzer şekilde akrofobinin ilişkisel öğrenme ile gelişmediği sonucuna varılmıştır. Benzer şekilde, Poulton ve ark. (1998) tarafından yapılan araştırmada da aynı bulgular desteklenmiştir. Bu bağlamda, mevcut çalışmadaki katılımcıların akrofobi öncesi travmatik yaşantı öyküsünün literatür ile uyumlu olduğu görünmektedir. Bu bulgu da akrofobi gelişmesi için kişinin öncesinde mutlaka travmatik bir yaşantı yaşamasının gerekli olmadığına işaret etmektedir. Kişiler yükseklik korkusunu farklı bir yol ile edinmiş olabilirler.

Çalışmada yer alan SG ile maruz bırakma, gerçek hayatta maruz bırakma ve kontrol gruplarındaki katılımcıların akrofobi düzeylerini karşılaştırmak için Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık Anketi ve Akrofobi Ölçeği ilk ölçüm değerlerine ön analiz uygulanmıştır. Yapılan analiz sonrasında katılımcıların Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık Anketinin değerlendirildiği şiddet ve rahatsızlık düzeylerinin eşit olduğu görülmüştür. Ancak bu anket ile değerlendirilen kaçınma düzeyinde gruplar arası bir farklılık olduğu görülmektedir (Bknz. Tablo 5). Gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların ortalama kaçınma düzeyleri diğer gruplardaki katılımcıların kaçınma düzeylerinden düşüktür. Ancak, katılımcıların Akrofobi Ölçeği ile belirlenen akrofobi kaygı ve kaçınma düzeylerinin eşit olduğu görülmüştür (Bknz. Tablo 6). Bu nedenle, gruplar arası bu farklılık yapılan karşılaştırma analizlerine engel teşkil etmemektedir.

Çalışmada müdahale sonrasında tüm katılımcıların yaşam kalitelerini değerlendirmek için SF-36 uygulanmıştır. Yapılan analizler, araştırma katılımcılarının yaşam kalitesi düzeylerinin Demiral ve ark. (2006) tarafından Türk toplumunun yaşam kalitesi norm değerlerini belirlemek amacı ile yapılan araştırma sonuçları ile uyumlu

olduğunu göstermektedir. Mevcut çalışmadaki ortalama puanlar Fiziksel Fonksiyon için 90 (*SS*= 7), Fiziksel Rol Güçlüğü için 95 (*SS*= 7), Ağrı için 76 (*SS*= 20), Genel Sağlık Algısı için 67 (*SS*=12), Enerji/Canlılık/ Vitalite için 64 (*SS*= 12), Sosyal İşlevsellik için 80 (*SS*= 12), Emosyonel Rol Güçlüğü için 95 (*SS*= 8), Ruhsal Sağlık için ise 68 (*SS*= 9) olarak belirlenmiştir. Demiral ve ark. (2006) tarafından 18 yaş ve üzerinde 46,290 kişinin katılımıyla yapılan araştırmada, Türk kadın norm değerleri Fiziksel Fonksiyon için 80.6 (*SS*= 21.7), Fiziksel Rol Güçlüğü için 82.9 (*SS*= 28.6), Ağrı için 81.0 (*SS*= 20.2), Genel Sağlık Algısı için 69.1 (*SS*= 16.9), Enerji/Canlılık/ Vitalite için 63.4 (*SS*= 13.7), Sosyal İşlevsellik için 90.1 (*SS*= 12.9), Emosyonel Rol Güçlüğü için 89.0 (*SS*= 22.5), Ruhsal Sağlık için ise 70.1 (*SS*= 11.4) olarak belirlenmiştir. Aynı araştırmada, Türk erkek norm değerleri ise, Fiziksel Fonksiyon için 87.2 (*SS*= 17.1), Fiziksel Rol Güçlüğü için 89.8 (*SS*= 19.3), Ağrı 85.1 için (*SS*= 16.4), Genel Sağlık Algısı için 73.6 (*SS*= 14.9), Enerji/Canlılık/Vitalite için 65.7 (*SS*= 11.9), Sosyal İşlevsellik için 91.7 (*SS*= 12.8), Emosyonel Rol Güçlüğü için 92.8 (*SS*= 15.1), Ruhsal Sağlık için ise 71.0 (*SS*= 10.6) olarak belirlenmiştir.

4.2. SANAL GERÇEKLİK İLE VE GERÇEK HAYATTA MARUZ BIRAKMANIN AKROFOBİ ÜZERİNDEKİ KISA VE UZUN SÜRELİ ETKİLERİ

Bu kısımda uygulanan müdahalelerin akrofobi üzerindeki kısa ve uzun süreli etkileri araştırma bulguları üzerinden tartışılacaktır. Çalışmada katılımcıların akrofobi düzeylerinde müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonrasında farklılık olup olmadığı belirlemek için analizler yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda SG ile ve gerçek hayatta maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyelerinde uygulanan tedavi sonrasında anlamlı düzeyde azalma olduğu, kontrol grubundaki katılımcıların ise kaygı ve kaçınma düzeylerinde değişiklik olmadığı tespit edilmiştir (Bknz. Tablo 11 ve Tablo 12). Benzer şekilde, Hodges ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan araştırmada da tedavi grubundaki akrofobi tanısı olan katılımcıların akrofobi düzeylerinde 7 haftalık 35 ila 45 dakika süren SG ile maruz bırakma seansları sonrasında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan, kontrol grubunda yer alan akrofobi tanısı olan katılımcıların akrofobi düzeylerinde bu azalma

tespit edilmemiştir. Bir diğer araştırmada ise Rothbaum ve arkadaşları (1995) 20 akrofobi tanısı olan üniversite öğrencisini kontrol ve müdahale gruplarına atamışlardır. Müdahale grubundaki katılımcılarla 7 hafta boyunca SG ile maruz bırakma çalışması yapılmıştır. Araştırmanın bulguları benzer şekildedir. Müdahale grubundaki katılımcıların akrofobi düzeyleri kontrol grubundaki katılımcıların akrofobi düzeylerine göre anlamlı düzeyde azalmıştır. Tüm bu araştırma bulguları, güncel araştırmanın bulguları ile tutarlıdır. Başka bir ifadeyle, hem SG ile hem de gerçek hayatta maruz bırakma müdahalesinin akrofobi tedavisinde etkili bir müdahale olduğu söylenebilir.

Araştırmanın bir diğer bulgusu kontrol grubundakilerin ve gerçek hayatta maruz bırakma grubundakilerin kaygı ortalamalarının, uygulanan tedavi sonrasında SG ile maruz bırakma grubundakilerden anlamlı şekilde yüksek olduğunu göstermektedir. Bir başka deyişle, araştırmanın bulguları SG ile maruz bırakma tedavisinin gerçek hayatta maruz bırakma tedavisinden katılımcıların kaygılarını azaltma üzerinde daha etkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgunun aksine literatürde yapılan araştırmaların sonuçları, akrofobi tedavisinde SG ile maruz bırakmanın etkililiğinin, yaygın bir şekilde uygulanan gerçek hayatta maruz bırakma tedavisi ile benzer düzeyde etkili olduğu göstermektedir. Emmelkamp ve arkadaşları (2001) SG ile maruz bırakmanın gerçek hayatta maruz bırakma tedavisi ile etkililiğini karşılaştırmışladır. Araştırmada 33 akrofobi tanısı alan katılımcı SG ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakma gruplarına atanmışlardır. Araştırmanın bulguları, uygulanan tedavi sonrasında, SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların akrofobi düzeylerinin gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcılar kadar azaldığını göstermektedir. SG ile maruz bırakmanın etkililiğinin gerçek hayatta maruz bırakma ile karşılaştırıldığı bir diğer araştırma ise 15 akrofobi tanısı alan katılımcı SG ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakma gruplarına atanmışlardır. Araştırmanın bulguları, uygulanan tedavi sonrasında her iki gruptaki katılımcıların kaygı ve kaçınma düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma olduğunu göstermektedir (Coelho ve ark., 2008). Her ne kadar araştırmanın bulguları, fobilerin tedavisinde yaygın bir şekilde uygulanan gerçek hayatta maruz bırakma tedavisinin, SG ile maruz bırakma tedavisinden daha az etkili olduğunu gösterse de bu bulguyu etkileyen ilk faktörün araştırma örnekleminin özellikleri (eğitim düzeyleri ve bir işte çalışmaları)

olduğu düşünülmektedir. Mevcut tez çalışmasında SG ile maruz bırakma tedavisi sonucunda katılımcıların kaygı düzeylerinin daha düşük olması çalışma örneklemin eğitim düzeyinin yüksek olması ile açıklanabilir. Ülkemizde eğitim düzeyi daha yüksek kişilerin daha çok bilgisayar ile aşinalıkları bulunmaktadır. Örneklemde yer alan katılımcıların eğitim sevilerinin yüksek olmasından dolayı SG ile maruz bırakma uygulaması kendilerine daha uygun (aşina oldukları ve kolayca uyum sağladıkları) bir yöntem olması kaygılarının daha düşük olmasına yol açmış olabilir. Bu bulguyu açıklayabilecek diğer bir faktör ise kişilerin bir işte çalışıp çalışmamalarıdır. Gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcılardan çalışanların sayısının diğer gruplardaki katılımcılara kıyasla daha az olması ve bu durumun rutin hayatlarında yüksekliğe maruz kalmalarını azaltıyor olması tedavinin etkililiğini etkilemiş olabilir. Bu bulguya yol açabilecek bir diğer faktörün ise seans süreleri olduğu düşünülmektedir. Maruz bırakma tedavisinin etkililiği üzerine yapılan araştırmalar, seansların uzun ve tek bir oturumdan oluşmasının, daha kısa ve daha sık oturumlardan oluşmasından daha etkili olduğunu göstermektedir (Stem ve Marks, 1973). Kaygının plato yapıp düşüşe geçmesi için ortalama 50 dakikalık bir sürenin gerektiği göz önünde bulundurulduğunda (Watson, Gaind ve Marks, 1972), gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki seans sürelerinin 60 dakikadan daha uzun süreli olmasının veya seans sıklığının daha fazla olmasının sonuçları etkileyebileceği düşünülmektedir. Diğer taraftan araştırmada belirlenen bu süre SG ile maruz bırakma tedavisi için yeterlidir. Botella ve ark (2007) tarafından yapılan araştırmalarda, tedavide SG kullanımının seansların etkinliğini arttırdığı ve daha hızlı olumlu sonuçlar almalarına yol açtığını gösterilmiştir. Freeman ve ark (2018) tarafından yapılan araştırma, bulgular ile benzer şekilde yükseklik korkusu olan kişilerin kaygı düzeylerinin dört seans SG ile maruz bırakma sonrasında istatiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığını göstermektedir. Bu durum tedavinin maliyetini de düşürmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, araştırmada belirlenen 45-50 dakikalık 4 seanslık tedavi süresinin SG ile maruz bırakma tedavisi için yeterli iken, gerçek hayatta maruz bırakma tedavisi için yeterli olmadığı düşünülmektedir.

Araştırmada, yükseklik korkusu bulunan kişilerin Akrofobi Ölçeğindeki sorulara ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde verdikleri yanıtlar teker teker karşılaştırılmıştır. Bulgular, müdahale öncesindeki ölçümlerle, müdahaleden hemen

sonra ve müdahaleden 6 ay sonraki ölçümler karşılaştırıldığında, SG ile ve gerçek hayatta maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyelerinin daha düşük olacağına dair hipotezi desteklemektedir. Hipotezle tutarlı olarak, SG ile ve gerçek hayatta maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların ön testte Akrofobi Ölçeği Kaygı ve Kaçınma alt ölçeklerinin sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları müdahaleden sonra ve 6 aylık izlem ölçümlerinde verdikleri yanıtların ortalamalarından daha yüksektir. Bir başka deyişle, uygulanan tedavi sonrasında maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların kaygı ve kaçınma düzeyleri azalmıştır. Ancak müdahale sonrasındaki ölçümlerde, SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinde yer alan 'kayalara basarak nehrin karşı tarafına geçmek', 'tiyatro salonunun üst balkonunda ön sırada oturmak' sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları tedavi öncesine göre farklılık göstermemektedir. Bir başka deyişle, uygulanan tedavi sonrasında SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların 'kayalara basarak nehrin karşı tarafına geçme' ve 'tiyatro salonunun üst balkonunda ön sırada oturma' kaçınma düzeylerinde tedavi öncesine göre herhangi bir değişiklik olmamıştır. Uygulanan SG ile maruz bırakma tedavisi katılımcıların tiyatro salonunda üst balkonda ön sırada oturmalarına ve kayalara basarak nehrin karşı tarafına geçmelerine dair bir çalışma içermemektedir. Bu sonuç katılımcıların bu koşulları deneyimlememiş olmalarından kaynaklanmış olabilir. Bir diğer araştırma bulgusu ise gerçek hayatta maruz bırakma grubunun ön test, son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde 'doğa yürüyüşü yaparken dik bir yokuşu çıkma' kaçınma düzeyleri arasında farklılık bulunmadığını göstermektedir. Bir başka deyişle, uygulanan tedavi sonrasında gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların doğa yürüyüşü yaparken dik bir yokuşu çıkmaktan kaçınma düzeylerinde tedavi öncesine göre herhangi bir değişiklik olmamıştır. Bu durum ise gerçek hayatta maruz bırakma grubunun doğa yürüyüşünde dik bir yokuşu çıkma ile ilgili bir maruz bırakılmayı bu çalışmada deneyimlememiş olmalarıdır. Başka bir ifadeyle bu bulgu katılımcıların, yüksek bir apartmanda yüksekliğe maruz bırakılmış olmaları ile açıklanabilir. Son olarak, bulgular her iki maruz bırakma grubundaki katılımcıların 'geniş bir köprü üzerinden araba ile geçme' kaçınma düzeylerinin uygulanan tedavilerden sonra aynı kaldığını göstermektedir. Kişiler bu madde de belirtilen koşula da maruz bırakılmamışlardır. Diğer tüm maddelerde ise hipotez ile tutarlı olarak, SG

ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların ön testte Akrofobi Ölçeği Kaçınma alt ölçeğinin tüm sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları son test ve 6 aylık izlem ölçümlerinde verdikleri yanıtların ortalamalarından daha yüksektir. Bir başka deyişle, uygulanan tedavi sonrasında maruz bırakma gruplarındaki katılımcıların kaçınma düzeyleri Akrofobi Ölçeğindeki diğer tüm maddelerde anlamlı düzeyde azalmıştır. Ancak, uygulanan maruz bırakma tedavisi akrofobisi olan katılımcıların bazı koşullardaki kaçınma düzeylerinin azalmasında etkili olmamıştır. Çünkü ilgili maddelerde belirtilen durumlara kişiler maruz bırakılmamışlardır. Bu nedenle de o koşullardaki kaygı düzeylerinde düşme olmamıştır.

Kontrol grubunun kaygı ve kaçınma düzeylerinde herhangi bir değişiklik olmamıştır. Hipotezle tutarlı olarak, kontrol grubundaki katılımcıların ön testte Akrofobi Ölçeği Kaygı ve Kaçınma alt ölçeklerinin sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları müdahaleden sonra ve 6 aylık izlem ölçümlerinde verdikleri yanıtların ortalamaları ile aynıdır. Bir başka deyişle, uygulanan tedavi sonrasında kontrol grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma düzeyleri aynı kalmıştır. Teker teker Akrofobi Ölçeği maddelerinin karşılaştırıldığı analiz sonuçları ise, kontrol grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyelerinin aynı kalacağına dair hipotezi kısmen desteklemektedir. Çünkü bazı durumlardaki kaygı ve kaçınma puanlarında düşme ya da artma gerçekleşmiştir. Bulgular, müdahale uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların kayalara basarak nehrin karşı tarafına geçme, geniş bir köprü üzerinden geçme, on katlı bir apartmanın çatı katında durma, asansör ile 50. kata çıkma ve raftan bir şeyler almak için sandalyenin üstüne çıkma ile ilgili kaygı düzeylerinin diğer gruplara uygulanan tedavi sonrasındaki ölçümlerde azaldığını, binanın ikinci katına dayanmış merdivenin üstünde durma ile ilgili kaygı düzeylerinin ise arttığını göstermektedir. Her ne kadar müdahale uygulanmayan gruptaki katılımcıların bazı koşullardaki kaygı ve kaçınma düzeylerinde beklenenin aksine artmalar ya da azalmalar tespit edilmiş olsa da, bu bulgu, genel değerlendirmeyi etkilememiştir. Bu durum beklenti etkisi ile açıklanabilir. Mevcut çalışmada bekleme listesi kontrol grubu kullanılmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılara herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır ancak çalışma bittikten sonra akrofobilerine yönelik tedavi uygulanacağı bilgisi verilmiştir. Yalnızca bir araştırmaya katılmış olmak bile kontrol

grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma düzeylerinin azalmasına yol açmış olabilir. Bir başka deyişle, katılımcıların tedavi olacaklarına inanmaları onların iyileşmelerine yol açabilmektedir (Rosenthal ve Rosnov, 2009).

Araştırma bulguları SG ile maruz bırakma grubundakilerin, seanslar sırasında deneyimledikleri genel kaygı düzeylerinin, gerçek hayatta maruz bırakma grubundakilerden daha düşük olduğunu göstermektedir. Buna rağmen, araştırma bulguları uygulanan iki tedavinin de akrofobi tedavisinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Emmelkamp ve ark. (2002) tarafından yapılan araştırma tedavi sırasında deneyimlenen kaygı düzeyinin tedavinin etkililiğine olan etkisini açıklamaktadır. Bu araştırmada, 33 yükseklik korkusu olan kişinin dahil edildiği araştırmada yükseklik korkusunun tedavisinde gerçek hayatta maruz bırakma ve SG ile maruz bırakmanın etkililiği araştırılmıştır. Araştırma bulguları, bu araştırma ile benzer şekilde, SG ile maruz bırakma grubundakilerin seanslar süresince deneyimledikleri kaygı düzeylerinin gerçek hayatta maruz bırakma grubundakilerden düşük olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan, bu durumun tedavinin etkililiğini etkilemediği düşünülmektedir. Foa ve ark. tarafından 1977 yılında yapılan araştırmada, 36 fare korkusu olan katılımcı, (1) kayıt cihazı ile çekilmiş sahnelere maruz bırakma (2) terapist eşliğinde hoş görüntüler kullanılarak maruz bırakma ve (3) kontrol grup olmak üzere tedavi koşuluna atanmışlardır. Araştırmanın bulguları, maruz bırakma gruplarındaki tüm katılımcıların kaygı düzeylerinde azalma olduğunu ortaya koymuştur. Kısaca, araştırmanın sonuçları korkulan nesneye hoşa giden koşullarda dahi maruz bırakma çalışması yapmanın etkili olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, maruz bırakma tedavisinin etkili olması için katılımcıların optimal düzeyde kaygı hissetmeleri yeterlidir. Ayrıca, korkulan duruma SG ile maruz kalmak gerçekten hayatta maruz kalmadan daha az kaygı yaratması çok olağandır. Çünkü kişi SG de bu durumun gerçek olmadığı bilmektedir. Dikkatini başka noktaya çekip kaçınma davranışında da bulunarak kaygısını azaltabilir. Ancak gerçek hayatta maruz bırakma uygulamasında ise kişi korktuğu duruma tamamen maruz kalmakta mevcut durumdan kaçınamamaktadır. Bu nedenle de gerçek hayatta maruz kalanların genel kaygı düzeyi daha yüksek olabilir.

4.3. SANAL GERÇEKLİK İLE VE GERÇEK HAYATTA MARUZ BIRAKMANIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Araştırmanın hipotezleri, tedavi grubundaki katılımcıların yaşam kalitesi düzeylerinin kontrol grubundaki katılımcılardan müdahaleden hemen sonra daha iyi olacağı ve bu iyilik halinin de müdahaleden 6 ay sonraki ölçümlerde de korunacağını öngörmektedir. Ancak araştırma bulguları hipotezi desteklememektedir. Mevcut araştırmada tüm katılımcılara müdahale uygulandıktan hemen sonra ve 6 ay sonrasında SF-36 ölçeği uygulanmıştır. Beklenilenin aksine tüm gruplardaki katılımcıların tedavi sonrasındaki yaşam kalite düzeylerinde Yaşam Kalitesi Ölçeği 'Ruhsal Sağlık' ve 'Ağrı' alt ölçekleri dışındaki diğer alt ölçeklerde anlamlı düzeyde farklılık bulunmamaktadır. Yükseklik korkusu bulunan kişilerin maruz bırakılma türüne göre müdahaleden hemen sonra yapılan ölçümlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Ruhsal Sağlık ve Ağrı alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanların gerçek hayatta maruz bırakma grubunda daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgu uygulanan tedavi sonrasında gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların diğer gruplardaki katılımcılara göre mutluluk düzeylerinin daha düşük ve daha yoğun ağrı hissettiklerini ancak gruplar arasındaki bu farklılıkların 6 aylık izlem ölçümlerinde ortadan kalktığını göstermektedir. Bu bulgunun nedeninin, gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcılara uygulanan tedavinin özelliği olabileceği düşünülmektedir. Gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların, uygulanan tedavi sırasında dört hafta boyunca merdivenlerden yukarı çıkarak fiziksel olarak aktif olmaları gerekmiştir. Bu durumun katılımcıların ağrı düzeylerini arttırabileceği ve hissettikleri ağrının mutsuz hissetmelerine yol açabileceği düşünülmektedir. Müdahale sonrasında tüm katılımcıların SF-36 ile değerlendirilen yaşam kalitesi düzeyleri benzer düzeydedir ve Türk norm değerleri ile uyumludur (Demiral ve ark., 2006). Bu durumun, katılımcıların yaşam kalitesi düzeylerinin müdahale öncesinde de yeterince düşük olmamasından ve katılımcıların kaçınma stratejilerinin rutin hayatlarında kaygı düzeylerini arttırmadan sürdürmelerine olanak sağlıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bir başka deyişle, yüksek kaygı ve kaçınma düzeylerine rağmen tüm katılımcılardan yalnızca bir kişi daha önceden yardım arayışı içerisinde bulunmuştur. Katılımcıların yardım arayışı davranışlarının az olmasının yaşam kalitesi düzeylerinin yeterince düşük olmamasından kaynaklandığı

ve kullandıkları kaçınma stratejilerinden dolayı günlük rutin hayatlarının yeterince etkilenmediği düşünülmektedir. Sonuç olarak, hipotezin aksine, tedaviden hemen sonra ve tedaviden 6 ay sonra yapılan ölçümlerde tüm katılımcıların yaşam kalitesi düzeylerinin gruplar arası farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bu durum uygulanan tedavinin doğrudan yaşam kalitesi arttıran bir çalışma olmamasından kaynaklanmış olabilir.

4.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Bu bölümde araştırmanın hipotezlerinin desteklenen ve desteklenmeyen yönlerinden bahsedilecektir.

Hipotez 1. Tedavi başındaki ölçümlerde, üç grupta; SG ile maruz bırakma, gerçek hayatta maruz bırakma ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyeleri aynı seviyede olacaktır.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. Müdahale öncesinde yapılan ölçümlerde katılımcıların Akrofobi Ölçeği ile belirlenen kaygı ve kaçınma düzeyleri aynı seviyededir. Katılımcıların Şiddet/Kaçınma/Rahatsızlık anketi ile değerlendirilen kaygı ve rahatsızlık şiddeti düzeyleri de aynı seviyede iken kaçınma düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır. SG ile maruz bırakma ve kontrol grubundaki katılımcıların müdahale öncesi ölçümlerdeki kaygı düzeyleri gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcılardan yüksektir (Bknz. Tablo 5 ve Tablo 6).

Hipotez 2. Tedavi sonundaki ve tedavinin bitiminden 6 ay sonraki ölçümlerde, SG ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyeleri kontrol grubundaki katılımcılardan daha düşük seviyede olacaktır.

Bu hipotez desteklenmiştir. Müdahale sonundaki ve müdahaleden 6 ay sonra yapılan ölçümlerde SG ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların Akrofobi Ölçeği ile belirlenen kaygı ve kaçınma düzeyleri kontrol grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma düzeylerinden daha düşük seviyededir (Bknz. Tablo 8 ve Tablo 9).

Hipotez 3. Tedavi sonundaki ve tedavinin bitiminden 6 ay sonraki ölçümlerde, gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyeleri SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcılar ile aynı seviyede olacaktır.

Bu hipotez kısmen desteklenmemiştir. Müdahale sonundaki ve müdahaleden 6 ay sonra yapılan ölçümlerde SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaçınma düzeyleri gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaçınma düzeyleri ile aynı seviyededir. Ancak müdahale sonundaki ve müdahaleden 6 ay sonra yapılan ölçümlerde SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların Akrofobi Ölçeği ile belirlenen kaygı düzeyleri gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı düzeylerinden daha düşüktür (Bknz. Tablo 8 ve Tablo 9).

Hipotez 4. Tedavi başındaki ölçümlerle, tedavi sonundaki ölçümler karşılaştırıldığında, SG ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyeleri tedavi sonunda daha düşük olacaktır.

Bu hipotez desteklenmiştir. Müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra yapılan ölçümlerde SG ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyeleri müdahale öncesindeki ölçümlerden daha düşüktür (Bknz. Tablo 11 ve Tablo 12).

Hipotez 5. Tedavi başındaki ölçümlerle, tedavi sonundaki ve tedavinin bitiminden 6 ay sonraki ölçümler karşılaştırıldığında, kontrol grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyeleri aynı kalacaktır.

Bu hipotez desteklenmiştir. Müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra yapılan ölçümlerde kontrol grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyeleri müdahale öncesindeki ölçümler ile aynı seviyededir (Bknz. Tablo 13).

Hipotez 6. Tedavi başındaki ölçümlerle, tedavi sonundaki ve tedavi bitiminden 6 ay sonraki ölçümler karşılaştırıldığında, SG ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların Akrofobi Ölçeğinin her bir sorusundaki kaygı ve kaçınma seviyeleri daha düşük olacaktır.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların 'kayalara basarak nehrin karşı tarafına geçme' ve 'tiyatro salonunun üst balkonunda ön sırada oturma' ile 'geniş bir köprünün üzerinden araba ile geçme' kaçınma düzeyleri, gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların 'doğa yürüyüşü yaparken dik bir yokuşu çıkma' ile 'geniş bir köprünün üzerinden araba ile geçme' kaçınma düzeyleri tedavi başındaki ölçümlerle kıyaslandığında, tedavi sonundaki ve tedaviden 6 ay sonraki ölçümlerde aynı seviyededir.

Hipotez 7. Tedavi başındaki ölçümlerle, tedavi sonundaki ve tedavi bitiminden 6 ay sonraki ölçümler karşılaştırıldığında, kontrol grubundaki katılımcıların Akrofobi Ölçeğinin her bir sorusundaki kaygı ve kaçınma seviyeleri aynı kalacaktır.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. Kontrol grubundaki katılımcıların 'kayalara basarak nehrin karşı tarafına geçme', 'geniş bir köprünün üzerinden araba ile geçme', 'on katlı bir apartmanın çatı katında durma', 'asansör ile 50.kata çıkma', ve 'raftan bir şeyler almak için sandalyenin üstüne çıkma' kaygı düzeyleri tedavi başındaki ölçümlerle kıyaslandığında, tedavi sonundaki ve tedaviden 6 ay sonraki ölçümlerde daha düşük seviyede, 'binanın ikinci katına dayanmış merdivenin üstünde durma kaygı düzeyi ise daha yüksek seviyededir.

Hipotez 8. Tedavi sonundaki ve tedavinin bitiminden 6 ay sonraki ölçümlerde, gerçek hayatta maruz bırakma ve SG ile maruz bırakma grubundaki katılımcıların yaşam kaliteleri, kontrol grubundaki katılımcılardan daha iyi olacaktır.

Bu hipotez desteklenmemiştir. Müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra yapılan ölçümlerde, SG ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların yaşam kaliteleri kontrol grubundaki katılımcılardan daha iyi düzeyde değildir. Müdahaleden hemen sonra yapılan ölçümlerde kontrol grubundaki katılımcıların ruhsal sağlık düzeyleri gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcılardan daha yüksektir. Ayrıca, gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların müdahale sonrasındaki ölçümlerde ağrı düzeyleri kontrol grubundaki katılımcılardan daha yüksektir. Müdahaleden 6 ay sonraki ölçümlerde SG ile maruz bırakma, gerçek hayatta maruz bırakma ve kontrol grubundaki katılımcıların yaşam kalite düzeyleri aynı seviyededir (Bknz. Tablo 55 ve Tablo 56).

Hipotez 9. Tedavi sonundaki ölçümlerle, tedaviden 6 ay sonraki ölçümler karşılaştırıldığında, SG ile maruz bırakma, gerçek hayatta maruz bırakma ve kontrol grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma seviyeleri ve yaşam kaliteleri aynı kalacaktır.

Bu hipotez kısmen desteklenmektedir. Müdahaleden hemen sonra yapılan ölçümlerde SG ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz grubundaki katılımcıların kaygı ve kaçınma düzeyleri müdahaleden 6 ay sonra yapılan ölçümlere göre daha yüksektir (Bknz. Tablo 11). Kontrol grubundaki katılımcıların ise müdahaleden hemen sonraki ve müdahaleden 6 ay sonraki kaygı ve kaçınma düzeyleri aynı seviyededir (Bknz. Tablo 13). SG ile maruz bırakma, gerçek hayatta maruz bırakma ve kontrol grubundaki katılımcıların yaşam kaliteleri müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden 6 ay sonra yapılan ölçümlerde aynı seviyededir (Bknz. Tablo 57, Tablo 58, Tablo 59, Tablo 60, Tablo 61, Tablo 62, Tablo 63, Tablo 64 ve Tablo 65).

4.5. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ, KISITLILIKLARI VE İLERİDE YAPILACAK OLAN ARAŞTIRMALARA ÖNERİLER

Bu çalışmanın bir çok güçlü yanı bulunmaktadır ve elde edilen bulgular, akrofobi tedavisi için önemli katkıda bulunmaktadır. Ancak araştırmanın güçlü yönlerinin yanında kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Bulguların sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi için, kısıtlılıkların da belirlenmesi gerekmektedir. Bu bölümün amacı çalışmanın güçlü yönlerine, kısıtlılıklarına değinmek ve ileride yürütülecek olan araştırmalar için önerilerde bulunmaktır.

Çalışmanın en güçlü yönlerinden biri, araştırmada verilerin kontrol grubunda da toplanmasıdır. Başka bir ifadeyle, 2 müdahale grubu ile birlikte bir kontrol grubunun da yer almasıdır. Bir çok araştırmada kontrol grubu dahil edilmemiştir ve bu yüzden müdahalelerin etkililiklerinin değerlendirilmesi eksik kalmaktadır. Mevcut çalışmada akrofobi tanısı olan katılımcılara uygulanan SG ile ve gerçek hayatta tedavilerinin akrofobi tedavisindeki kısa ve uzun süreli etkileri araştırılmıştır. Çalışmanın bir diğer güçlü yönü ise, uygulanan müdahalelerin uzun süreli etkilerinin de araştırılmasıdır. Yani çalışma boylamsal bir çalışmadır. Çalışmada, uygulanan müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden altı ay sonrasında değerlendirmeler

alınmıştır. Bu şekilde, daha uzun bir sürece dair değerlendirme imkanı sunmaktadır. Son olarak, bu alanda yapılan araştırmaların kısıtlı olması ve bu çalışmanın ulusal literatürde ilk olması çalışmanın en güçlü yönünü oluşturmaktadır.

Bu çalışmanın güçlü tarafları olmakla birlikte birtakım kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Çalışmanın kısıtlılığından ilki, araştırmada yer alan grupların medeni durumlara dağılımları ve çalışma durumlarına dağılımları arasında anlamlı fark olmasıdır. Gerçek hayatta maruz bırakma grubunun %20'sinin, SG ile maruz bırakma %60'ının ve kontrol grubunun %40'ının evli olduğu, diğerlerinin bekar olduğu; gerçek hayatta maruz bırakma grubunun %20'sinin, SG ile maruz bırakma grubunun %75'inin ve kontrol grubunun %65'inin bir işte çalıştığı tespit edilmiştir. Araştırma grupları, araştırmaya başvuru sırasına göre yapılmıştır. Dolayısıyla araştırma öncesinde, katılımcılar medeni ve çalışma durumlarına göre gruplara eşit oranla dağılmamışlardır. Bu durum araştırmanın kısıtlılığı olarak ele alınmıştır ve araştırmanın sonuçlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Gerçek hayatta maruz bırakma grubunda çalışanların sayısının oranı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük olması, gerçek hayatta maruz bırakma grubundaki katılımcıların seans dışında yüksekliğe maruz kalma olasılıklarının daha az olduğunu düşündürmektedir. Bu bağlamda, her ne kadar araştırmaya katılan tüm katılımcılara, araştırma süresi boyunca seans aralarında maruz bırakma çalışması yapmamaları belirtilmiş olsa da, çalışan katılımcıların günümüzde çalışma oranları göz önünde bulundurulduğunda planlamadıkları halde yüksekliğe maruz kalma ihtimalleri yüksektir. Araştırmanın örneklemine dair bir diğer kısıtlama ise, katılımcıların yalnızca İstanbul'da yaşayan kişilerden oluşmalarıdır. Bulguların tüm Türkiye kapsamında genelleştirilmesi yanlı bir değerlendirme olacaktır. Sonuç olarak, daha fazla sayıda katılımcının dahil edildiği ve örneklemin eşit dağıldığı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmanın kısıtlılıklarından bir diğeri, müdahale öncesi ölçümlerde katılımcıların yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmemiş olmasıdır. Bu ölçüm çalışmaya dahil edilmiş olsaydı müdahalenin katılımcıların yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinin değerlendirmesi üzerine bilgi verebilirdi. İlerleyen araştırmaların müdahale öncesi ölçümlerine katılımcıların yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirmesinin eklenmesinin araştırma bulgularını zenginleştireceği düşünülmektedir.

Çalışmanın kısıtlılığından bir diğeri, tedavi basamaklarına bilişsel yeniden yapılandırılmanın dâhil edilmemiş olmasıdır. Bilişsel yeniden yapılandırmanın, fobilerin tedavisindeki etkililiği ile ilgili araştırmalar çelişkilidir: bazı araştırmalar bilişsel yeniden yapılandırmanın gerçek hayatta maruz bırakma kadar etkili olduğunu ortaya koyarken (De Jong ve Merckelbach, 2000), bazı araştırmalar ise, gerçek hayatta maruz bırakmadan daha az etkili olduğu ortaya koymaktadırlar (Biran ve Wilson, 1981; Krijn ve ark., 2007). Bugüne kadar, akrofobinin SG maruz bırakma ile tedavisinin etkililiğinin araştırıldığı araştırmalarda, bilişsel yeniden yapılanmanın tedavi basamaklarına eklendiği araştırmalar kısıtlıdır. Krijin ve ark. (2007) tarafından yapılan araştırmada, akrofobisi olan hastalara SG ile maruz bırakma tedavisine ek olarak bilişsel yeniden yapılandırma uygulanmıştır. Araştırma sonuçları, SG ile maruz bırakma tedavisinin akrofobi üzerinde bilişsel yeniden yapılandırma eklensin ya da eklenmesin kaygıyı azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Bir diğer araştırmada ise, hayvan fobisi tedavisinde bilişsel tekniklerin maruz bırakma tedavisi ile birlikte kullanılmasının yalnızca maruz bırakma tedavisi uygulanmasından daha az etkili olduğu tespit edilmiştir (Ladouceur, 1983). Ancak her ne kadar, bilişsel müdahalelerin tedaviye eklenmiş olmasının tedavi etkililiğine etkisi tartışmalı olsa da, ilerleyen araştırmalarda tedavi basamaklarına bilişsel yeniden yapılandırmanın dâhil edilmesinin tedavi etkililiği açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma kısıtlılıklarından bir diğeri, veri toplamada yalnızca öz bildirim araçlarının kullanılmış olmasıdır. Katılımcıların kendileri hakkında verdikleri bilgiler objektif olmayabilmektedir. Bu gerekçe ile, ileride yapılacak araştırmalarda, kişilerin akrofobi düzeylerini ölçmede öz bildirime dayalı ölçeklerin yanında, katılımcıların yüksekliğe maruz kaldıklarında deneyimledikleri fizyolojik belirtileri ölçmeye yarayan ölçümler ve bireysel gözlem kullanılması önerilir. Sonuç olarak, tüm bu kısıtlılıklara rağmen araştırma sonuçlarının akrofobi tedavisine "yeni bir soluk getirecek bir bakış açısı sağlayacağı düşünülmektedir.

SONUÇ

Her ne kadar akrofobi toplumda diğer fobilere oranla çok daha fazla yaygın olsa da, tedaviye başvuru sayısı azdır (Huppert, Grill ve Brandt, 2013). Bunun

nedenlerinden bir tanesi insanların bunun bir hastalık olduğuna dair bilgi eksikliğidir. Bir diğer nedeni ise, insanların hastaneye başvurmaktan kaçınmalarıdır. Bu durum insanların yükseklik korkularının üstesinden kendi başlarına gündelik hayatlarında gelmek zorunda olmalarına yol açmaktadır. Bu konuda, korkuları olan insanlara kendine yardım programları yardımcı olabilmektedir. SG, insanlara kendi kendilerini eğitme imkânı sunabilecek bir teknolojidir. Bu bağlamda, geliştirilen mobil - sanal gerçeklik kendine yardım programları insanların korkuları ile yüzleşmesinde daha yaygın ve ulaşılabilir bir tedavi imkânı sunabilmektedir. SG uygulamasının birçok avantajı bulunmaktadır. SG ile maruz bırakmada, diğer maruz bırakma yöntemlerinden farklı olarak terapist korkulan uyarıcıyı kontrol etme fırsatına sahiptir. Örneğin, örümcek fobisi olan bir hasta ile çalışırken, terapist sanal örümceğin hangi pozisyonda ve mesafede duracağına karar verebilmektedir. Bunun yanında, gerçek bir örümceğin aksine, sanal örümceğin hastaya ya da terapiste zarar verme olasılığı bulunmamaktadır (Carlin ve ark., 1997). Terapist, SG kullanarak görülenin gerçek olmadığını kanıtlayabilmektedir. Birey tarafından bu gerçeklik farkındalığı oluştuğunda bireyin olumsuz varsayımları kolaylıkla ortadan kalkabilmektedir (Riva ve ark., 2000). SG ile maruz bırakmanın diğer bir avantajı da terapistin hasta ile birlikte dışarı çıkıp, gerçek hayatta deneyimlemesine gerek kalmamasıdır. Bunun yerine terapi odasında, terapistin kontrolünde uygulama yapılma şansı vermektedir. Dışarı çıkma konusunda çok kaygılı olan hastalar için uygulanması daha kolay bir yöntemdir (Emmelkamp ve ark., 2001). Bahsedilen olumlu yönleri nedeniyle gerçek hayatta ve imgeleme maruz bırakma terapilerine getirilmiş en iyi alternatif olarak SG ile maruz bırakma gündeme gelmektedir.

Mevcut çalışmanın sonuçları, SG ile maruz bırakma ve gerçek hayatta maruz bırakmanın akrofobi tedavisinde etkili olduğunu, hatta SG ile maruz bırakmanın gerçek hayatta maruz bırakmadan daha etkili olduğu göstermektedir. Bu bulgu, bu teknolojinin desteklenmesinde ve tedavide kullanımının yaygınlaştırılmasını destekler niteliktedir. Başka bir ifadeyle, alanda çalışan uzmanların SG ile maruz bırakmayı akrofobisi olan kişilerin tedavisinde etkili olarak kullanabileceklerini göstermektedir

KAYNAKÇA

Abramowiz, J. S. , Deacon, B.J., & Whiteside, S.P.H. (2012) *Exposure Therapy for Anxiety: principles and practice.* Newyork: Guilford Press.

Anderson, P., Rothbaum, B. O. & Hodges, L. F. (2003). Virtual reality exposure in the treatment of social anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice, 10,* 240-247.

Antony, M. M., T. A. Brown, and D. H. Barlow. 1997. Heterogeneity among specific phobia types in DSMIV. *Behaviour Research and Therapy,* 35,1089–1100.

Antony, M.M. & Rowa, K. (2007). *Overcoming the Fear of Heights.* CA: Raincoast Books.

Arntz, A., Rauner, M. & van den Hout, M. (1995). "If I feel anxious, there must be danger": Ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 917-925

Aydemir, Ö.,Ergün, H.,Soygür, H.,Kesebir, S.,Tulunay, C. (2009) Majör depresif bozuklukta yaşam kalitesi:kesitsel bir çalışma.*Türk Psikyatri Dergisi, 20*(3), 205-212.

Ayhan, Ö., Vogt, G., & Metin, B. (2018). Yetişkinler için akrofobi ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirliğinin incelenmesi. Basılmamış yüksek lisans tezi. Üsküdar Üniversitesi: İstanbul.

Baker, B.L. , Cohen, D.C. & Saunders, J. T. (1973) Self-directed desensitization for acrophobia. *Behav Res Ther, 11* (1), 79-89.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive approach.* New York: Basic Book.

Beck, A.T. & Dozios, D.J.A. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annu Rev Med, 62,* 397-409.

Birab, M. & Wilson, G.T. (1981). Treatment of phobic disorders using cognitive and exposure methods: a self – efficacy analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49,* 886-899.

Brenda, K.W. & Mark, D.W. (2003). Three-Year Follow-Up for Virtual Reality Exposure for Fear of Flying. *Cyber Psychology and Behavior*, *6* (4), 441-445.

Bohil, C.J., Alicea, B. & Biocca, F.A. (2011). Virtual reality in neuroscience research and therapy. *Nature Reviews Neuroscience, 12*, 752-762

Botella, C., Baños, R.M., Perpiñá, Alcañiz, C. M. Villa, H. & Rey, A. (1998). Virtual reality treatment of claustrophobia: A case report, *Behavior Research and Therapy, 6*, 239-246.

Botella, C., Baños, R. M., Villa, H., Perpiña, C. & Garcia-Palacios, A. (2000). Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple-baseline design. *Behavior Therapy, 31*, 583-595.

Botella, C., Baños, R.M., Villa, H., Guillén, V. & Jorquera, M. S. (2003). Fabregat and M.J. Gallego, Effectiveness of Virtual Reality for the treatment of Panic Disorder and Agoraphobia, *Cyber therapy.*

Botella, C., Garcia-Palacios, A., Baos, R., Quero, S. &Breton-Lopez, J. (2008). Virtual Reality in the treatment of pain. *Journal of Cyber Therapy Rehabilitation, 1* (1), 93-100.

Botella, C., Fernández-Álvarez, J., Guillén, V., García-Palacios, A., Baños, R. (2017). Recent Progress in Virtual Reality Exposure Therapy for Phobias: A Systematic Review. *Curr. Psychiatry Rep*, 19, 42.

Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. & Manchill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM – IV anxiety and mood disorders in a large clinival sample. *Journal of Abnormal psychology, 110,* 585-599.

Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). Experimental and Quasi-experimental Designs for Research. (Ninth printing, 1972). Chicago: Rand McNally

Carlin, A.S., Hoffman, H.G. & Weghorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: A case report. *Behavior Research and Therapy, 35,* 153-158.

Coelho, C. M., Silva, C.F., Santos, J.A., Tichon, J. &Wallis, G. (2008). Contrasting the effectiveness and efficiency of virtual reality and real environments in the treatment of acrophobia. *PsychNology Journal, 6* (2), 203-216.

Cohen, D.C. (1972). Personality predictors and the outcome of varieties of desensitization. Unpublished doctoral dissertation. Harvard University; Cambridge, MA.

Cohen, D. C. (1977). Comparison of self-report and overt-behavioral procedures for assessing acrophobia. *Behavior Therapy, 8,* 17–23.

Craske, M.G. & Rowe, M.K. (1997). A comparison of behavioral and cognitive treatments for phobias. In G.C.L. Davey (Ed.), *Phobias: a handbook of theory, research and treatment* (pp.247-280). Chichester: Wiley.

Crosby, J. F., (1976). Theories of Anxiety: A Theoretical Perspective. *American Journal of Psychoanalysis, 36,* 237-248

Davidson, P.R. & Parker, K.C.H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Behavior research and Therapy, 42,* 1993-1201.

Devily, G.J. & McFarlane, A.C. (2009). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1159-1168

De Jong, A. & ten Broeke, E. (2009). EMDR and the anxiety disorders: Exploring the current status. *Journal of EMDR Practice and research, 3,* 133-140.

De Jong, A., ren broeke, E. & Renssen, M.R. (1999). Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): protocol, empricical status, and conceptual issues. *Journal of Anxiety Disorders, 13,* 69-85.

De Jong, P.J. & Merckelbach, H. (2000). Phobia – relevant illusory correlation: the role of phobic responsively. *Journal of Abnormal Psychology, 109,* 597-601.

Demiral, Y., Ergor, G., Unal, B.,Semin, S., Akvardar, Y., Kıvırvık, B. & Alptekin, K. (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health, 6:*247.

Difede, J. & Hoffman, H. (2002). Virtual reality exposure therapy for PTSD following the WTC: A case report. *Cyber psychology Behavior*, *5* (6), 529-535.

Emmelkamp, P.M.G., Bruynzeel, M., Drost, L. & van der Mast CAPG (2001) Virtual reality treatment in Acrophobia: a comparison with exposure in vivo. *Cyber Psychol Behav 4*, 335–339

Emmelkamp, P.M.G., Krijn, M, Hulsbosch A.M., de Vries S, Schuemie M.J. & van der Mast CAPG (2002) Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behav Res Therapy 40*, 509–516

Fıstıkcı, N., Keyvan, A., Erten, E., Duran, Ş. & Sungur, M. Z. (2015). Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi: Güncel Kavramlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7* (3), 229-243.

First, M. B., Spitzer, R.L. Gibbon, M. ve ark. (1997). Structured Clinical Interview for DSM – IV Clinical version (SCID-I/CV). American Psychiatric Press: Washington D.C.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99,* 20–35

Foa, E.B., Huppert, J.D. & Cahill, S.P (2006). Emotional processing theory: An update pathological anxiety: Emostional Processing in etiology and treatment. New York: Guilford, 3- 24.

Frankl, V. (1975). Paradoxical intention. A logotherapeutic Technique. *American Journal of Psychotherapy, 14,* 520-535.

Fredrikson, M., P. Annas, H. Fischer, and G. Wik. 1996. Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behaviour Research and Therapy, 26,* 241–244.

Flynn, D., Schaik, P.V., Blackman, T., Hobbs, B. & Calderdon, C. (2003). Developing a virtual reality based methodology for people with Dementia: a feasibility study. *Cyber Psychol Behav, 6,* 591–611

Garcia-Palacios, A., Hoffman, H., Carlin, A., Furness, T. & Botella, C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study. *Behavior Research Therapy 40*, 983–993

Gregg, L. & Tarrier, N. (2007). Virtual reality in mental health: a review of the literature. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 42* (5), 343-354.

Harris, S. R., Kemmerling, R. L. & North, M. M. (2002). Brief virtual reality therapy for public speaking anxiety. *Cyber psychology and Behavior, 5,* 543-550.

Hodges, Larry & Rothbaum, Barbara & Kooper, Rob & Opdyke, Dan & Meyer, Thomas & Graaff, Johannes. (1996). Virtual Environments For Exposure Therapy.

Hoffman, H.G., Patterson D.R., Carrougher, G., Nakamura, J. D., Moore, Garcia-Palacios, M. A. & Furness, T.A. (2001). The effectiveness of virtual reality pain control with multiple treatments of longer duration: A case study. *International Journal of Human Computer Interaction, 13,* 1-12.

Hofmann, H.G. & Smits, J.A.J. (2008) Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials, *Journal of Clinical Psychiatry,* 69 (4), p. 621-632.

Holden, G., Bearison, D.J., Rode, D.C., Rosenberg, G. & Fishman, M. (1999). Evaluating the effects of a virtual environment with hospitalized children, *Research on Social Work Practice, 9,* 365-382.

Hoorn, J.F., Konijn E. & Van der Veer, G.C. (2003) Virtual Reality: Do Not Augment Realism, Augment Relevance, UPGRADE - The European Online Magazine for the IT Professional, IV (1), 18-26.

Huppert, D., Grill, E. & Brandt, T. (2013). Down on heights? One in three has visual height intolerance. *Journal of Neurology, 260,* 597-604.

Kahan, M., Tanzer, J., Darvin, D. & Borer, F. (2000). Virtual reality assisted cognitive-behavioral treatment for fear of flying: acute treatment and follow-up. *Cyber Psychology Behavior 3*, 387–392.

Kayabaşı, C. (2005). Sanal gerçeklik ve eğitim amaçli kullanilmasi. *The Turkish Online Journal of Educational Technology, 4* (3).

Kazdin, A. E. (1998). Research Design in Clinical Psychology. (3rd ed). Boston, MA: Allyn and Bacon.

Kendler, K. S., J. Myers, C. A. Prescott, and M. C. Neale. 2001. The genetic epidemiology of irrational fears and phobias in men. *Archives of General Psychiatry*, 58, 257–265.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters., E. E. (2005). Lifetime prevalence and age- of –onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62,* 593-602.

Klinger, E., Bouchard, S., Légeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I., & Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: a preliminary controlled study, *Cyber Psychology and, 10* (3). *Behavior, 8* (1), 76-88.

Kindt, M., & van den Hout, M. (2001). Selective attention and anxiety: A perspective on developmental issues and the causal status. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23,* 193-202.

Kirkpatrick, D. R. (1984). Age, gender, and patterns of common intense fears among adults. *Behavior Research and Therapy, 22*, 141-150.

Köknel, Ö. (1982). Kaygıdan Mutluluğa Kişilik, 1. Basım, Altın Kitaplar Matbaası,: İstanbul

Krijn., M., Emmelkamp, P.M.G., Olafsson, R.P., & Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical psychology review,24* (3), 259-281.

Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., Biemond, R., de Wilde de Ligny, C., Schuemie, M. J., & Van der Mast, C.A.P.G. (2004). Treatment of acrophobia in virtual reality: The role of immersion and presence. *Behavior Research and Therapy, 42*, 229- 239.

Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., Olafsson, R.P., Svhuemie, M.J., & Van der Mast, C.A.P.G. (2007). Do self - statements enhance the effectiveness of virtual reality exposure therapy? A comparative evaluation in acrophobia. *Cyber Psychology and Behavior, 10* (3), 362-370.

Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., & Olafsson, R.P., ve ark. (2007). Fear of flying treatment methods: virtual reality exposure vs. cognitive behavioral therapy. *Aviation, Space and Environmental Medicine, 78*, 121-128.

Ladouceur, P.J. (1968). Participant modeling with or without cognitive treatment for phobias. *Journal of Consulting and Clinical Psyshology, 51*, 942-944.

Lavy, E., van den Hout, M., & Arntz, A. (1993). Attentional bias and spider phobia: conceptual and clinical issues. *Behavior Research and Therapy, 31*, 17-24.

Lee, H.Y., Cherng, R.J., & Lin, C.H. (2004) Development of a virtual reality environment for somatosensory and perceptual stimulation in the balance assessment of children. *Computer Biology Medicine, 34*, 719-733.

Lee, J. M., Ku, J. H., Jang, D. P., Kim, D. H., Choi, Y. H., Kim, I. Y., & Kim, S. I. (2002). Virtual reality system for treatment of the fear of public speaking using image-based rendering and moving pictures. *Cyberpsychology and Behavior, 5*, 191-195.

Maltby, N., Kirsch, I., Mayers, M., & Allen, G.J. (2002). Virtual Reality Exposure Therapy for the Treatment of Fear of Flying: A Controlled Investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1112-1118.

Morrisom, J. (2017) DSM-5' Kolaylaştıran Klinisyenler İçin Tanı Rehberi. Nobel yayınevi: Ankara

Mowrer, O. H. 1939. Stimulus response theory of anxiety. *Psychological Review, 46*, 553–565.

Mühlberger, A., Herrmann, M.J., Wiedemann, G., Ellgring, H. & Pauli, P. (2001). Repeated exposure of flight phobics to flights in virtual reality. *Behavior research and Therapy, 39,* 1033-1050.

North, M. Nickless, A. (2018). Automated psychological therapy using immersive virtual reality for treatment of fear of heights: A single-blind, parallel-group, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 5, 625–632.

M., North, S. M., & Coble, J. R. (1996). Effectiveness of virtual environment desensitization in the treatment of agoraphobia. Presence: Teleoperators and Virtual Environments, 5, 346-352.

North, M. M., North, S. M., & Coble, J. R. (1997). Virtual reality therapy for fear of flying. *American Journal of Psychiatry, 154*, 130.

North, M., North, S., & Coble, J. (1997) Virtual reality therapy: an effective treatment for the fear of public speaking. *International Journal Virtual Reality, 3*, 2–7.

Olatunji, B. O., Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2009). The Cruelest Cure? Ethical Issues in the Implementation of Exposure-Based Treatments. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(2), 172-180.

Owens, M.E., & Beidel, D. C. (2014). Can virtual reality effectively elicit distress associated with social anxiety disorders? *Journal of Psychopathological Behavior Assessment, 37* (2), 296-305.

Parsons, T.D., Silva, T.M., Pair, J., & Rizzo, A.A. (2008). Virtual environment for assessment of neurocognitive functioning: virtual reality cognitive performance assessment test. *Stud Health Technology Inform,* 132, 351-356.

Pertaub, D. P., Slater, M., & Barker, C. (2002). An experiment on public speaking anxiety in response to three different types of virtual audience. Presence: Teleoperators and virtual environments, 11, 68-78.

Price, M., Mehta, N., Tone, E.B., & Anderson, P.L. (2011). Does engagement with exposure yield better outcomes? components of presence as a predictor of treatment response for virtual reality exposure therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorder, 25,* 763-770.

Powers, M.B., & Emmelkamp, P.M. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 22* (3), 561-569.

Rank, O. (2001). Doğum Travması. Sabir Yücesoy (çev.), İstanbul: Metis Yayınları.

Ready D. J, Gerardi, R.J. Backscheider, A. G., Mascaro, N. & Rothbaum, B.O. (2010) *Cyber psychology, Behavior, and Social Networking, 13* (1).

Raggi A., Leonardi, M.,Bussone, G.,D'amico, D. (2011). Value and utility diseasespesific and generic instuments for assessing disability in patients with migraine and their relationships with health related quality of life. *Neurol Sci, 32*, 387-392.

Rodebaugh, T.L., Holaway, R.M. & Heimberg, R.G. (2004). The Treatment of Social Anxiety Disorder. *Clinical Psychology Review, 24*, 883-908.

Rosenthal, R., Rosnov, R.L. (2009). Artifacts in Behavioral Research. Oxford University Press: USA.

Rothbaum, B.O., Hodges, L.F., Kooper, R., Opdyke, D., Williford, J.S., & North, M. (1995) Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *Am J Psychiatry 152,* 626–628.

Rizzo, A.A., & Kim, G.J. (2005). A SWOT analysis of the field of VR rehabilitation and therapy, Presence: Teleoperators and Virtual Environments 14 (2), 119.

Riva, G., 6 Molinari, E. (2009). Virtual Reality in Eating Disorders and Obesity. *Cyber Therapy Rehabilitation, 2* (2), 16-19.

Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., 6 Molinari, E. (2001). Virtual reality-based multidimensional therapy for the treatment of body image disturbances in obesity: A controlled study. *CyberPsychology and Behavior, 4,* 511-526.

Sadock, Ben & Sadock, Virginia & Kaplan, Harold. (2004). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry / editors, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock.

Schmitz, N. & Kruse, J. (2006). The SF-36 summary scores and their relation to mental disorders: Physical functioning may affect performance of the summary scores. *Journal of Clinical Epidemiology, 60,* 163-170.

Sharpe, J. P., & Gilbert, D. G. (1998). Effects of repeated administration of the Beck Depression Inventory and other measures of negative mood states. *Personality and Individual Differences, 24,* 457–463.

Skre, I., S. Onstad, S., Torgersen, S., Lygren, E. ,& Kringlen. 2000. The heritability of common phobic fear: A twin study of a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 549–562.

Stem, R., & Marks, I., (1973). Brief ad prolonged flooding: A comparison in agoraphobic patients. *Archives o f Gen. Psychiatry*, 28, 270-276.

Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., & Graham, E.A. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the

treatment of chronic post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 13–18.

Tart, C. T. (1991). Multiple personality, altered states and virtual reality: the world simulation process approach, *Dissociation, 3*, 222-233.

Tomarken, A. J., Sutton, S. K., 6 Mineka, S. (1995). Fear-relevant illusory correlations: What types of associations promote judgemental bias? *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 312-326.

Tükel, R. (2002). Panik Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 3 (5), 13.

Üzümcü, E., Akın, B., Nergiz, H., İnözü, M., & Çelikcan, U. (2018). Anksiyete Bozukluklarında Sanal Gerçeklik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 10* (1) 99-117.

Van Houtem, C.M.H.H., Laine, M.L, Boomsma, D.I., Ligthart, L., van Wijk, A.J., & De Jongh, A. (2013). A review and meta-analysis of the heritability of specific phobia subtypes and corresponding fears, *Journal of Anxiety Disorders, 27* (4), 379-388.

Villafuerte, S.M., & Burmeister, M. (2003). Untangling genetic networks of panic, phobia, fear and anxiety. *Genome Biology*, *4*, 224 - 224.

Wann, J., Rushton, S., Smyth, M., & Jones, D. (2000). Rehabilitative environments for attention and movements disorders, Communications of the ACM, 40, 49-52.

Wald, J., & Taylor, S. (2000). Efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia: A case report, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 31, 249-257.

Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinkski M, & Gandek, B. (1993). SF-36 Heath Survey: Manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.

Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short Form Health Survey, Conceptual Framework and item Selection, *Med Care.*

Wells, A. (1998). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. John Wiley & Sons.

Wiederhold, B.K., Gervirtz, R. & Wiederhold, M.D. (1998). Fear of flying: a case report using virtual reality therapy with physiological monitoring. *Cyberpsychology and Behavior,1,* 97-103.

Wiederhold, B & Bouchard, S. (2014). Advances in Virtual Reality and Anxiety Disorders.

Windle, C. (1954). Test-retest effect on personality questionnaires. *Educational and Psychological Measurement, 14,* 617–633.

Wolitzky – Taylor, K.B., Horowitz, J.D., powers, M.B. & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A Meta – analysis. *Clinical psychology review, 28,* 1021.1037.

Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, CA: Stanford University Press.

Wolpe, J. (1969). The Practice of Behavior Therapy. NY: Pergamon Press.

Zainer, E. R., Zoerle, T., Lernia, D.D. & Riva, G. (2018). Virtual reality for traumatic brain injury. *Frontiers in neurology, 9,* 345.

EKLER

EK 1. Sosyo Demografik Bilgi Formu

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:_____

2. Cinsiyetiniz:

( ) Kadın ( ) Erkek ( ) Diğer _____

3. Eğitim Durumunuz:

( ) Okur – yazar
( ) İlkokul mezunu
( ) Ortaokul mezunu
( ) Lise mezunu
( ) Üniversite öğrencisi
( ) Üniversite mezunu
( ) Lisansüstü

4. Medeni Durumunuz:

( ) Bekâr ( ) Evli ( ) Boşanmış ( ) Diğer (Belirtiniz)_____

5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

( ) Hayır ( ) Evet

6. Mesleğiniz:_____

7. Şu ana dek herhangi bir psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığınız oldu mu ya da bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

( ) Hayır
( ) Evet (belirtiniz)_____

8. Şu ana dek yaşamış olduğunuz psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığınız ya da aldığınız tanı sebebi ile herhangi bir uzmandan (psikolog, psikiyatrist vb.) yardım aldınız mı?

( ) Hayır almadım
( ) Sadece psikoterapi desteği aldım
( ) Sadece psikiyatrik ilaç desteği aldım
( ) Hem psikoterapi ve hem psikiyatrik ilaç desteği aldım
( ) Diğer: _____

9. Eğer yardım almış iseniz, yukarıda belirtmiş olduğunuz desteği ne kadar süre boyunca aldınız / ne kadar süredir almaktasınız?

---

10. Şu an herhangi bir fiziksel rahatsızlığınız var mı?

( ) Hayır
( ) Evet (Belirtiniz) _____

11. Şu an düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?

( ) Hayır
( ) Evet (Belirtiniz) _____

12. Son 1 ay içerisinde, önemli ölçüde stres yaratan ve psikolojik ya da fiziksel iyi oluşunuzu etkileyen (yaralanma, aileden birinin ölümü gibi, deprem) büyük bir olumsuz olay yaşadınız mı?

( ) Evet yaşadım
( ) Hayır yaşamadım

13. Bu stres verici olayın ne olduğunu belirtiniz. (Lütfen tek bir seçenek işaretleyiniz)

( ) Akademik sorun
( ) Ölüm veya kayıp
( ) Hastalık, yaralanma ya da kaza
( ) Yakın ilişki sorunu
( ) Sosyal anlaşmazlıklar
( ) Yasal problemler
( ) Diğer: _____

14. Bu olay sizin için ne kadar stres vericiydi? Size en uygun seçeneği daire içine alarak işaretleyiniz. ***(1= Hiç, 2= Çok az, 3= Orta düzeyde, 4=Oldukça, 5= Aşırı düzeyde)***

(Hiç) (Aşırı düzeyde)

1 2 3 4 5

15. Yükseklikten korkar mısınız?
[örn. Merdiven basamaklarını tırmanmak, yüksek katların birindeyken cam kenarına yaklaşmak, köprülerin üzerinden geçmek, tiyatroyu balkon localarından izlemek]

Evetse, hatırladığınız kadarıyla ne zaman başladı? _____

16. Yükseklik korkusu ile ilgili daha önceden tedavi aldınız mı?

(1) *Evet* **(2)** *Hayır*

17.

a. Yükseklikten ne şiddette korkarsınız?

(1) *Hiç* **(2)** *Hafif* **(3)** *Orta* **(4)** *Fazla* **(5)** *Çok Fazla*

b. Yükseklik korkunuz sebebiyle herhangi bir şeyi yapmaktan her hangi bir yere gitmekten veya herhangi bir durumda olmaktan kaçındığınız oluyor mu? Evetse bu kaçınma ne oranda oluyor?

(1) *Görünür bir kaçınma yok*
(2) *Hafif, çok az kaçınma davranışı var*
(3) *Orta, belirli bir miktar kaçınma var*
(4) *Ağır, eperyce kaçınma davranışı var ve bu durum belirgin*
(5) *Çok ağır, kaçınma davranışı oldukça yaygın*

c. Yükseklik korkunuzun verdiği rahatsızlık hissi ne şiddettedir?

(1) Hiç, rahatsızlık vermez
(2) Hafif, ara sıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan
(3) Orta derecede, sık olarak çok rahatsızlık veren ancak halen baş edilebilir durumda olan
(4) Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren
(5) Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık

EK 2: Akrofobi Ölçeği

AKROFOBİ ÖLÇEĞİ

Kaygı

Aşağıda yükseklik içeren durumları sıraladık. Bugünlerde, her bir durumda ne kadar endişeli (kaygı, gergin, rahatsız) olduğunuzu bilmek istiyoruz. Lütfen nasıl hissettiğinizi aşağıdaki sayılardan (0,1,2,3,4,5,6) birini seçerek sayının solundaki boşluğa belirtiniz.

0 Hiç endişeli değil; sakin ve rahat
1
2 Biraz Endişeli
3
4 Orta düzeyde endişeli
5
6 Çok fazla endişeli

1. Alçak bir tramplenden atlayarak havuza dalmak
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

2. Kayalara basarak nehrin karşı tarafına geçmek
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

3. Döner merdivenlerden birkaç kat aşağı bakmak
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

4. Binanın ikinci katına uzatılmış merdivenin üstünde durmak
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

5. Tiyatro salonunun üst balkonunda ön sırada oturmak
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

6. Dönme dolaba binmek
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

7. Doğa yürüyüşü yaparken dik bir yokuşu çıkmak
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

8. Uçak yolculuğu yapmak
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

9. Üçüncü katta açık bir pencerenin önünde durmak
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

10. Karayolundaki üst geçitten geçmek
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

11. Geniş bir köprü üzerinden araba ile geçmek
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

12.Binanın on beşinci katındaki bir ofiste pencerelerden uzak bir yerde durmak
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

13. Cam silme görevlilerini 10.kattaki iskelenin üstünde görmek
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

14. Yolda mazgalların üzerinden yürümek
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

15. Metro peronunun kenarında durmak
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

16. Yangın merdiveninden 3. kata çıkmak
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

17. On katlı bir apartmanın çatı katında durmak
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

18. Asansör ile 50. kata çıkmak
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

19. Raftan bir şeyler almak için sandalyenin üstüne çıkmak
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

20. İskele ile gemi arasına yerleştirilen platformdan geçmek
(Hiç endişeli değil) 0 1 2 3 4 5 6 (Çok fazla endişeli)

Kaçınma

Şimdi kaygı düzeyinizi belirttiğiniz bu durumlardan kaçınma düzeyinizi değerlendirmenizi istiyoruz. Lütfen bu durumlar meydana geldiğinde, ne kadar kaçındığınızı aşağıdaki sayılardan birini seçerek sayının solundaki boşluğa belirtiniz.

0 Yapmaktan kaçınmam
1 Yapmamaya çalışırım
2 Hiç bir koşul altında yapmam

1. Alçak bir tramplenden atlayarak havuza dalmak
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

2. Kayalara basarak nehrin karşı tarafına geçmek
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

3. Döner merdivenlerden birkaç kat aşağı bakmak
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

4. Binanın ikinci katına uzatılmış merdivenin üstünde durmak
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

5. Tiyatro salonunun üst balkonunda ön sırada oturmak
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

6. Dönme dolaba binmek
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

7. Doğa yürüyüşü yaparken dik bir yokuşu çıkmak
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

8. Uçak yolculuğu yapmak
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

9. Üçüncü katta açık bir pencerenin önünde durmak
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

10. Karayolundaki üst geçitten geçmek
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

11. Geniş bir köprü üzerinden araba ile geçmek
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

12.Binanın on beşinci katındaki bir ofiste pencerelerden uzak bir yerde durmak
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

13. Cam silme görevlilerini 10.kattaki iskelenin üstünde görmek
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

14. Yolda mazgalların üzerinden yürümek
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

15. Metro peronunun kenarında durmak
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

16. Yangın merdiveninden 3. kata çıkmak
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

17. On katlı bir apartmanın çatı katında durmak
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

18. Asansör ile 50. kata çıkmak
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

19. Raftan bir şeyler almak için sandalyenin üstüne çıkmak
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

20. İskele ile gemi arasına yerleştirilen platformdan geçmek
(Yapmaktan kaçınmam) 0 1 2 (Hiç bir koşul altında yapmam)

EK 3. Etik Kurul Onay Belgesi