

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇÖLYAK TANILI ADÖLESLERDE AKRAN ETKİLEŞİMLİ GRUP
DESTEĞİNİN YAŞAM KALİTESİ, AKRAN İLİŞKİLERİ VE BAŞETME
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Melike TAŞDELEN BAŞ

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2020

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, çok değerli danışman hocam *Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU'na*,

Tez izleme jürisinde bulunarak, beni destekleyen, değerli bilgi ve deneyimleriyle yanımda olan, çok kıymetli hocalarım, *Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU* ve *Prof. Dr. Yurdagül ERDEM'e*,

Benimle birlikte tezimin yürütülmesinde hep yanımda olan, çölyak hastalığı olan çocuklarla tanışmama vesile olan değerli hocam *Doç. Dr. Ayşegül BÜKÜLMEZ'e*,

Destek ve yardımlarından dolayı Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi eğitim hemşiresi *Songül ARSLAN'a*,

Verilerin analizinde ve raporlanmasında destek veren sayın *Melih UZUNOĞLU'na*,

Ankara'yı bana yakın eden, her ihtiyacım olduğunda beni yanıtızsız bırakmayan tüm arkadaşlarıma,

Doktora eğitimimin her aşamasında desteğini hep hissettiğim canım kardeşime,

Hayatımın her aşamasında hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan, bana her anımda destek olan, benimle ağlayıp benimle gülen annem ve babama,

Benim yüzümü güldüren, eğitimim sırasında büyük sabır gösteren canım kızım *BEGÜM'e*,

Desteğini hep hissettiğim ve beni bu aşamada yalnız bırakmayan eşim *İbrahim BAŞ'a*,

Tezimin yürütülmesinde bana katkı veren çölyak hastalığı olan çocuklara ve ailelerine tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Melike TAŞDELEN BAŞ

ÖZET

Taşdelen Baş, M., Çölyak Tanılı Adölesanlarda Akran Etkileşimli Grup Desteğinin Yaşam Kalitesi, Akran İlişkileri Ve Başetme Düzeylerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2020. Bu çalışma, 13-18 yaş grubundaki çölyak hastalığı olan adölesanlara verilecek akran etkileşimli grup desteğinin, adölesanların yaşam kalitesi, akran ilişkileri ve baş etme düzeylerine etkisinin incelenmesi amacı ile randomize kontrollü deneysel çalışma olarak tasarlanmıştır. Çalışma bir üniversite hastanesinde izlenen ve çölyak hastalığı bulunan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 36 adölesan ile yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden adölesanlar kura yöntemi ile araştırma ve kontrol gruplarına rastgele dahil edilmişlerdir. Çalışmanın verileri 22.06.2018- 11.10.2018 tarihleri arasında, adölesan ve aileye yönelik tanıtıcı bilgi formu, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ), Akran İlişkileri Ölçeği, Ergenler İçin Başa Çıkma Ölçeği (EBCÖ) kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın örnekleme alınan araştırma grubundaki adölesanlar (n=18) ile altı akran etkileşimli grup oturumu oturum yapılmıştır. Uygulanan altı oturum bir hafta ara ile yapılmış olup, her oturum yaklaşık 1,5 saat sürmüştür. Düzenlenen oturumlarda katılımcılara araştırmacı tarafından çölyak hastalığına ilişkin ev, okul ve sosyal yaşamda karşılaştıkları problemlerle ilgili sorular yöneltilerek, adölesanların birbirleri ile tartışmaları ve çözüm önerileri sunmaları sağlanmıştır. Kontrol grubundaki adölesanlara (n=18) herhangi bir eğitim ya da danışmanlık verilmemiştir. Araştırma grubundaki adölesanların yaşam kalitesi ölçeği toplam puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek ($Z=-4,734$; $p<0,001$), akran ilişkileri ölçeği toplam puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($t=6,837$; $p<0,001$) Araştırma grubunun kendi içinde başa çıkma ölçeği aktif başa çıkma alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek ($t=-2,712$; $p=0,015$), başa çıkma ölçeği kaçınan başa çıkma alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($t=-2,486$; $p=0,024$). Araştırma grubundaki adölesanların başa çıkma ölçeği olumsuz başa çıkma alt boyutu son test puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. ($Z=-2,660$; $p=0,008$). Sonuç olarak; çölyak tanılı adölesanlarda, akran etkileşimli grup desteği müdahalesini içeren bu çalışmada, müdahale sonrasında adölesanlarda yaşam kalitesinde artma, akran ilişkilerinde olumlu gelişmeler, aktif başa çıkma ve kaçınan başa çıkma stratejisinin kullanımına ilişkin artma ve olumsuz başa çıkma stratejisinin kullanımına ilişkin müdahale etkili bulunmuştur. Çölyak Hastaları için hemşire liderliğinde akran destek gruplarının kurulması, hastalıkla baş etmede, yaşam kalitesinin artırılmasında, sosyal izolasyonun azaltılmasında etkili olacaktır.

Anahtar Kelimeler: çölyak hastalığı, adölesan, yaşam kalitesi, akran ilişkileri, baş etme, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Taşdelen Baş, M., The Effect of Peer Interactive Group Support on Quality of Life, Peer Relationships and Coping Levels in Adolescents Diagnosed with Celiac Disease, Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences, Department of Pediatric Nursing, Doctorate Thesis, Ankara, 2020. This study was designed as a randomized controlled study to investigate the effect of peer interactive group support to adolescents with celiac disease in the 13-18 age group on quality of life, peer relationships and coping levels of adolescents. The study was conducted with 36 adolescents who were followed in a university hospital and had celiac disease and met the inclusion criteria. Adolescents who accepted to participate in the study were randomly included in the research and control groups by lot method. The data of the study were collected between June 22, 2018 and October 06, 2018 by using the introductory information form for adolescents and family, Quality of Life Scale for Children (PedsQL), Peer Relationship Scale, and Coping Scale for Adolescents (KIDCOPE). Six sessions were conducted with the adolescents (n = 18) in the study group. The six peer interactive group sessions were held one week apart and each session lasted approximately 1.5 hours. During the sessions, the participants were asked questions about the problems they face in their home, school and social life by the researcher and the adolescents were allowed to discuss with each other and offer solutions. Adolescents in the control group (n = 18) were not given any training or counseling. Total scores of the quality of life scale of adolescents in the study group were statistically significantly higher than the control group ($Z = -4.734$; $p < 0.001$), the total scores of the peer relations scale were statistically significantly higher than the control group ($t = 6.837$; $p < 0.001$) The coping scale of the research group itself, the active coping sub-dimension posttest scores, statistically significantly higher than the pre-test scores ($t = -2,712$; $p = 0.015$), coping sub-dimension posttest scores avoiding the coping scale is statistically significantly higher than pretest scores. ($t = -2.487$; $p = 0.024$). The coping scale of the adolescents in the study group, the negative coping sub-dimension post-test scores were statistically significantly lower than the control group. ($Z = -2,660$; $p = 0,008$). As a result; In this study, involving peer interactive group support intervention in adolescents with celiac disease, the intervention regarding the use of the strategy to increase the quality of life in adolescents, positive developments in peer relationships, active coping and avoiding coping strategy and negative coping strategy were effective. Establishing peer support groups under the leadership of a nurse for Celiac Patients will be effective in coping with the disease, improving the quality of life and reducing social isolation.

Keywords: celiac disease, adolescent, quality of life, peer relations, coping, nursing care

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ABSTRACT	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar	xv
GRAFİKLER	xvi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Adölesan Dönem	7
2.2. Adölesan Dönem Özellikleri	7
2.2.1. Adölesan Dönemde Fizyolojik Değişimler	7
2.2.2. Adölesan Dönemde Bilişsel Gelişim	7
2.2.3. Adölesan Dönemde Duygusal Gelişme	8
2.2.4. Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişim	9
2.3. Adölesan Dönemde Akran İlişkileri	9
2.4. Adölesan Dönemde Akran Grupları Ve Etkileşimi	10
2.5. Kronik Hastalıklarda Akran Etkileşimi	11
2.6. Adölesan Dönemdeki Kronik Hastalıklarda Destek Gruplarının Etkisi	12
2.7. Çölyak Hastalığı	16
2.7.1. Tarihçe	16
2.7.2. Epidemiyoloji	17
2.7.3. Patogenez	19
2.7.4. Klinik Bulgular	21

2.7.5.	Tanı	23
2.7.6.	Tedavi	24
2.7.7.	Komplikasyonlar	25
2.8.	Yaşam Kalitesi ve Çölyak Hastalığı	25
2.9.	Akran İlişkileri ve Çölyak Hastalığı	25
2.10.	Baş Etme Stratejileri ve Çölyak Hastalığı	26
2.11.	Çölyak Hastalığı Olan Çocuğun Ev, Okul ve Sosyal Yaşamı	27
2.11.1.	Diyet Uyumu	27
2.11.2.	Ev Ortamı	29
2.11.3.	Okul ve Sosyal Çevre	30
2.12.	Çölyak Hastalığının Yönetiminde Hemşirenin Rolü	30
3. YÖNTEM		33
3.1.	Araştırmanın Şekli	33
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	33
3.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
3.3.1.	Araştırmanın Evreni	33
3.3.2.	Araştırmanın Örneklemi	34
3.4.	Veri Toplama Araçları	35
3.4.1.	Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)	35
3.4.2.	Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği – ÇİYKÖ (13-18 yaş grubu) (EK-2)	35
3.4.3.	Akran İlişkileri Ölçeği (EK-3)	37
3.4.4.	Ergenler için Başa Çıkma Ölçeği (EBÇÖ) (EK-4)	37
3.5.	Araştırmanın Uygulanması	39
3.5.1.	Araştırma Grubu	41
3.5.2.	Kontrol Grubu	43
3.5.3.	“Çölyak ile Birlikte Yaşamak” Eğitim Kitapçığı	43
3.6.	Araştırmanın Etik Boyutu	44
3.7.	Verilerin Değerlendirilmesi	44
4. BULGULAR		46
4.1.	Sosyodemografik Özellikler	46
4.2.	Araştırmanın Katılımcılarının Anne Ve Babalarına İlişkin Bulgular	47

4.3. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Adölesanların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Gruplarına İlişkin Bulgular	48
4.4. Akran İlişkileri Ölçeği ve Alt Gruplarına İlişkin Bulgular	52
4.5. Başa Çıkma / Baş Etme Ölçeğine İlişkin Bulgular	59
4.6. Araştırma Grubundaki Adölesanların Son Test Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinine Yönelik Bulgular	63
5. TARTIŞMA	66
5.1. Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması	66
5.1.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	69
5.2. Akran İlişkileri Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	73
5.3. Başa Çıkma /Baş Etme Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması	78
5.3.1. Aktif Başa Çıkma	78
5.3.2. Kaçınan Başa Çıkma	81
5.3.3. Olumsuz Başa Çıkma	85
5.4. Ölçek Puanlarının Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulguların Tartışılması	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	88
6.1. Sonuçlar	88
6.2. Öneriler	90
7. KAYNAKLAR	92
8. EKLER	112
EK-1. Çölyak Tanılı Adölesanlar İçin Tanıtıcı Bilgi Formu	
EK-2. 13-18 Yaş Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)	
EK-3. Akran İlişkileri Ölçeği	
EK-4. Ergenler İçin Başa Çıkma Ölçeği (EBÇÖ)	
EK-5. Etik Kurul İzni	
EK-6. Kurum İzni	
EK-7. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni	
EK-8. Akran İlişkileri Ölçeği Kullanım İzni	
EK-9. Ergenler İçin Başa Çıkma Ölçeği Kullanım İzni	
EK-10. Bilgilendirilmiş Onam Formları	
EK-11. “Çölyak İle Birlikte Yaşamak” Eğitim Kitapçığı	

EK-12. Tez Çalışması Orjinallik Raporu

EK-13. Dijital Makbuz

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

ÇİYKÖ	: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Pediatric Quality of Life Inventory- PedsQL)
EBÇÖ- KIDCOPE	: Ergenler İçin Başa Çıkma Ölçeği (Multidimensional Measure Of Children's Coping Strategies)
EMA	: IgA Endomysial Antikoru (Iga Anti-Endomysial Antibodies)
ESPGHAN	: Avrupa Pediatrik Gastroenteoloji ve Beslenme Derneği (The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition)
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration)
FSTP	: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı (Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği)
HLA	: İnsan Lökosit Antijeni (Human Leukocyte Antigen)
PSTP	: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı (Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği)
ÖTP	: Ölçekte Toplam Puan (Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği)

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	Çölyak hastalığının belirti ve bulguları	22
3.1.	Consort 2010 çalışmanın akış şeması	40

TABLULAR

Tablo		Sayfa
3.1.	Grup oturumunun içeriği	42
4.1.	Araştırma ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikleri	46
4.2.	Anneler ve babalara ait tanıtıcı özelliklerin dağılımı	47
4.3.	Kalitesi ölçeği ön test ve son test dağılımının araştırma ve kontrol gruplarına göre dağılımı	48
4.4.	Akran ilişkileri ölçeği ön test ve son test dağılımının araştırma ve kontrol gruplarına göre dağılımı	52
4.5.	Başa çıkma ölçeği ön test ve son test dağılımının araştırma ve kontrol gruplarına göre dağılımı	59
4.6.	Araştırma grubundaki adölesanların son test ölçek puanlarına ilişkin korelasyonlar	63

GRAFİKLER

Grafik	Sayfa
4.1. Yaşam kalitesi ölçeği puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi	50
4.2. Yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi	51
4.3. Yaşam kalitesi ölçeği psikososyal sağlık alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi	51
4.4. Akran ilişkileri ölçeği puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi	55
4.5. Akran ilişkileri ölçeği yakınlık alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi	56
4.6. Akran ilişkileri ölçeği koruma alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi	56
4.7. Akran ilişkileri ölçeği yardım alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi	57
4.8. Akran ilişkileri ölçeği çatışma alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi	57
4.9. Akran ilişkileri ölçeği birliktelik alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi	58
4.10. Başa çıkma ölçeği aktif başa çıkma alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi	61
4.11. Başa çıkma ölçeği kaçınan başa çıkma alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi	61
4.12. Başa çıkma ölçeği olumsuz başa çıkma alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi	62

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalık, sürekli devam eden, kalıcı yetersizlik ve sakatlıklar bırakan, uzun süreli tedavi, gözlem ve bakım gerektiren, günlük aktiviteleri en az üç ay süre ile engelleyen sağlık sorunudur (1). Tıp dünyasındaki gelişmelerle birlikte, çocukluk çağı kronik hastalıklarında yaşam süresi artmıştır (2). Bu nedenle çocuklar, daha fazla psikolojik ve sosyal sorunla karşı karşıya kalmaktadır (3).

Çölyak hastalığı, genetik yatkınlığa sahip olan bireylerde ince bağırsağı etkileyen ve glutene karşı gelişen bağışıklık temelli otoimmün bir hastalıktır (4,5). Gluten, buğday, arpa ve çavdar gibi tahıllarda bulunan bir protein grubudur (6). Gluten intoleransına bağlı çölyak hastalığının ortak semptomları abdominal şişlik, anormal bağırsak hareketleri, kilo verme, yorgunluk, güçsüzlük ve kusmadır (7).

Dünyada son 30 yılda, çölyak hastalığının insidansının artmış olduğu bildirilmektedir (8). Murray ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, son 30 yılda Avrupa ve Amerika'da çölyak insidansının 1950'lerde 100.000 de 0,9 iken, 2000 yılından sonra 100.000 de 9 olduğu belirtilmektedir (9). Colorado'nun Denver kentinde çölyak hastalığının 5,10 ve 15 yaşlarında sırasıyla insidansı %1,6, %2,8 ve %3,1 olarak belirlenmiştir (10). Dünya'da birçok ülkede prevalansı %1 olarak kabul edilmektedir (11-13). Çölyak prevalansı, Avrupa popülasyonu içinde Finlandiya'da %2,4 ile en yüksek orana sahip iken, % 0,3 ile Almanya'da en düşük orandadır (14). Ülkemizde çölyak hastalığının prevalansına ilişkin farklı çalışmalar mevcuttur. Kayseri'de hastaneye başvuran çocuklar arasında yapılan çalışmada, çölyak hastalığı prevalansı %1 olarak saptanmıştır (15). Erzurum'da, 1263 okul çocuğu üzerinde yapılan çalışmada çölyak hastalığı prevalansı 1/158 olarak bulunmuştur (16). Türkiye'de 62 ilde, 20190 sağlıklı okul çocuğu ile yapılan çalışmada çölyak hastalığı prevalansı % 0,47' dir (17).

Çölyak tanısı aldıktan bir yıl sonra, hastalarda psikolojik problemler ve yaşam kalitesinde azalma görülmeye başlamaktadır (18,19). Hastalık, kişisel ilişkileri ve bireyin kendine güvenini etkilemektedir (20). Optimal yaşam kalitesi için glutensiz bir diyete sıkı bir uyum hayati önem taşımaktadır. Diyet uyumunda zorluk yaşayan adölesanlar, daha düşük yaşam kalitesi, daha fazla fiziksel problem, daha yüksek hastalık yükü ve aile içi problemler ile karşılaşmaktadır. Bu hastalarda “hasta olma” hissini daha yüksek olduğu belirtilmiştir (21). Diyete uyumsuzluğu olan çölyak hastaları, anemi, osteoporoz, büyüme geriliği, infertilite, diğer otoimmün bozuklukların gelişimi ve malignite gibi komplikasyonlarla karşı karşıya kalabilirler (12). Çölyak hastalığının tıbbi ve psikolojik açıdan başarılı bir şekilde yönetilmesi ve psikososyal destek sağlanması önemlidir (21). Gluten içermeyen diyete uyum sağlamaya çalışan çocuklar, psikolojik sorunlar (23), sosyal yaşama uyum sorunları yaşarlar ve sosyal izolasyona yatkın olurlar (18,23). Çocukların yaşam biçimleri radikal olarak değişime uğrayabilir (24,25). Yapılan çalışmalarda, çocukların ve adölesanların, sosyal ilişkiler açısından uyum sorunu, glutensiz diyet ile baş etme zorluğu günlük yaşamın yönetimi (26) ve sosyal faaliyetlere katılım konusunda sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir (27). Ayrıca, çölyak tanısı olan çocuklar damgalanma nedeniyle sosyal kısıtlılıklar yaşamaktadırlar (28,29).

Yapılan çalışmalarda, çölyak hastalığı olan çocuk ve adölesanların depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur (23,30). Kronik hastalığı olan çocuklar ve ebeveynleri günlük hayatta sıkıntı ve kısıtlamalarla baş etmektedirler. Bu nedenle, kronik hastalık tanısı alan çocuklarda kaygı, depresyon ve yaşam kalitesinde azalma görülmektedir (31). Çölyak hastalığı bulunan çocuklarda, yaşam kalitesinin bozulduğu saptanmıştır (23,26,32-34). Diyete uyumun sağlanması ile yaşam kalitesinde artış sağlanabileceği belirtilmiştir (32). De Lorenzo ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, 5-12 yaş grubundaki çölyak hastalarının, sosyal yaşama ilişkin yaşam kalitesinde bozulma olduğu saptanmıştır (34). Altobelli ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında, çölyak hastalığı olan 10-18 yaş grubundaki çocuk ve adölesanlarda, zihinsel ve sosyal alanlarda azalmış yaşam kalitesi skoru saptamışlardır. Adölesanların hastalık yönetimi ve baş etmelerine yardımcı olmak

için, destek ve eğitim verilmesi gerektiği önerilmiştir (35). White ve arkadaşları (2016), çölyak hastalığı olan adölesanlarda, yaşam kalitesinin dışarıda yemek yeme, seyahat etme ve arkadaşları ile sosyalleşme gibi davranışlarla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (36). Glutensiz diyetle uyumun, düşük yaşam kalitesi ile güçlü ilişki içinde olduğu belirtilmektedir (37).

Glutensiz bir diyetin yaşam boyu sürdürülebilmesi, çölyak hastalığının temel taşıdır (7,38). Ancak, çölyaklı çocuklarda karşılaşılan en büyük zorluk glutensiz bir diyetle uyma zorunluluğudur (39). McGrady ve Hommel'in (2013) yapmış olduğu sistematik derlemede, kronik hastalığı olan adölesanların, hastalığın yönetiminde diyet uyumunda güçlük yaşadıkları belirtilmiştir (40). Gluten içerikli yiyeceklerden kaçınma adölesan dönemde zordur (37) ve diyet uyumsuzluğunun da en çok bu dönemde olduğu belirtilmektedir (34,39,41-43). Adölesanlar, sosyal baskılar, aileden bağımsız olma ve yeni sorumlulukların eklenmesi sonucu diyetle uymada güçlükler yaşamaktadırlar. Adölesanlardaki diyet uyumunun bozulmasına, akran baskısı, glutensiz gıdalara ulaşamaması (39), glutensiz gıdaların pahalı olması ve kutlama gibi özel günlerde ortamda glutensiz gıdaların bulunmaması neden olmaktadır (43). Çölyak tanılı çocuk ve adölesanlar arasında yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılanların %50'sinin diyetine uymadığı saptanmıştır (33). Diyetle uymayan çocuklarda sağlıkla ilgili yaşam skoru kötü olarak bildirilmiştir (44,45).

Kronik hastalıkların yönetiminde tedaviye uyumun ve yaşam kalitesinin artmasını sağlamada, destek gruplarının oluşturulmasının etkili olduğu belirtilmektedir. Destek grupları bireylerin hastalık bilgisi ve sosyal bağlılığını artırmada ve sosyal izolasyonu azaltmada etkili olabilmektedir (46). Grup etkinliği ile yapılan eğitim programında, astımlı (47,48) ve diyabetli çocukların yaşam kalitesinde artma, psikososyal işlevlerinde iyileşme (49,50), kistik fibrozis tanılı çocuklarda yalnızlık duygusunda azalma (51), kronik hastalığı olan çocukların yaşam kalitesinde artma olduğu belirtilmiştir (52). Scholten ve arkadaşları (2013), kronik hastalığı olan çocuklarda bilgi verme, gevşeme teknikleri, tıbbi bilgiyi artırma, sosyal yeterliliği ve pozitif düşünceyi geliştirmenin hastalıkla baş etmede etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Sağlanan bu desteğin, kronik hastalığı olan çocukların duygusal ve davranışsal problemlerini azaltabileceğini belirtmişlerdir (53).

Sağlık profesyonelleri, çölyak hastalığında tedaviye uyumu artırmak ve bu bireyleri desteklemek için, bu hastalığın psikolojik yükünün farkında olmalıdırlar (54). Çölyak hastalığının tedavisine uyumu artırmak için ortaya çıkan psikolojik ve sosyal sorunların ele alınması gerekmektedir (55). Hastalar genellikle diyet eğitimi ve gündelik yaşamda uygulanabilecek başa çıkma stratejilerine ihtiyaç duyarlar (56). Ring -Jacobsson ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada, baş etme stratejileri, bilgi ve günlük yaşamda engeller gibi konuların ele alındığı çölyak hastalarına ilişkin eğitim programı, katılımcıların psikolojik iyi olma halini artırmıştır (57). Çölyak hastalığı olan bireylerin, diğer çölyak hastaları ile iletişimi, bireylerde pozitif etki oluşturmaktadır (56). Ayrıca çölyak tanılı hastalarda, yaşam kalitesinin artırılmasında, diyete uyumu artırmak amacıyla kapsamlı eğitimler önerilmektedir (33).

Arkadaş desteğinin olması adölesanın, kendini yeterli ve başarılı hissetmesine, yeteneklerini geliştirmesine ve etkili baş etme yöntemlerini kullanmasına olanak sağlamaktadır (58). Benzer sorunu olan akranların bir arada olması, sorunları tartışmasına ve yaşadıkları sorunlar ile yeni baş etme yöntemlerini birbirlerinden öğrenmelerine yardımcı olabilmektedir (59).

Grup etkileşimli destek programlarına katılım, kronik hastalıkların yönetiminde ve psikososyal iyiliğin sağlanmasında önemli bir belirleyici haline gelmiştir. Kronik hastalıklar için tıbbi tedavide, hasta eğitimi, bakımın temel taşı olarak vurgulanmaktadır (60). Grup eğitimlerinde, bireyler benzer durumda bulunan diğer kişilerle deneyimlerini paylaşma fırsatı bulmaktadırlar (61). Kapsamlı eğitim ve uzman desteği alınması, hastalığın yönetimine olumlu katkı sağlamaktadır (62).

Kronik hastalığı olan bireylerde destek gruplarına katılımın güncel ve güvenilir bilgi edinmelerini ve hastalıklarını daha iyi yönetmelerini sağladığı bilinmektedir (63). Kyngäs ve Rissanen yaptıkları bir çalışmada (2001), astım, epilepsi, diyabet, juvenil romatoid artrit tanılı kronik hastalığı olan 300 adölesan

üzerinde yaptığı çalışmada, destek, motivasyon ve tedaviye uyum konusunda en güçlü desteğin hemşirelerden geldiği belirtilmiştir (64).

Hemşire liderliğinde oluşturulan destek gruplarının, adölesanların sorunları daha iyi ifade etmelerine, günlük ya da uzun vadeli sorunlarla baş etmelerine yardımcı olduğu belirtilmektedir (65,66). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığının 8/3/2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşiresinin görev ve sorumlulukları arasında hasta çocuğa ve ailesine gerekli bakım ve becerileri öğretme, rehberlik ve danışmanlık yapma yer almaktadır (67). Literatürde çölyaklı adölesanlar üzerinde yapılmış akran etkileşimli grup desteğine yönelik herhangi bir çalışma olmadığı belirlenmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda araştırmada 13-18 yaş grubundaki çölyak hastalığı bulunan adölesanlara verilecek akran etkileşimli grup desteğinin, adölesanların yaşam kalitesi, akran ilişkileri ve baş etme düzeylerine etkisinin incelenmesi planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; 13-18 yaş grubundaki çölyak hastalığı olan adölesanlara verilecek akran etkileşimli grup desteğinin, adölesanların yaşam kalitesi, akran ilişkileri ve baş etme düzeylerine etkisinin incelenmesidir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Akran etkileşimli grup desteği verilen çölyak hastalığı olan adölesanların yaşam kalitesi puanlarında, kontrol grubuna göre artma olacaktır.

H₂: Akran etkileşimli grup desteği verilen çölyak hastalığı olan adölesanların akran ilişkileri puanlarında, kontrol grubuna göre artma olacaktır.

H_{3a}: Akran etkileşimli grup desteği verilen çölyak hastalığı olan adölesanların aktif baş etme/ başa çıkma puanlarında kontrol grubuna göre artma olacaktır.

H_{3b}: Akran etkileşimli grup desteği verilen çölyak hastalığı olan adölesanların kaçınan baş etme /başa çıkma puanlarında kontrol grubuna göre azalma olacaktır.

H_{3c}: Akran etkileşimli grup desteği verilen çölyak hastalığı olan adölesanların olumsuz baş etme /başa çıkma puanlarında kontrol grubuna göre azalma olacaktır

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönem

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaş grubundaki bireyler adölesan olarak, 15-24 yaş grubundaki bireyler ise genç olarak nitelendirilmektedir (68). “Adölesan Dönem”, fizyolojik, psikososyal ve dinamik olarak gelişen bir süreci kapsar. Bu gelişim dönemi geleneksel olarak sosyal bağımsızlığın kurulmasına kadar geçen yıllar olarak tanımlanabilir (69). Adölesan dönem insan yaşamındaki karmaşık süreçlerden biridir. Bu dönem, çocukluk ve yetişkinlik arasında büyüme hızının arttığı, cinsiyet özelliklerinin ortaya çıktığı, derin psikolojik değişimlerin yaşandığı sayısız hormonal değişimin olduğu (70) ve iskelet boyunun arttığı bir geçiş dönemidir. Bu gelişim sürecinde, yağ ve kas kütlesindeki ve metabolik hızdaki değişimler görünümü etkileyen sayısız fiziksel ve biyolojik farklılık göze çarpmaktadır (71).

2.2. Adölesan Dönem Özellikleri

2.2.1. Adölesan Dönemde Fizyolojik Değişimler

Fiziksel büyüme ve cinsel olarak olgunlaşma, cinsiyet, vücut kitlesi, çevre, ırk ve genel sağlık durumundan etkilenmektedir (69). Bu döneme ilişkin gelişim atağı, kız çocuklarında 10-12, erkek çocuklarında ise 12-14 yaşlarında gözlenmektedir. Dönemin sonu ise kızlarda 17-19 yaşlarını, erkeklerde ise 20 yaşını bulmaktadır (72).

2.2.2. Adölesan Dönemde Bilişsel Gelişim

Bilişsel gelişim, bireylerdeki düşünme, akıl yürütme, bellek ve kavrama sistemlerinde meydana gelen değişimlerdir. Bu dönemin en önemli özelliği, bireyin düşünce yapısının giderek değişmesi, geleceğe ve soyut düşünmeye doğru yönelmesidir (73). Bu dönem somut operasyonel düşünceden, soyut mantıksal düşünceye doğru gelişen, mantık ve karar verme ile ilgili gelişmeleri içerir. Aynı zamanda düşüncelerine yeni bakış açıları eklemektedir (73,74).

Bilişsel gelişimde en önemli fonksiyonlar, dürtüleri engelleme, kararların sonuçlarını tartma, öncelik belirleme, strateji oluşturma, uzun vadeli planlar yapma, karar verme, öz düzenleme ve öz değerlendirmedir. Adölesan, bazı konulara karar vermede duygularına daha çok duyarlıdır (75). Adölesan dönemin sonunda birey, cinsellik, din ve ahlak konularında kendine değerler edinmeye başlar (73). Adölesan dönemdeki bireyde vicdan, cömertlik ve sadakat gibi sosyal alana ilişkin özellikler de gelişir (73,76).

Bu dönemde adölesanlar, kuralları ve ilkeleri doğrudan kabul etmek yerine, durumu sorgulayıp gerçek nedene ulaştıktan sonra kabul ederler. Bu dönem, bireyin neden-sonuç ilişkisini kurabildiği, problem çözme becerisinin geliştiği ve uygun olanı seçebilme yetisine sahip olduğu dönemdir (73). Eleştirel düşünme yetisi kazanan adölesan, tartışmacı ve idealist özellikler sergilemeye başlayabilir. Kendini özgün ve özel görmesi, başkalarının yaşadıklarının kendi başına gelmeyeceğini düşünmesi, risk alma davranışlarının gösterilmesine neden olabilir (77).

2.2.3. Adölesan Dönemde Duygusal Gelişme

Adölesan dönem, cinsel yönden olgunlaşma ile yetişkin rol ve sorumluluklarının kazanılması arasındaki bir dönem olarak tanımlanır (78). Ayrıca, fiziksel ve duygusal değişimin bir arada ya da birbirinden farklı zamanlarda yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde adölesanlar, aileleri, akranları ve toplum ile etkileşime girme konusunda bazı önemli güçlükler yaşayabilirler (73). Birey bu aşamada, duygusal değişimini önce ailesine sonra akranlarına ve en son kendine yakın hissettiği arkadaşına yansıtmaktadır (79). Biliş, duyguların ifadesi üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Bu durum adölesanların davranışsal tercihleri üzerinde etkilidir (74).

Sağlıklı duygusal gelişim, tartışmayı öğrenme ve seçimlerin belirlenmesine yardımcı olur. Kendi duygularını değiştirmeyi ve kontrol etmeyi öğrenemeyen adölesanlar, suçlu davranışlara yönelebilirler yada akranlarından ve ailelerinden uzaklaşabilirler. Bu durum, ebeveynlerle çatışmaya, ilişki sorunlarına, depresyon, madde bağımlılığı ve intihar riskine yol açabilir (75).

2.2.4. Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişim

Adölesanların, bu dönemde yaşadıkları biyolojik değişimler psikososyal gelişmeyi önemli ölçüde etkiler (80,81). Adölesan dönemde yaşanan psikolojik gelişimin, bilişsel ve kimlik gelişim özellikleri ile bağlantılı olduğu, sosyal gelişimin ise bireyi erişkin rolüne hazırladığı belirtilmektedir (80). Bu dönemde adölesanların, cinsellikle ilgili konularda farkındalıkları artar ve beden imajı ile daha ilgilenirler. Vücut şekli ve ağırlığına ilişkin değişimler, özellikle bu dönemdeki kız çocukları için hayal kırıklığına neden olabilir. Erkek çocukları için, cinsel olgunlaşma ve biyolojik gelişimdeki gecikme, özgüven azalması ve zayıf beden imajının gelişmesine yol açabilir. Ergenlerle çalışan sağlık personelinin, normal psikososyal ve bilişsel gelişimin, biyolojik büyüme ve gelişme ile nasıl ilişkili olduğu konusunda net bir anlayışa sahip olmaları gereklidir (81).

Psikososyal açıdan koruyucu faktörler değerlendirildiğinde, sağlığa ve başarıya verilen değer, gelecekle ilgili beklentiler, benlik algısı, sosyal aktivitelere katılma isteği ve okula ilişkin pozitif düşünceler yer almaktadır. Ayrıca adölesanın davranışlarının çevresi tarafından onaylanması, uygun davranışların öğrenilmesi, çevrenin desteği, arkadaş, öğretmen ve aile ile uyumlu ilişkilerin olması psikososyal gelişime katkıda bulunmaktadır (82).

2.3. Adölesan Dönemde Akran İlişkileri

Çocuklar adölesan döneme geçtiklerinde, akranları onların yaşamında daha önemli hale gelmektedir. Adölesanların ilgisi, ebeveynlerinden akranlarına doğru yer değiştirir. Akran ilişkileri adölesanın, sosyal, zihinsel ve benlik gelişimine katkıda bulunmaktadır (83). Adölesanlar akran etkileşimi ile sosyal deneyimlerini paylaşarak özgüvenlerini artırabilmektedir (84).

Akran ilişkisi olmayan ya da anti-sosyal olan adölesanların suça dahil olma risklerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Buna karşılık, sosyal ilişkileri iyi olan adölesanlar için daha düşük düzeyde, suç işleme oranı bildirilmektedir (85).

Adölesanlar akranları ile denetlenmeden vakit geçirebilmek için fırsatlar ararlar. Onlar için akranlar çok önemlidir. Bu dönem daha fazla özerkliğin istendiği bir dönem olduğundan ebeveyn ile geçirilen zaman daha az olabilmektedir. Ayrıca akran ilişkilerinde sorunları olan adölesanların kaygı, yalnızlık ve aşağılık duyguları yaşadıkları belirtilmektedir (83). Akranlarından farklı olan yada sosyal izolasyon yaşayan adölesanlarda depresyon bulgularının görüldüğü belirlenmiştir (86).

Adölesan kızlarla yapılan bir çalışmada akran kabulunun, bireyin ruh sağlığı açısından önemli olduğu saptanmıştır. Olumlu akran ilişkileri adölesanın benlik saygısını, vücut imajını ve sosyal becerilerini geliştirmektedir (87). Ayrıca, akran ilişkilerinin okul bağlılığının geliştirilmesi ve sosyal davranışlar üzerinde etkisi bulunmaktadır (88). Özellikle kız adölesanların akranlarından destek alma oranının daha fazla olduğu belirtilmiştir (89).

2.4. Adölesan Dönemde Akran Grupları Ve Etkileşimi

Sosyal bir gruba dahil olma isteği, adölesan dönemin kimlik gelişiminin bir sonucudur (90,91). Bir gruba dahil edilen adölesan, grubun tutum ve davranışlarını benimser (92). Adölesanların bir gruba dahil olmasının altında yatan neden aidiyet duygusudur. Akran gruplarına dahil edilmeyen adölesanlar kendilerini reddedilmiş hissederler ve sosyal izolasyon yaşarlar (86,93). Reddedilen adölesanların, akranlarına karşı uyum ve davranışlarında farklılıklar bulunmaktadır (86).

Kız ve erkek adölesanların akademik başarılarına ilişkin arkadaşlık özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, özellikle kız öğrencilerin akran grubu ile daha yakın ilişkileri bulunduğu ve matematik ve fen derslerinde birbirlerinin performanslarını olumlu yönde etkiledikleri belirtilmiştir (94). Akran gruplarının olumsuz etkisi ergenlerin riskli davranışlara yönelimini etkilemektedir. Akran gruplarındaki etkileşimler, koruyucu bir yapı sergilediği kadar bir risk faktörü de olabilir (95). Sağlıklı ve yapıcı yönde gelişen arkadaşlık ilişkileri ve akran grupları, ruh sağlığını koruyucu etkiye sahiptir. Ancak bu ilişkiler yıkıcı ve riskli davranışlarda bulunma ya da çeteleşmelerin meydana gelmesine neden olabilir (96).

2.5. Kronik Hastalıklarda Akran Etkileşimi

Kronik hastalık, sürekli devam eden, kalıcı yetersizlik ve sakatlıklar bırakan, uzun süreli tedavi, gözlem ve bakım gerektiren, günlük aktiviteleri en az üç ay süre ile engelleyen sağlık sorunudur (1). Çocukluk döneminde başlayan kronik hastalıkların tedavisinde erken tanı ve tedavideki gelişmeler, çocuklar ve adölesanlar için daha iyi sonuçlar vermektedir. Günümüzde, konjenital kalp hastalıkları, Tip 1 Diyabet ve kanser gibi çocukluk döneminde başlayan hastalıkların, erişkinlik döneminde bile yaşamına sağlıklı devam edebilmesi beklenmektedir (97). Tıp dünyasındaki gelişmelerle birlikte, çocukluk çağı kronik hastalıklarında yaşam süresi artmıştır (2). Bu nedenle çocuklar, daha fazla psikolojik ve sosyal sorunla karşı karşıya kalmaktadır (3). Adölesan ve aileleri, kronik hastalıklara bağlı komplikasyonların gelişme riskine ilişkin duygusal stres yaşamaktadırlar (98).

Kronik hastalıkların yönetimi oldukça karmaşıktır. Uzun zaman boyunca birçok tedavi yöntemi gerektirebilir. Kronik hastalıkların tedavisi, adölesanlar için stresli olabilir ve günlük rutinlerini etkileyebilir (99). Bu dönemde akran ilişkileri adölesanlar için çok büyük önem taşımaktadır (83). Ancak arkadaş sahibi olabilme ve bağımsızlık kazanma yeteneği, hastalık ve tedavisi nedeniyle olumsuz etkilenebilir (100).

Adölesanlar, aynı sağlık sorunu olan akranlarına yönelip, hastalığın yönetimine ilişkin problemleri aralarında çözebilirler (101). Benzer sağlık sorunları yaşayan akranlar ile sorunları paylaşmak, adölesanların hastalıkları ve tedavisi ile nasıl başa çıkacaklarını öğrenmelerine yardımcı olabilir (102).

Shaw ve McCabenin çalışmasında (2008), tedavi esnasında, kronik hastalığı olan adölesanları desteklemek için, akranlar arasında özyönetim teknikleri kullanılarak, sosyal ilişkiler artırılmış ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik girişimler gerçekleştirilmiştir (103). Farklı çalışmalarda, kronik hastalığı olan adölesanlara akran liderliği yapılarak gerçekleştirilen öz-yönetim müdahalelerinde yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmıştır (104-108). Bu çalışmalarda, serebral palsi ve

spina bifidalı adölesanların sosyal bağlantı, sosyal kabul ve sosyal güvenlerinin (106), ve öz bakım becerilerinin (105) astım tanılı adölesanların ise sosyal becerileri ile öz bakım becerilerinin, yaşam kalitelerinin ve olumlu tutumlarının arttığı gözlenmiştir (104). Ayrıca akran liderliğine yönelik yapılan çalışmalarda, grup liderliğinin adölesanların olumsuz duygu ve sorunlarla baş etmelerine yardımcı olduğu bulunmuştur (107,108).

Akran liderliğine yönelik yapılan, çalışmalar adölesanları bilişsel ve gelişimsel olarak desteklerken, yaşam becerilerinin artırılmasını da sağlamıştır (102). Ayrıca onlara, hastalıklarını yönetmelerine ve buna yönelik hedefler geliştirmelerine yardımcı olduğu gözlenmiştir (105). Akran etkileşimi ya da desteği, adölesanların tedaviye uyumlarını artırmada etkili bir yaklaşım olarak kullanılabilir. Böylece kendilerini izole eden adölesanların hastalıkla başa çıkmalarına ve diğer çocuklarla paylaşımında bulunmalarına fırsat verilmiş olunur (107).

2.6. Adölesan Dönemdeki Kronik Hastalıklarda Destek Gruplarının Etkisi

Akran desteği iyimserliği artırmaya yardımcı olarak, izolasyon ve yalnızlık duygularını azaltabilir. Çocukların hastalıklarını daha iyi anlamalarına ve hastalık yönetimi becerilerini öğrenmelerine ve benimsemelerine yardımcı olabilir. Akran desteği, duyguların ifade edilmesi, sosyal destek ise, problem çözme ve öz-yönetimle ilgili becerilerin kazanılmasını sağlayabilir (109). Akran ilişkisi kronik hastalığı olan adölesanlar için önemli bir bileşendir (83). Kronik bir hastalığı olan adölesanlar genellikle hastalığa ve tedaviye bağlı psiko-sosyal sorunlar yaşarlar (110). Benzer kronik hastalığı olan adölesanlar, akran destek gruplarında, benzer deneyimi yaşayan akranlarının, kendilerine güvence hissi verdiğini belirtmişlerdir (111). Kronik hastalığı olan adölesanlar hastalıklarına uyum sağlama sürecinde yaşadıkları sorunlar nedeniyle akranlarından uzaklaşabilirler (112).

Kronik hastalığı olan adölesanlar, akranları tarafından reddedilme riskinin artması nedeniyle yüksek düzeyde sosyal kaygı yaşayabilir (113). Bu hastalarda, sağlıklı çocuklardan daha düşük akran teması ve daha yüksek sosyal kaygı düzeyi

bildirilmiştir. Tehdit edici olmayan akran etkileşiminin bulunduğu bir ortamda, sosyal beceriler geliştirilebileceği bildirilmektedir (114).

Destek grupları, tüm üyeler tarafından paylaşılan tek bir yaşam sorununun ele alındığı, destekleyici ve eğitici bir karşılıklı yardım grubudur. Bu gruplar bir durumla başa çıkmak için ya da ortak problemi olan kişilere duygusal destek ve bilgi vermek amacıyla toplanır. Genellikle profesyonel bir kişi tarafından yönetilir (115). Destek grupları, katılımcılara, endişe ve düşüncelerini ifade edebilecekleri ve iletişim kurabilecekleri güvenli bir ortam sağlar. Destek gruplarının diğer bir amacı da, benzer sorunu olan diğer bireyler ile görüşerek ve ortak deneyimler paylaşarak duygusal destek sağlamaktır (116).

Destek grupları oluşturularak yapılan müdahale çalışmalarında özellikle kronik hastalığa sahip olan çocuklar ele alınmıştır. Literatürde, enflamatuar barsak hastalığı (117), astım (48) ve diğer kronik hastalığı olan çocuklar ile yapılan çalışmalara rastlanmıştır (101,118, 119).

Creedy ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu çalışmada, 10-14 yaş grubundaki kronik hastalığı olan çocuk ve annelerden oluşan bir gruba psiko-sosyal destek müdahalesi yapılmıştır. Avusturalya’da düzenlenen “kronik hastalık akran destek programı” adı altındaki 8 haftalık bir program sonunda üç günlük liderlik eğitimi verilmiştir. Bu destek programı kronik hastalığı olan kişilere paylaşmayı ve öğrenmeyi öğretmektedir. Bu çalışmanın sonuçları, psiko-sosyal destek gruplarının, çocukların benlik saygısı ve kaygı belirtilerinin azaltılmasında değerli olduğunu göstermiştir (119). Kyngäs’in yaptığı çalışmada (2004) kronik hastalığı olan (astım, epilepsi, juvenil romatoid artrit, tip 1 diyabet) 40 adölesan için (12-18 yaş) destek ağı oluşturulmuştur. Destek ağı; ebeveynler, akranlar, okul, sağlık personeli, teknolojik olanaklar ve evcil hayvanları kapsamaktaydı. Öğretmenler, hemşireler ve sınıf arkadaşları destek ağı kapsamına alındı. Sonuçta adölesanların yaşadığı sorunları ve görüşleri aktarabilecekleri bir platform oluşturuldu. Kronik hastalığı bulunan adölesanlara, hastalıkla başa çıkmada yardımcı olabilecek bir strateji geliştirilmiştir (101).

Olsoon ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında kronik hastalıklı çocuklara akran desteği programı uygulanmıştır. Katılımcılar, akran destek programı ile tıbbi durumlarına daha çok uyum sağlamışlardır. Kronik hastalığı olan adölesanlar, hastalığın yönetimine ilişkin daha iyi sonuçlar belirtmişlerdir (118). Christian ve D’Auria’nın yapmış oldukları çalışmada (2006) , kistik fibrozis tanılı 116 çocuk (8-12 yaş grubu) destek müdahalesine dahil edilmiştir. Deney grubundaki çocuklarda hastalığın algılanan olumsuz etkisinin ve yalnızlığın azaldığı saptanmıştır (51). Watson ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında 7-11 ve 12-16 yaş grubundaki toplam 299 astımlı çocuğa grup müdahalesi düzenlenmiştir. Gruplara yaşa uygun sunumlar, akran paylaşımı ve aktiviteler düzenlenmiştir. Çalışma sonucunda, müdahale grubunun yaşam kalitesi skorlarının arttığı gösterilmiştir (48). Pulgaron ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında, 7-14 yaşları arasında astım tanısı olan çocuklar için düzenlenen bir haftalık kamp programında, problem çözme yaklaşımı kullanılarak destek programı uygulanmıştır. Kampa katılan astımlı çocuklar, bilgi yönetimi, problem çözme, yaşam kalitesi ve öz-yeterlik açısından kampa katılmayanlara göre daha yüksek düzeyde puan almışlardır (120). Stewart ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, serebral palsi ve spina bifida tanısı bulunan adölesanların, altı ay boyunca haftalık olarak çevrimiçi destek müdahalesi uygulanmıştır. Müdahale sonrasında adölesanlar, yalnızlıklarının azaldığını, sosyal kabul ve güvenlerinin arttığını belirtmişlerdir (106). Gillard ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışmada, altı gün boyunca devam eden bir kamp programına dahil edilen AIDS tanılı adölesanların ilaç uyumlarının, bilgi, tutum ve becerilerinin arttığı belirlenmiştir (121).

Grup yaklaşımı kullanılarak yapılan astım tanısına sahip adölesanların değerlendirildiği bir çalışmada, çevrimiçi destek müdahalesi gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonucunda adölesanlar, sosyal izolasyon ve yalnızlık duygularının önemli ölçüde azaldığını ve güven duygusu kazandıklarını ifade etmişlerdir (122). Astım tanılı ergenlerin üç haftalık kamp programına dahil edildiği çalışmada, astımın psiko-sosyal sorunları, astım tedavisi ve izlemi ele alınmıştır. Katılımcıların bilgi ve tutumları, öz-yeterlik ve astım kontrolünde gelişmeler gözlenmiş ve yaşam kalitesi

skorlarında artış bulunmuştur (123). Tip 1 diyabeti olan adölesan ve genç erişkinlere yüz- yüze görüşme tekniği ile beş aylık bir destek programı uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda katılımcıların kronik hastalıkla ilgili yük algılarında azalma ve öz-bakım davranışlarına ilişkin artış sağlandığı bildirilmiştir (124). Epilepsili adölesan ve erişkinler için yüz-yüze toplantılar yapılarak düzenlenen akran destek programı ile katılımcıların damgalanmaya ilişkin hislerinin belirgin şekilde azaldığı saptanmıştır (125).

Mackner ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada, enflamatuar barsak hastalığı olan adölesanlar için akran danışmanlık programı uygulanmıştır. Uygulanan program ile öz-yönetim geliştirilmeye çalışılmıştır. Katılımcılar belirlenen programı destek, rol –model, bilgi, eğitim ve eğlence içerikli olarak tanımlamışlardır. Çalışmanın, öz-yönetimin desteklenmesinde etkili bir akran rehberlik programı olduğu belirtilmiştir (117). Benzer şekilde, Lewis ve arkadaşlarının çalışmasında (2016) kronik hastalığı olan adölesanların akran destek programına katılımları sonucunda sosyal bağlantılarının genişlediği saptanmıştır (52).

Profesyonel bir lider tarafından yönetilen çalışmalarda, astım, diyabet, AIDS, kistik fibrozis, epilepsi, romatizmal kalp hastalığı olan çocuklar destek müdahalesine alınmıştır. Cook ve arkadaşlarının (2002), 13-17 yaş grubundaki adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada (26 deney grubu, 27 kontrol grubu), altı haftalık bir program uygulanmıştır. Grup eğitiminin adölesanlar için metabolik kontrolün iyileştirilmesinde etkili olduğu bulunmuştur. Deney grubundaki katılımcıların, daha iyi problem çözme becerisine sahip oldukları ve HbA1C düzeylerinin daha iyi olduğu görülmüştür (126). Cano-Garcinuño ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada, astım tanılı çocuklara grup eğitimi yapılmıştır. Grup eğitiminin morbiditeyi azalttığı belirlenmiştir (127). Mupambireyi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2014) perinatal olarak HIV ile enfekte olan çocuklardan destek grupları oluşturulmuştur. Çalışma sonunda, çocukların kendilerini güvenli ve sosyal bir alanda hissettikleri vurgulanmıştır (128). Cai ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (2017) çocuk ve adölesanlar için öz-yönetim müdahalesi yapılmıştır. Sekiz- onaltı yaş grupları

arasında, en az altı aylık tip 1 diyabet tanısı olan 11 çocuk ve aileden oluşan bir grup seçilmiştir. Çalışmanın sonucunda, çocukların, grup müdahalesi ile aylık hipoglisemik atak sayısının azaldığı, yaşam kalitesi skorunun yükseldiği ve korku skorlarının düştüğü belirlenmiştir (49). Scheel ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada ise romatizmal kalp hastası olan 6-15 yaş grubundaki çocuklar için destek grupları oluşturulmuştur. Romatizmal kalp hastalığı olan çocuklarda müdahale sonrası bilgi düzeyinde, dostluk ve yaşam kalitesi ölçek puanlarında artış olduğu belirlenmiştir (46).

Kronik bir hastalıkla yaşayan adölesanlar genellikle hastalık ve tedaviye bağlı psikososyal sorunlar yaşarlar (110). Kronik hastalığı olan adölesanlar hastalıklarına uyum sağlamakta zorluk çekerken akranlarına karşı yabancılaşma hissi yaşayabilirler (112). Bu adölesanlarda, akranları tarafından reddedilme riski nedeniyle yüksek düzeyde sosyal kaygı görülebilir (113). Kronik hastalığı olan çocuklarda, sağlıklı çocuklara göre, düşük akran teması ve daha yüksek sosyal kaygı düzeyi bildirilmiştir. Tehdit edici olmayan akran etkileşiminin sağlandığı sosyal bir ortamda, sosyal beceriler geliştirilebilir (114). Benzer kronik hastalığı olan adölesanlar, akran destek gruplarında, benzer sorunu yaşayan akranlarının olması nedeniyle, kendilerini güvende hissettiklerini belirtmişlerdir (111).

2.7. Çölyak Hastalığı

2.7.1. Tarihçe

Kapadokyalı Aretaeus (MS 85-138), yunan kültüründen etkilenmiş bir doktordur. Aretaeus, sindirim ve emilim terimlerini tanımlamış ve gıdaların emilimine ilişkin açıklamalarda bulunmuş ve çölyak hastalığına ilişkin ilk tanımı yapmıştır. Aretaeus, çölyak hastalığını gıdanın sindirilememesi olarak açıklamıştır. “Çölyak” terimi, çocuklarda hastalığın karakteristik bir semptomunu tanımlayan “şişkinlik” anlamına gelen Yunanca “koiliakos” (karın boşluğu ile ilgili) kelimesinden gelmektedir (129). 1887'de İngiliz doktor Samuel Gee tarafından yaşam boyu diyet

tedavisine duyulan ihtiyacı ilk tanıyan kişi olmuştur. Ancak hastalığın patogenezi tam olarak açıklanmamıştır (130).

1908'de New York'ta çalışan Christan Archibald Herter (1865-1910), "intestinal infantilizm" olarak adlandırdığı hastalığa ilişkin görüşlerini yayınlamıştır. Johann Oto Leonhard Heubner, 1909 yılında, hastalığın konjenital bir şekilde nişastanın neden olduğu "ciddi sindirim yetmezliği" olduğunu bildirmiştir. Londra'daki King's College Hastanesi'nde pediatri profesörü olan George Frederick Stll (1868-1941), 1918 yılında hastalığın ciddi bir sindirim bozukluğu olduğunu belirtmiştir. Guido Fanconi (1892-1979) 1928'de, hipokalsemi, hipofosfatemi, C vitamini eksikliği ve özellikle metabolik asidoz gibi bulguları olan çocuklarda derin metabolik değişikliklerin var olma olasılığını öne sürmüştür. Bu nedenle, C vitamini bakımından zengin gıdalarla beslenmelerini önermiştir. Diyetin meyve ve meyve suyuna dayanması gerektiğini belirterek, çiğ sebze tüketilmesini önermiştir. Dorothy Andersen 1947 yılında, çölyak hastalığını patolojik ve bakteriyolojik temelli olmayan, yaşa uygun gıdaya tolerans göstermeyen, mide hacminde ilerleyici bir artışa neden olan ve vücut ağırlığını azaltan bir durum olarak tanımlamıştır (131).

Patogenezi anlama konusundaki önemli bir atılım, İkinci Dünya Savaşı sırasında Hollanda'da çölyak hastalığı olan çocukların ekmeğin kıtlığı yaşadıkları sırada, semptomların görülmediği, ekmeğin tekrar tüketilmesi ile semptomların geri döndüğü zaman meydana gelmiştir. 1950'lerde, bağırsak biyopsilerinin incelenmesi ile birlikte, çölyak hastalığında en belirgin patolojik bulgu olan ince bağırsak villus atrofi ortaya çıkmıştır. Kısa süre sonra, diyetten glutenin uzaklaştırılması ile mukozal iyileşme sağladığı görülmüştür (132).

2.7.2. Epidemiyoloji

Birçok çalışma, dünyadaki çölyak hastalığının toplam prevalansının son otuz-kırk yılda önemli ölçüde arttığını göstermiştir (133,134). Murray ve arkadaşlarının çalışmasında, son 30 yılda Avrupa ve Amerika'da çölyak hastalığı insidans ve

prevelansında artış görüldüğü ve insidans oranının 1950'lerde 100.000 de 0,9 iken, 2000 yılından sonra 100.000 de 9 olduğu belirtilmektedir (9).

İskoçya'da 1990 ve 2009 yılları arasında çölyak hastalığı görülme sıklığında 6,4 katlık bir artış olmuştur (135). Colorado'nun Denver kentinde çölyak hastalığının 5,10 ve 15 yaşlarında insidansı sırasıyla %1,6, %2,8 ve %3,1 olarak belirlenmiştir (10). Amerika Birleşik Devletleri'nde çölyak hastalığı prevalansı %0,71 olarak bildirilmiştir. Çölyak hastalığı Amerika'daki azınlık grupları arasında nadir olmasına rağmen, İspanyol olmayan beyazların % 1'ini etkilemiştir (136).

Suudi Arabistan'da çölyak hastalığı prevalansı, El-Kasım bölgesinde % 3,2 olarak bildirilmiştir (137). Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da, % 0.03 ile% 1.17 arasında değişen prevelans bulguları göze çarpmaktadır (138). Buğday ile beslenmenin önemli olduğu Kuzey Çin'deki Shandong eyaletindeki adölesan ve genç erişkinlerde prevalans % 0.76'dır (139).

Çölyak hastalığı için yüksek riskli popülasyonlar; özellikle birinci derece akrabalar, demir eksikliği anemisi, osteopenik kemik hastalığı, insüline bağımlı diyabet (Tip 1 Diyabet), karaciğer hastalıkları, otoimmün hepatit, biliyer siroz, Down ve Turner sendromu da dahil olmak üzere genetik hastalıklar, otoimmün endokrinopati, tiroid hastalıkları, deri hastalıkları, nörolojik bozukluklar gibi hastalıklara sahip olan kişilerdir (140). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada özellikle Tip1 Diyabet, anemi, artrit, osteoporoz, infertilite ve Down sendromu olan bireylerde gastrointestinal sorunların yokluğunda bile çölyak hastalığı yüksek bulunmuştur (9).

Çölyak hastalığında prevelans monozigotik ikizlerde % 83,3 iken, dizigotik ikizlerde bu değer % 16,7 olarak belirtilmiştir (141). İtalya'da yapılan bir çalışmada çölyak hastalığı bulunan bireyin birinci derece akrabaları arasındaki prevelans % 4,8 bulunurken (142), ülkemizde yapılmış bir çalışmada da aynı değer bulunmuştur (143). Hastalığın, birinci derece akrabalarda görülme olasılığı %10 olarak belirtilmektedir (144).

Ülkemizde çölyak hastalığının prevalansına ilişkin farklı çalışmalar mevcuttur. Kayseri’de hastaneye başvuran çocuklar arasında yapılan çalışmada, çölyak hastalığı prevalans oranı %1 olarak saptanmıştır (15). Erzurum’da, 1263 okul çağı çocuk üzerinde yapılan çalışmada çölyak hastalığı prevalansı 1/158’dir (16). Türkiye’de 62 ilde, 20190 sağlıklı okul çocuğu ile yapılan çalışmada çölyak hastalığı prevalans oranı % 0,47 olarak bulunmuştur (17).

2.7.3. Patogenez

Çölyak hastalığı, çevresel bir tetikleyici ile genetik olarak yatkın bir konakçı arasındaki, diğer çevresel faktörlerin olası katılımıyla karşılaşmanın bir sonucu olarak gelişir (145). Gluten, prolamin ve glutelinden oluşan ve buğday, arpa, çavdar ve yulaf gibi besinlerin içinde bulunan bir bileşiktir. Prolaminler, buğdayda gliadin, çavdarda sekalin, arpada hordein, yulafta avenin olarak isimlendirilmektedir (146,147). Prolaminler, yüksek glutamin içerdiği için, gastrointestinal sistemde, proteolitik enzimlere karşı dirençlidir. Gastrointestinal sistemde, glutenin tam olarak sindirilememesi, birçok farklı karaktere sahip, gluten türevli gliadin peptitlerin ortaya çıkmasına sebep olur. Çölyak hastalarında prolaminin, vücuda girmesi ile ince bağırsak mukozasında malabsorbsiyon meydana gelir (145). Gluten tüketildikten sonra sindirim sisteminde otoimmün reaksiyonlar, deri reaksiyonları ve sindirim sisteminde çölyak hastalığı semptomları başlar (38).

Çölyak hastalığı, hem insan lökosit antijenini (HLA) hem de HLA olmayan genleri içeren bir genetik geçmişe sahip çok faktörlü bir etyolojiyi temsil etmektedir. Özellikle genetik olarak bireylerin HLA-DQ2 ve HLA-DQ8 haplotiplerini taşıdığı bilinmektedir (149). Buna rağmen HLA, çölyak hastalığında genetik riskin sadece % 36-53’ünü oluşturmaktadır. HLA’nın varlığı tek başına çölyak gelişimi için yeterli değildir (150,151). HLA tiplemesi, çölyak hastalığı gelişme riskinde artış olan bireyleri belirlemek için kullanılabilir. İnce barsakta villöz atrofi varlığı, glutensiz diyet uygulaması, serolojik testlerin çölyak ile uyumlu olması durumunda HLA değerlendirilmektedir (152).

Tahıllarda bulunan depo proteinler, prolaminler ve polimerik gluteninler olmak üzere ikiye ayrılır. Prolaminler buğdayda gliadinler, çavdarda sekalinler, arpada hordeinler, yulafta aveninler olarak isimlendirilmektedir (146,147). Gluten, nişastanın buğday unu hamurundan yıkanması ile geride kalan ve depolama proteinlerinden oluşan lastiksi bir kütledir. Gluten proteinleri buğdayın pişirme özelliklerinden sorumludur. Buğdaydan elde edilen hamurun su emme kapasitesini, yapışkanlığını, viskozitesini ve esnekliğini artırır (147).

Gluten proteinin alımı ile, barsak mukozasında villöz düzleşme ve villilerin yüzeyindeki "kripta" hücrelerinin büyümesi şeklinde meydana gelen kripta hiperplazisi ile sonuçlanan durum hastalık gelişimine neden olur (149). Çölyak hastalığının asıl nedenini oluşturan etken buğdaydaki gluten proteininin gliadin adındaki alt fraksiyonudur (147). Ancak çölyak hastaları, buğdayın dışında, gliadinlerin homologunu içeren buğday türleri, çavdar ve arpa tüketiminden de sakınmalıdır (145,148).

Viral enfeksiyonlar, özellikle enterovirüs (örneğin rotavirüs) ile çölyak hastalığı arasında çeşitli epidemiyolojik ilişkiler bildirilmiştir (153,154). İsveç'te yapılan bir araştırmada yaşamın ilk altı ayında geçirilen üç yada daha fazla enfeksiyon (enfeksiyon türüne bakılmaksızın), önemli ölçüde artmış çölyak hastalığı riski ile ilişkilendirilmiştir (155).

Norris ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, yaşamın ilk üç ayında gluten tüketen çocuklarda, 4 ve 6 ay arasında gluten tüketenlere göre çölyak hastalığı riski beş kat daha fazla bulunmuştur. Araştırmanın sonunda gluten içeren gıdaların diyeteye eklenmesinin 4-6 aylar arasında olmasının gerekliliği savunulmuştur (156). Yapılan bir meta - analizde, emzirmenin çölyak hastalığına karşı koruma sağladığı belirtilmiştir (157).

Çölyak hastalığı gelişiminde edinsel ve doğal immünite arasındaki dengenin bozulması söz konusudur (158). Hastalığın gelişiminde üç aşama bulunmaktadır;

- **Birinci Aşama** : Erken mukozal olaylar

Prolaminler, HLA-DQ2 veya HLA-DQ8 tarafından sunulan barsak mukozasındaki CD4+T-helper hücrelerini uyararak, bireyi çölyak hastalığına duyarlı hale getirirler.

- **İkinci Aşama** : T hücre aktivasyonu
Gliadin peptitleri epitel bariyerinden geçer ve lamina propriada bulunan T-lenfositleri aktive eder.
- **Üçüncü Aşama** : Doku hasarı
Bu nedenle T-lenfositlerin barsak epitelyal hücrelerine saldırması sonucu doku hasarı ortaya çıkar (159,160).

2.7.4. Klinik Bulgular

Çölyak hastalığında başlangıçta, malabsorbsiyon ve steatore vardır. Hastalık her yaş grubunda görülebilmektedir (161). 1980 yılından önce çocuklar ve yetişkinlerin büyük bir çoğunluğu ishal ile başvururken, son yıllarda farklı bulgularla sağlık kurumuna başvuranların sayısı oldukça artmıştır (162-164). Çocukta, vücut ağırlığında azalma, büyüme ve gelişmede gerileme görülmektedir (165). Çocuklardaki klinik belirtiler erişkinlerden farklı olabilmektedir. Erişkin hastalarda, bulantı, D, E ve K vitamin eksiklikleri gibi bulgular gözlenirken, çocuk hastalarda ishal, ağırlıkta azalma, aşırı zayıflama, sinirlilik, kusma gibi bulgular tipik olarak görülmektedir (166).

Şekil 2.1.'de çocuklarda ortaya çıkan belirti ve bulgular listelenmiştir (164).

Çölyak Hastalığının Belirti ve Bulguları
<ul style="list-style-type: none"> • Kronik veya aralıklı ishal • Mide bulantısı dahil olmak üzere kalıcı veya açıklanamayan gastrointestinal semptomlar ve kusma • Tekrarlayan karın ağrısı, kramp veya distansiyon • Büyüme yetmezliği veya kısa boy • Uzun süreli yorgunluk (“her zaman yorgun”) • Ani veya beklenmedik kilo kaybı • Açıklanamayan demir eksikliği anemisi veya diğer tanımlanmamış anemi • Azalmış kemik mineral yoğunluğu • Başka etioloji bulunmadığında yükselmiş serum amino-transferaz düzeyleri • Oral ülserler veya dişlerde defektler

Şekil 2.1. Çölyak Hastalığının Belirti ve Bulguları.

Çölyak hastalığında hafif bulgularla seyreden vakalar da mevcuttur (162). Bu durum literatürde buzdağına benzetilmiştir ve buzdağının suyun üzerinde kalan kısmı çölyak tanısı almış hastaları, diğer kısmı ise henüz daha tanı alamamış hastaları tarif etmektedir (150).

Çölyak hastalığını tanımlamak için standart bir terminoloji yoktur. Klinik durum, seroloji testleri ve histolojik kombinasyonlara göre 2013 yılında geliştirilen “Oslo Tanımı” hastalığı altı farklı sınıfa bölmüştür.

- a. **Potansiyel çölyak hastalığı:** Pozitif serolojik testler ve normal bağırsak biyopsisi vardır.
- b. **Asemptomatik çölyak hastalığı:** Hasta asemptomatiktir.
- c. **Semptomatik çölyak hastalığı:** Barsak semptomları vardır.
- d. **Klasik çölyak hastalığı:** İshal yada malabsorpsiyon belirtileri birlikte görülür.
- e. **Klasik olmayan çölyak hastalığı:** Malabsorpsiyon semptomları yoktur. Ancak diğer klinik semptomlar vardır (örneğin, anemi , osteoporoz).

- f. **Refrakter çölyak hastalığı:** Kalıcı semptomlar ve glutensiz diyetle rağmen villöz atrofi vardır (167).

2.7.5. Tanı

Çocuklarda çölyak hastalığı tanısı için, 1969 yılında Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN) tarafından kriterler belirlenmiştir. Bu kriterler 1990 yılında revize edilmiştir (168)

Belirlenen kriterler;

- a. Çölyak hastalığı ile uyumlu öykü ve klinik özellikler
- b. Serolojik bulgular
- c. Histopatolojik bulgular
- d. Glutensiz diyetle klinik ve serolojik cevabın alınması
- e. Çölyak hastalığına benzeyen diğer hastalıkların ve 2 yaş altı çocuklarda villöz atrofi oluşturan nedenlerin dışlanmasıdır (168).

Çölyak hastalığı tanı kriterleri, 2012 yılında Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN) tarafından revize edilmiştir (12).

Belirlenen ilkeler, tamamen karşılandığında, çölyak hastalığı olan bir çocukta endoskopi ve biyopsi yapılmaksızın, çölyak hastalığı olma olasılığının yüksek olmasının mümkün olabileceği belirtilmiştir. Bu kriterleri karşılamak için ;

- a. Çölyak hastalığını düşündüren klasik semptomlar görülmelidir. Bu durum kilo kaybı, diyare, malabsorpsiyon ve kısa boy bulgularını içerir.
- b. Üst sınırının 10 katı olan bir anti-doku transglutaminaz antikor değerine sahip olmalıdır.
- c. Pozitif bir anti-endomysial antikor (EMA) kan testi olmalıdır.
- d. HLA DQ2 ve / veya HLA DQ8 genlerine sahip olan genetik olarak hastalık riski altında olmalıdır.

Hasta bu kriterlerin hepsini karşılamıyorsa, çölyak hastalığı teşhisi için biyopsi ile endoskopi yapılması gerekmektedir (12).

Barsak mukozasındaki yapısal proteinlere karşı oluşan endomisyum ve retikülin transglutaminaz antikorlar taranır. Çölyak hastalığına ilişkin antikor düzeyleri düşük olan kişilerde gereksiz biyopsileri önlemek amacı ile EMA testi uygulanır. EMA negatif olursa, gluten içerikli diyet ile beslenirken 3-6 aylık aralıklarla serolojik testler yapılır. EMA pozitif olduğunda ise duedonal biyopsi yapılır (12). Duedonal biyopsi örnekleri histolojik olarak incelenir. Çölyak hastalığına özgü histolojik mukozal hasar bulguları, kript hiperplazisi, villöz atrofi ile birlikte artan intraepitelyal lenfositler saptanır (169).

2.7.6. Tedavi

Çölyak hastalığının tek tedavisi yaşam boyu glutensiz diyet uygulamasıdır. Glutensiz diyet uygulamasının güvenli ve etkili bir tedavi olduğu kanıtlanmıştır (170). Glutensiz bir diyet, buğday, arpa ve çavdarın ve bunların tüm türevlerinin tamamen diyetten çıkarılmasını içerir. Yulafın gluten içermediğine ilişkin kaynaklar olmasına rağmen, işlenmesi sırasında buğday, arpa ya da çavdar ile bulaşma riski nedeniyle içerebileceği bildirilmektedir (148,171). Ayrıca, yulafın çölyak hastalığına sahip kişilerde hastalığı tetiklediğini gösteren ve diyetten çıkarılmasını öneren çalışmalar vardır (171,173). Bu nedenle yulaf, glutensiz diyet uygulanırken, diyetten çıkarılmalıdır (171, 174).

Glutensiz diyet, büyük ölçüde patates, pirinç, mısır, meyve, sebze, et, balık, bakliyat ve yumurta gibi gluten içermeyen gıdalara dayanır (175). Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) paketlenmiş gıdalarda "glutensiz" etiketinin olması için, paket içindeki gıdanın en çok 20 ppm gluten içermesi gerektiğini bildirmiştir. Çünkü bu miktarın çölyak hastaları tarafından tolere edilebileceğine ilişkin bilimsel veriler bulunmaktadır (176).

Gıda hazırlığı sırasında, gluten içeren gıdalar, glutensiz gıdalara bulaşabilmektedir. Bu duruma çapraz kirlenme denilmektedir. Bunu önlemek için, gıda hazırlığı sırasında mutfak ekipmanlarının ayrı olmasına dikkat edilmelidir (63).

Gıda tüketimi dışında, gluten alımı farklı ürünler aracılığı ile de olabilmektedir. İlaçlar, diyet takviyeleri, diş macunu, ağız yıkama solüsyonları ve ruj gibi kozmetik ürünler gluten kaynağı olabilmektedir (177). Glutensiz diyetle B vitaminleri, demir, kalsiyum ve lif alımında azalma olabilir. Gluten içermeyen tahıl ürünleri lif ve diğer besin maddelerini içermemektedir. Çölyak hastalığı olan bireyler süt ve süt ürünlerini de az tüketirlerse, kalsiyum, D vitamin ve B1 vitamini eksikliği görülebilir (20).

2.7.7. Komplikasyonlar

Çölyak hastalığı, infertilite, azalan kemik mineral yoğunluğu, otoimmün hastalık riskinde artma ve malignite gibi komplikasyonlarla ilişkilidir (22).

2.8. Yaşam Kalitesi ve Çölyak Hastalığı

Barrio ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, çölyak hastası olan 8-18 yaş grubundaki 266 çocuğa sağlıkla ilgili yaşam kalitesi anketi uygulanmıştır. Diyete uymayan çocuklarda sağlıkla ilgili yaşam skoru kötü olarak bildirilmiştir (44). Fidan ve arkadaşlarının (2013), 30 çölyak tanılı çocuk-ergen (7-18 yaş grubu) ile yaptıkları çalışmada, çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi skorları düşük bulunmuştur (45). Altobelli ve arkadaşları (2013), 10-18 yaş grubundaki çölyak hastalığı olan çocuk ve adölesanlarla yapılan çalışmada, sosyal alanda azalmış yaşam kalitesi skoru saptamışlardır (35). De Lorenzo ve arkadaşları (2012), 5-12 yaş grubundaki çölyak hastaları ile yaptıkları çalışmada, çocukların sosyal yaşama ilişkin yaşam kalitesinde bozulma olduğunu saptamışlardır (34).

2.9. Akran İlişkileri ve Çölyak Hastalığı

Yapılan çalışmalarda, çocukların ve adölesanların, sosyal ilişkiler açısından uyum sorunu (26), glutensiz diyet ile baş etme zorluğu, günlük yaşamın yönetimi ve sosyal faaliyetlere katılım konusunda sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (25,26). Skjerning ve arkadaşlarının yaptığı odak grup görüşmeli çalışmada, çölyaklı çocuklar,

hastalıklarına bağlı olarak kendilerini yalnız ve başkalarından farklı hissettiklerini, adölesan dönem grup faaliyetlerinin dışında kaldıklarını ifade etmişlerdir (178).

Çocuklar ve adölesanlar hastalık ve diyet nedeniyle kendilerini akranlarından izole hissedebilirler (21,28). Yapılan çalışmaların çoğunda, adölesanlar glutensiz yemek yeme ihtiyaçları nedeniyle kendilerini izole ve farklı hissettiklerini belirtmişlerdir (24,179,180). Adölesanlar, hastalıktan etkilenmiş olarak tanınma ve akranları tarafından reddedilme korkusu ile karşı karşıya kalabilirler. Çölyak tanılı adölesanlar, akranları ile bir arada olduklarında aynı yiyecekleri tüketememeye bağlı öfke ve utanç duyduklarını belirtmişlerdir (181). Ergenler için çölyak hastalığına sahip olmak, ergenin akranları ile ilişkilerini ve kimlik gelişimini olumsuz etkilemektedir (21, 28). Gluten içermeyen diyetle uyan çölyaklı çocuklarda, yüksek oranda psikolojik problemler, anksiyete ve depresyon bildirilmiştir (18, 23, 25, 30). Ayrıca, çölyak tanısı olan çocuklar damgalanma nedeniyle sosyal kısıtlılıklar yaşamaktadırlar (27-29).

2.10. Baş Etme Stratejileri ve Çölyak Hastalığı

Ahn ve Lee'nin (2016) çalışmasında, kronik hastalığı olan adölesanların, benlik kavramlarının sağlıklı adölesanlara göre olumsuz etkilendiği belirtilmektedir. Bu adölesanlar için yaşama uyum sağlama ve hastalıklarıyla başa çıkma yeteneklerini geliştirmek amacıyla destek müdahalelerinin düzenlenmesi ve değerlendirilmesi önerilmektedir (182). Benzer sorunu olan arkadaşların desteği, adölesanın, kendini yeterli ve başarılı hissetmesine, yeteneklerini geliştirmesine ve etkili baş etme yöntemlerini kullanmasına olanak sağlamaktadır (58). Onların bir arada olması, sorunları tartışmalarına ve yaşadıkları sorunlar ile yeni baş etme yöntemlerini birbirlerinden öğrenmelerine yardımcı olabilmektedir (59). Ayrıca, akran desteği, farklı düşünme ve başa çıkma biçimlerini teşvik eden ve içgörü kazandıran bir deneyimdir (183). Akran etkileşimi, ergenlerin yaşlıları ile sosyal katılım içinde olması, günlük yaşamdan kaynaklanan uyum ile ilgili problemlerle baş etmesine yardımcı olmaktadır (28). Özellikle çölyak tanısına sahip olan ergenlerin ev dışında yemek yedikleri sosyal ortamlarda gluten bulaşmasına ilişkin kaygı

hissettikleri bilinmektedir. Bu nedenle, ergenlerin ev dışındaki sosyal durumlarda diyetle uyumu sağlayacak etkili baş etme stratejileri oluşturmalarına yardımcı olmak için sürekli eğitim programları ve akran destek gruplarının oluşturulması etkili olabilmektedir (184). Altobelli ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında, çölyak hastalığı olan 10-18 yaş grubundaki çocuk ve adölesanlarda, yaşam kalitesinin zihinsel ve sosyal alanlarda azalmış olduğu saptanmıştır. Adölesanların hastalık yönetimi ve baş etmelerine yardımcı olmak için, destek ve eğitim verilmesi gerektiği önerilmiştir (35).

2.11. Çölyak Hastalığı Olan Çocuğun Ev, Okul ve Sosyal Yaşamı

2.11.1. Diyet Uyumu

Çölyak tanısı aldıktan sonra, bir yıl içinde bireylerde psikolojik problemler ve yaşam kalitesinde azalma görülmeye başlamaktadır (18, 19). Hastalık, sosyal ilişkileri ve bireyin kendine güvenini olumsuz etkilemektedir (20). Çölyak hastalığında glutensiz bir diyetin yaşam boyu sürdürülmesi gereklidir (170). Optimal yaşam kalitesini elde etmek için glutensiz bir diyetle sıkı bir uyum hayati önem taşımaktadır. Ancak, çölyaklı çocuklarda karşılaşılan en büyük zorluk glutensiz bir diyetle uyuma zorunluluğudur (39). Diyet uyumunda güçlük yaşayan adölesanlar, daha düşük yaşam kalitesi, daha fazla fiziksel problem, daha yüksek hastalık yükü ve aile içi problemler ile karşılaşmaktadır. Bu hastalarda “hasta olma” hissinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (21).

Gluten içermeyen diyetle uyumda en çok adölesan dönemde güçlükler yaşandığını gösteren çalışmalar vardır (34, 39). Bu diyetle uyum sağlamaya çalışan çocuklarda sosyal yaşama ilişkin adaptasyon sorunları ve sosyal izolasyon görülmektedir (18,23,54). Akranlar tarafından verilen olumsuz tepki ve tutumlar (181), sosyal baskılar, aileden bağımsız olma ve akranlarından farklı olmak istememe sonucu diyetle uymada güçlükler yaşanmaktadır (39, 185). Diyetle uyumu etkileyen sorunlar arasında akran baskısı, glutensiz gıdaya ulaşamama (39) ve kutlama gibi toplantılarda glütensiz ürünlerin bulunmaması yer almaktadır (43).

Çölyak tanılı çocuk ve adölesanlar arasında yapılan bir çalışmada, hastaların %50'sinin diyetine uymadığı saptanmıştır (33). Diyet uyumsuzluğu olan çölyak hastaları, anemi, osteoporoz, büyüme ve gelişme geriliği, infertilite, diğer otoimmün bozukluklar ve malignite gibi komplikasyonlarla karşılaşmaktadır (22). Bu sorunları önlemek için, çölyak hastalığının tıbbi ve psikolojik açıdan başarılı bir şekilde yönetilmesi ve psikososyal destek sağlanması önemlidir (21).

Çölyak gibi kronik hastalığı olan çocuklar ve ebeveynleri günlük hayatta beslenmeye ilişkin kısıtlamalarla baş etmektedirler. Bu nedenle, çocuklarda kaygı, depresyon ve yaşam kalitesinde azalma görülmektedir (31). Diyete uymayan çocuklarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi skoru kötü olarak bildirilmiştir (44,45). Çölyak hastalığında glutensiz gıdalara uyumun, çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesi ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır (24,28,179,181,186-188). Diyete uyumun sağlanması ile yaşam kalitesinde artış sağlanabileceği belirtilmektedir (32). White ve arkadaşları (2016) çölyak hastalığı olan adölesanlarda, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin, dışarıda yemek yeme, seyahat etme ve arkadaşları ile sosyalleşme gibi davranışlarla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (36).

Glutensiz diyetin, çocuğun sosyal aktiviteleri üzerinde kısıtlayıcı etkisi vardır (43). Adölesanlar çölyak tanısı aldıktan sonra kendilerine sosyal yaşamda sınırlamalar getirdiklerini ifade etmişlerdir (39). Sverker ve arkadaşlarının çalışmasında, adölesanlar günlük yaşamlarında glutensiz ürün seçiminde zorlandıklarını belirtmişlerdir. Adölesanların, yemeklerin içeriğini sürekli inceledikleri ve yanlış yapmaktan endişe duydukları belirlenmiştir. Ayrıca restoran seçimlerinin sınırlı olması nedeniyle yurt içi ve yurt dışı gezilerin zorlayıcı olduğu ve glutensiz besinlerin pahalı olduğu adölesanlar tarafından bildirilmiştir. Adölesanlar evde iki ayrı yemek yapıldığını ve iki tür ekmek piştiğini, yedikleri her besinin içeriğini bilme ve kontrol etmenin kendileri için rahatsız edici olduğunu belirtmişlerdir (55). Ayrıca gluten içermeyen besinleri hazırlamanın diğerlerine göre daha çok zaman aldığını ifade etmişlerdir (189). Nitel bir çalışmada adölesanlar, arkadaşlarıyla birlikte yemek yeme, doğum günü partilerine katılma ve sosyalleşme

ile ilgili kısıtlılıklar yaşadıklarını belirtmişlerdir (190). Çocukların glutensiz diyetle ilişkin endişeleri arasında kötü lezzet, ev dışında yemek yeme zorluğu ve yetersiz ürün bulunması yer almaktadır (187).

2.11.2. Ev Ortamı

Yapılan bir çalışmada, çocuklar ve adölesanlar kendilerini ev ortamında daha rahat hissettiklerini bildirmişlerdir (190). Çölyak tanılı adölesanlar için sosyal bir ortamda akranları ile birlikte yemek yeme zor ve endişe verici olabilmektedir (55). Çünkü glutensiz ürünlerin yapımında kullanılan alanlar, mutfak ekipmanları, restoran personeli tarafından uygulanan yetersiz prosedürler ve dezenfeksiyon yetersizliği gluten kontaminasyonuna neden olabilmektedir (191). Adölesanlar, restoranlarda besin hazırlığı sırasında gluten kontaminasyonuna ilişkin endişeler yaşadıklarını ifade etmişlerdir (55).

Ev dışındaki ortamlarda, bir adölesanın yiyeceklerin hazırlanması aşamasında olası kontaminasyon riskini sürekli sorgulaması kaygı seviyesini artırmaktadır. Akranları ile bir öğünü paylaşmanın verdiği olumlu sosyal ilişkiler, kaygı seviyesinin artışı ile olumsuz bir hale dönebilmektedir (28, 192).

Biagetti ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, çölyaklı çocuklar ve adölesanların en sık bildirdikleri sorunun gluten içeren yiyecekleri yeme arzusu olduğu belirtilmiştir. Çocuklar raporlarında gluten içeren yiyecekleri “harika”, “iyi”, “lezzetli” olarak tariflerken, glutensiz yiyecekleri “farklı”, “ufalanmış” ve “farklı kokan” kelimeleri ile tariflemişlerdir. Glutensiz besin tüketme durumunun, kısıtlanma, üzüntü, öfke ve fedakarlık duygularını ortaya çıkardığını belirtmişlerdir. Çocuklar ve ergenler, bir arkadaş grubunda sunulan yiyeceklerin glutenle kirlenmiş olma olasılığı konusunda endişe yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ergenler, arkadaş grupları içinde, gluten içeren yiyecekleri yiyerek risk aldıklarını ancak genellikle öğle ve akşam yemeklerinde arkadaşları ile dışarıya çıkmama kararı aldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca adölesanlar, restoran ve süpermarketlerde glutensiz yiyecekler açısından seçeneklerin oldukça az olduğunu vurgulamışlardır (26).

2.11.3. Okul ve Sosyal Çevre

Adölesanlar çölyak tanısı aldıktan sonra okula uyumda zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir (39). Biagetti ve arkadaşlarının çalışmasında, çölyak tanılı çocukların, okul kantinini çok kullanmadıkları belirlenmiştir (26). Çölyaklı çocuklar, okulda diyetle uyuma ve geziler sırasında gidilen restoranlar konusunda sıkıntılar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca öğretmenlerinin hastalıklarına ilişkin bilgilerinin olmadığından şikayetçi olmuşlardır (27). Başka bir çalışmada okulda yapılan bazı etkinliklerde arkadaşları ile aynı yiyeceği yiyemediklerini ve üzüntü yaşadıklarını ifade etmişlerdir (190).

Glutensiz diyetle bağıllık oldukça güç bir durumdur (193). Hasta ve ailesinin çölyak hastalığı ve glutensiz diyet ile ilgili ayrıntılı bilgi sahibi olması gereklidir. Gıda seçimindeki değişiklikler sadece hastayı değil, çoğu zaman tüm ailesini etkilemektedir (190). Yaşları 6-12 arasında değişen çölyak tanısına sahip çocukların anne ve babaları üzerinde yapılan bir çalışmada, ebeveynler izolasyon, aile kutlamalarına katılmama, tatil yerlerini değiştirme, sosyal etkileşim sıklığının azalması gibi sorunlarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir (194). Çölyak hastalığına sahip çocukların ebeveynleri, hastalık ile ilgili endişeler, günlük yaşamın yönetimi ve sosyal yaşamlarında sorunlar yaşamaktadırlar (43,45).

Konuya ilişkin diğer bir çalışmada, ebeveynler yemek alışkanlıklarını değiştirmek zorunda kaldıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, ebeveynlerin çoğu, kullanılan mutfak malzemelerine güvenmedikleri için restoranlara daha az gittiklerini, okul yemekhanelerinde soruna çözüm üretilmediğini ve evde olmadıklarında çocuklarının dışarıdan yiyecek alımları konusunda endişe duyduklarını belirtmişlerdir (195).

2.12. Çölyak Hastalığının Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Hemşireler çölyak hastalığının tanımlanmasında ve tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır (185). Hemşireler çocuklara, ailelerine ve toplum sağlığı uzmanlarına glutensiz bir diyet sürdürme konusunda değerli bilgiler ve destek sağlayabilir. Ayrıca

hemşireler, uzun süreli komplikasyonları önlemek amacıyla, çocuğun glutensiz bir diyetle uyumunu sağlamak için daha geniş multidisipliner ekiple iletişim kurmalıdır (196). Hemşireler çocukların ve ailelerin diyetle bağlılık konusunda önemli bir role sahiptirler (185,197).

Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi, çölyak hastalığında da hastalığın yönetimini ve öz yeterliği geliştirmek için akran destek gruplarından yararlanılabilir (197). Çölyak hastalığının tıbbi ve psikolojik açıdan başarılı bir şekilde yönetilmesi için psikososyal destek sağlanması (21), akran etkileşimi sayesinde birbirlerinin yaşadıkları güçlükleri ve baş etme yöntemlerini öğrenmeleri ve sorunlarına yanıt bulmaları onları hastalığın yönetiminde güçlendirmektedir (190). Sağlık profesyonelleri, çölyak hastalığında tedaviye uyumu artırmak için bu hastaların ev, okul ve sosyal yaşamda karşılaştıkları sorunların farkında olmalıdırlar (54). Tedaviye uyumu artırmak için ortaya çıkan psikolojik ve sosyal sorunların ele alınması (55), diyet eğitimi ve günlük yaşamda uygulanabilecek farklı baş etme yöntemlerinin öğretilmesine gereksinim vardır (57).

Hemşireler, adölesanların hastalığa alışma sürecini hızlandırma ve yaşam kalitesini artırma konusunda girişimlerde bulunabilirler. Adölesanların çölyak ile ilgili yaşadıkları bireysel deneyimlerin grup olarak tartışılması, grup içinde konuşmalarına izin verilmesi hemşirelerin uygulayabileceği önemli bir girişimdir (28).

Çocukların glutensiz bir diyet sürdürmelerini sağlamak, hastalığa uyum ve uzun vadeli komplikasyonların önlenmesi için esastır (196). Hemşireler, çölyak hastalığı bulunan bireyler için, eğitim ve beslenme gibi çeşitli alanların yönetiminde büyük ölçüde iyileştirme potansiyeline sahiptir (198).

Yapılan bazı çalışmalar, hasta eğitiminin, hem gastrointestinal semptomlar hem de çölyak hastalığındaki genel iyilik üzerinde etkili olabileceğini göstermiştir (16, 199, 200). Çölyak hastalığı olan 10-18 yaş grubundaki çocuk ve adölesanlarla yapılan bir çalışmada, hastalarda yaşam kalitesinin zihinsel ve sosyal alanlarda azalmış olduğu saptanmıştır. Adölesanların hastalık yönetimi ve baş etmelerine

yardımcı olmak için, akran desteği ve eğitim verilmesi önerilmiştir (35). Özellikle çölyak tanısına sahip olan ergenlerin ev dışında yemek yedikleri sosyal ortamlarda gluten bulaşmasına ilişkin kaygı hissettikleri bilinmektedir. Bu nedenle, ergenlerin ev dışındaki sosyal durumlarda diyete uyumu sağlayacak etkili baş etme stratejileri oluşturmalarına yardımcı olmak için sürekli eğitim programları ve akran destek gruplarının oluşturulması etkili olabilir (184).

Hemşireler akran destek grupları sayesinde, adölesanları hastalıklarını yönetme konusunda güçlendirebilirler. Ayrıca bu destek grupları içinde paylaşılan bilgiler, internet ve diğer ortamlardan edinilen yanlış bilgilerin düzeltilmesi açısından da yararlı olacaktır (201).

Hastaların izlendiği polikliniklerde hemşireler, haftanın belirli günlerinde çölyak hastalığı olan adölesanlara (184) yönelik akran etkileşimi sağlayacak toplantıları organize edebilirler (201-203).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, çölyak hastalığına sahip olan 13-18 yaş grubundaki adölesanlarda akran etkileşimli grup desteğinin, yaşam kalitesi, akran ilişkileri ve baş-etme (baş çıkma) düzeylerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmış randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Afyonkarahisar ilinde bulunan Afyon Kocatepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı Anabilim Dalı polikliniğinde çölyak hastalığı tanısı ile izlenen adölesanlar üzerinde gerçekleştirilmiştir. 18 Mayıs 2018 tarihinde Afyon Kocatepe Üniversitesi'nin ismi resmi olarak Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi şeklinde değiştirilmiştir. Araştırma izinleri alındıktan sonra bu değişim gerçekleşmiştir. Poliklinikte hafta içi 09:00- 17:00 saatlerinde hastalara hizmet verilmektedir. Çölyak tanılı hastaları izleyen Gastroenteroloji Uzmanı, bir hekim görev yapmaktadır. Poliklinikte hemşire bulunmamakta ve çölyak hastalarına gereksinimlerine yönelik bireysel eğitim verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın yapılacağı, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde izlenen 0-18 yaş grubunda 85 çölyak tanılı hasta bulunmaktadır. Hasta kayıtlarından 13-18 yaş grubunda 36 çölyak tanılı hasta olduğu belirlenmiştir. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi bünyesindeki Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde izlenen 13- 18 yaş grubundaki çölyak tanısı olan hastalar, araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın dahil edilme kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- En az bir yıl öncesinde tanı almak
- 13-18 yaş grubunda olmak
- Başka bir kronik hastalığın ya da psikiyatrik bozukluğun olmaması
- Araştırma esnasında hastanede yatıyor olmamak

Araştırma deneysel nitelikte olduğu için örneklem sayısı güç analizi yapılarak belirlenmiştir.

Örneklem Sayısının Hesaplanması

Ülkemizde yapılan bir çalışmada çölyak hastalığı olan çocuklarda yaşam kalitesi puan ortalaması 69.1 ± 17.1 olarak bulunmuştur (45). Bu değere göre çalışmada akran etkileşimli grup desteği sonrasında yaşam kalitesi puanlarının 0.8 (etki büyüklüğü) düzeyinde arttırılması (yaşam kalitesinin 69.1 ± 17.1 puandan 82.8 'e yükseltilmesi) hedeflenerek %5 alfa hata payı ve % 80 güçle yapılan örneklem sayısı hesabında araştırma grubuna en az 15 kişi alınması gerektiği belirlenmiştir (G*Power 3.1.9.2).

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun çölyak hastalığı olan adölesanların listesi, hastanede görev yapan bir eğitim hemşiresi tarafından oluşturulmuştur. Her hastanın eşit derecede katılımının mümkün olduğu basit rastgele örnekleme yöntemiyle (kura yöntemi) randomizasyon yapılmıştır. Tüm hastalara bilgisayar ortamında 1 ve 36 arasında sıra numarası verilmiş ve excel programında çalışmanın araştırma ve kontrol gruplarına ataması yapılmıştır.

Hasta kayıplarının da olabileceği göz önüne alınarak % 10 fazlası ile araştırma grubuna 18 hasta, kontrol grubuna 18 olmak üzere çalışmaya toplam 36 hasta alınmasına karar verilmiştir. Araştırma planlandığında, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde takip edilen 13-18 yaş grubunda

bulunan ve çalışmanın evrenini oluşturan 36 hastanın tümü örnekleme alınmıştır. Çalışma, araştırma ve kontrol grubu olmak üzere iki grup üzerinde yapılmıştır. Araştırma grubuna akran etkileşimli grup desteği uygulanırken, kontrol grubuna herhangi bir girişim yapılmamıştır.

Bağımsız Değişkenler: Sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, yerleşim yeri, aile tipi, evdeki birey sayısı, eğitim düzeyi, ailenin gelir düzeyi, tanı alma yaşı)
Bağımlı Değişkenler: Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, Akran İlişkileri Ölçeği, Ergenler için Başa Çıkma Ölçeğinden alınan toplam puanlardır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada araştırmacı tarafından hazırlanan, Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1), Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (13-18 yaş grubu) (EK-2), Akran İlişkileri Ölçeği (EK-3) ve Ergenler için Başa Çıkma Ölçeği (EK-4) kullanılmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda, anne, baba, aile ve çocuğa ilişkin demografik özelliklere yönelik 14 soru yer almaktadır. Randomizasyon yapıldıktan sonra, çalışmanın yapıldığı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine ait bir derslikte, araştırma ve kontrol grubundaki tüm adölesanlara aynı anda tanıtıcı bilgi formu (akran etkileşimli grup desteği öncesi) uygulanmıştır.

3.4.2. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği – ÇİYKÖ (13-18 yaş grubu) (EK-2)

Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, 2-18 yaş grubu çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiştir. Varni ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin çocuklar için hazırlanan bölümünün iç tutarlık katsayısı (Cronbach alfa) 0.93 olarak bulunmuştur (204). Memik ve arkadaşları (2007) ÇİYKÖ'nün ergen formunun (13-18 yaş) geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin çalışma yapmışlardır (205).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığın tanımı yaparken fiziksel, duygusal ve sosyal işlevsellik alanlarını kapsam içine almaktadır. Ölçekte bu üç alana yönelik puanlama yapılmaktadır. Ölçekte okul işlevselliği adı altında dördüncü bir alan daha sorgulanmaktadır. Ölçekte toplam puan (ÖTP), fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), duygusal, sosyal ve okul işlevselliği madde puanlarının hesaplanması ile bulunan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır (206).

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ), okul ve hastane gibi ortamlarda, sağlıklı ya da hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanımı uygun olan bir ölçektir. Ölçek toplam 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert ölçeği biçiminde olup 0-4 arasında puanlanmaktadır. Maddeler 0-100 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte hiçbir zaman cevabı için 100 puan, nadiren cevabı için 75 puan, bazen cevabı için 50 puan, sıklıkla cevabı için 25 puan, hemen her zaman cevabı için 0 puan verilmektedir (206). ÇYKÖ'nün 13-18 yaş grubu için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Memik ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Memik ve arkadaşlarının çalışmasındaki ergenler için hazırlanan formun iç tutarlık katsayısı (Cronbach alfa) 0.82 olarak bulunmuştur (205).

Puanlar toplanıp doldurulan madde sayısına bölünerek toplam puan elde edilmektedir. Fiziksel sağlık alt boyutundaki sekiz maddeden alınan toplam puan, madde sayısı olan sekize bölünür. Psikososyal sağlık kapsamında olan, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik ve okul ile ilgili bölümdeki toplam 15 madde puanı toplanarak 15'e bölünür. Tüm maddelerin puanları toplanarak, toplam madde sayısı olan 23'e bölünür ve ölçek toplam puanı elde edilir. Maddelerin %50'sinden daha fazlası boş bırakıldıysa, ölçek değerlendirmeye alınmaz (200,201). ÇYKÖ için alınan toplam puan ne kadar yüksek olursa, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin o kadar iyi olduğu düşünülmektedir (206).

Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği 5-10 dakika içinde kolayca doldurulabilmektedir. Ölçek adölesanların son bir ayını sorgulamaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 92 dir (207).

3.4.3. Akran İlişkileri Ölçeği (EK-3)

Akran ilişkileri ölçeği, 10-18 yaş grubundaki çocuk ve adölesanların en iyi arkadaşları ile olan ilişkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ölçek, Bukowski ve arkadaşları (1994) tarafından oluşturulmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına göre iç tutarlılık katsayıları (Cronbach alfa) arkadaşlık: 0.72; çatışma: 0.68; yakınlık: 0.76; yardım: 0.81; ve koruma: 0.58 olarak bulunmuştur (208). Ölçeğin, Erkan Atik ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilen katılımcılar ortaokul ve lise öğrencilerinden oluşmaktadır. Erkan Atik ve arkadaşlarının çalışmasındaki ölçeğin tümüne ait olan iç tutarlılık katsayısı 0.85 olarak saptanmıştır. Ölçekte toplam 22 madde ve beş alt boyut bulunmaktadır. Ölçek 1'den 5'e kadar derecelendirilmiştir. "1" arkadaşlığınız için doğru değil, "2" doğru olabilir, "3" genellikle doğru, "4" çok doğru, "5" tamamen doğru, şeklinde düzenlenmiştir. Ölçeğin alt boyutları birliktelik, çatışma, yardım, koruma ve yakınlıktır. Birliktelik alt boyutu, 1,2,3 ve 4. maddelerin, çatışma alt boyutu 5,6,7 ve 8. maddelerin, yardım alt boyutu 9,10,11,12 ve 13. maddelerin, koruma alt boyutu 14,15,16 ve 17. maddelerin, yakınlık alt boyutu 18,19,20,21 ve 22. maddelerin değerlendirilmesi ile hesaplanmaktadır. Ölçeğin çatışma alt boyutundaki tüm maddeler ters kodlanarak hesaplanmaktadır. Alınabilecek puanlar Birliktelik, Çatışma ve Koruma alt boyutlarında 4-20 arasında değişirken, Yardım ve Yakınlık alt boyutlarında 5-25 arasında değişmektedir. Hem toplam puandan hem de alt boyutlardan alınacak ölçek puanı yüksek ise, bu durum olumlu akran ilişkileri olarak değerlendirilmektedir (209).

3.4.4. Ergenler için Başa Çıkma Ölçeği (EBÇÖ) (EK-4)

Ölçek, Spirito ve arkadaşları (1988) tarafından KIDCOPE (çocuklar için çok boyutlu başa çıkma stratejileri ölçeği) adı altında oluşturulan ölçek, çocuk (5-13 yaş) ve ergenler (13-18 yaş) için olmak üzere iki formdan oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0.62 olarak bulunmuştur. Ergenler için Başa Çıkma Ölçeği toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek on adet başa çıkma stratejisini içermektedir. Bu stratejiler, sosyal uzaklaşma, dikkati dağıtma, arzu giderici

düşünme, problem çözme, çekilme, bilişsel yeniden yapılandırma, sosyal destek, duygu düzenleme, kendini eleştirme, başkalarını suçlamayı içermektedir (210). KIDCOPE içinde yer alan 10 strateji şunlardır; dikkat dağıtma (TV seyretmek ya da unutmak için bir oyun oynadım), çekilme (yalnız kaldım), arzu giderici düşünme (işleri farklı yapabilmeyi istedim), kendini eleştirme (kendimi suçladım), başkalarını suçlama (soruna neden olduğu için başka birini suçladım), problem çözme (cevapları düşünerek sorunu çözmeye çalıştım), duygu düzenleme (kendimi sakinleştirmeye çalıştım yada bağırdım, çığlık attım), bilişsel yeniden yapılandırma (şeylerin iyi tarafını görmeye çalıştım), sosyal destek (aile ya da arkadaşlarla vakit geçirerek daha iyi hissetmeye çalıştım) ve sosyal uzaklaşmadır (aile yada arkadaşlarımla birlikte vakit geçirmek istemedim) (210,211).

Spirito ve arkadaşları 1994 yılında, belirledikleri on adet başa çıkma stratejisini üç boyut altında sınıflamışlardır. Böylelikle ölçeğin aktif, kaçınan ve olumsuz başa çıkma olmak üzere üç alt boyutu meydana gelmiştir. Aktif alt boyutu, bilişsel yeniden yapılandırma, duygu düzenleme, sosyal destek ve problem çözme stratejilerini, kaçınan alt boyutu, dikkat dağıtma, sosyal uzaklaşma, arzu giderici düşünme ve çekilme stratejilerini, olumsuz alt boyutu ise kendini eleştirme ve başkalarını suçlama stratejilerini içermektedir (212).

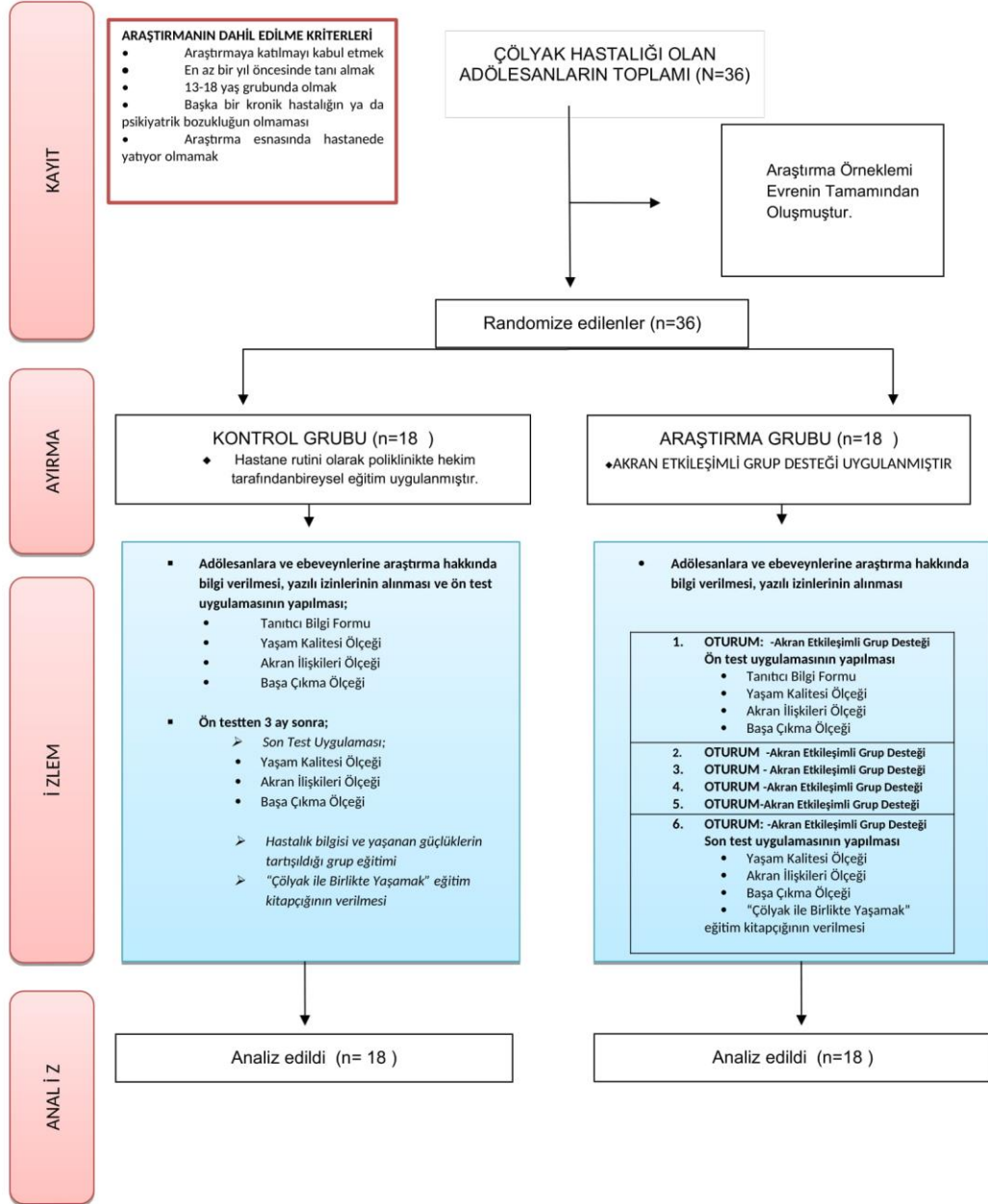
Bu ölçek, adölesanların belirli bir baş etme stratejisinin ne sıklıkta kullandıklarını ölçmektedir. Sıklık, gençlere her bir stratejiyi kullanıp kullanmadıklarını sorarak değerlendirilir. Bu ölçek, kronik hastalığı olan çocuklar ve kardeşleri, fiziksel ve cinsel istismar mağdurları, doğal afet mağdurları ve normal çocuklar ve ergenler gibi çeşitli popülasyonlarda kullanılmıştır (213).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Bedel ve arkadaşları (2014) yapmıştır. Bedel ve arkadaşlarının çalışmasındaki ölçeğin uygulaması 13-18 yaş grubundaki adölesanlara yapılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarına göre iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) Aktif Başa Çıkma için 0.66, Kaçınan Başa Çıkma için 0.61 ve Olumsuz Başa Çıkma için 0.76 olarak bulunmuştur. Ölçekteki maddeler, hiçbir zaman (0), ara sıra (1), çoğu zaman (2) ve hemen her zaman (3) olmak üzere dört

bölümde derecelendirilmektedir. Toplam 11 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Aktif başa çıkma (ABÇ) alt boyutu, 3, 6, 8 ve 10. maddelerin, kaçınan başa çıkma (KBÇ) alt boyutu, 1, 2, 9 ve 11. maddelerin, olumsuz başa çıkma (OBÇ) alt boyutu 4, 5 ve 7. maddelerin derecelendirme ile verilen puanlarının toplamından elde edilen sonuç ile değerlendirilmektedir. Alınacak puanlar, aktif başa çıkma ve kaçınan başa çıkma için 0-12 arasında, olumsuz başa çıkma için 0-9 puan arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması, değerlendirilen başa çıkma yaklaşımının daha fazla kullanıldığını ifade etmektedir (214).

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulama aşamasında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine ait bir derslik kullanılmıştır. Araştırmadaki tüm oturumlar bu derslikte gerçekleştirilmiştir. Oturumlar 45 dakikalık iki bölüm halinde ortalama 90 dakika sürmüştür. Oturumlar arası, yaklaşık 20 dakika süren molada, gluten içermeyen ürünler sunulmuştur. Mola sırasında adölesanların aralarında sohbet ederek etkileşime girmelerine fırsat verilmiştir. Araştırma grubunda bulunan tüm katılımcıların tanıtıcı bilgi formu ve ölçek formlarının ön-test uygulaması ilk oturumun başında, son-test uygulaması ise altıncı oturum olan son oturumun bitiminde uygulanmıştır. Kontrol grubuna dahil olan katılımcıların ön-test uygulaması, araştırma grubundan ayrı olarak aynı gün içinde, son-test uygulaması (sadece ölçekler) tüm oturumların bitiminde aynı derslikte uygulanmıştır. Araştırmanın verileri 22.06.2018- 11.10.2018 tarihleri arasında toplamıştır. Araştırmanın akış şeması Şekil 3.1.'de sunulmuştur.



Şekil 3.1. Consort 2010 Çalışmanın Akış Şeması.

3.5.1. Araştırma Grubu

Akran etkileşimli grup desteği 3 ay boyunca, bir hafta ara ile uygulanmıştır. Araştırma grubu ile toplam 6 oturum yapılmıştır. Adölesanların okula devam etme durumlarının aksamaması açısından grup toplantılarının hafta sonu yapılması planlanmıştır. Ancak veri toplama aşaması yaz mevsiminde ve okulların kapalı olduğu dönemde olduğundan, oturumlar hafta içi ve iki haftada bir yapılmıştır. Araştırma grubundaki adölesanlara her bir oturum öncesinde telefonla ulaşılmıştır. Oturumdan bir gün önce tüm katılımcılara toplantı ve yeri ve zamanını bildiren kısa mesaj gönderilmiş ve davet edilmişlerdir. Her oturum ortalama 1,5 saat sürmüştür.

Araştırmanın birinci ve ikinci oturumuna ilişkin içerikler önceden oluşturulmuştur. Ancak üçüncü, dördüncü, beşinci ve altıncı oturum içerikleri, ilk iki oturumdan sonra düzenlenmiştir. Yapılan 6 oturumun içerik tablosu Tablo 3.'de sunulmuştur.

Oturumlarda tüm katılımcılara, oturuma ilişkin belirlenen hedefe yönelik sorular yöneltilmiştir. Bu sorular üzerinden tartışma ortamı yaratılarak, katılımcıların yaşadıkları sorunlar çözüm önerilerini birbirleri ile paylaşmaları sağlanmıştır. Katılımcıların sorulara vermiş oldukları yanıtlar araştırmacı tarafından not edilerek raporlandırılmıştır.

OTURUMLAR	SÜRE	HEDEFLER	AKTİVİTELER VE KULLANILAN ETKİNLİKLER	İŞİTSEL /GÖRSEL MATERYAL	MATERYAL
1. OTURUM Çölyak Hastalığı Tanımı, Belirtileri ve Tedavisi	90 dk (45+45)	<ul style="list-style-type: none"> Adölesanların hastalığa ilişkin bilgilerini paylaşması Çölyak hastalığının tanımının ve belirtilerinin vurgulanması Çölyak hastalığının tedavisinin tartışılması 	Anlatım Soru-cevap Tartışma Özetleme	Power Point Sunusu	Projeksiyon Cihazı Yazı Tahtası- Kalem Bilgisayar Sosyal Etkileşim (Molada Glutensiz diyet sunulmuştur)
2. OTURUM Çölyak Hastalığı Nedeniyle Yaşanan Güçlükler	90 dk (45+45)	<ul style="list-style-type: none"> Çölyak ile yaşamının hasta için nasıl bir deneyim olduğunu belirleme (hastalık hakkında ne düşünüyorum, hastalıkla ilgili ne hissediyorum, hastalığı nasıl algılıyorum, hastalık beni nasıl etkiliyor) Hastalık nedeniyle günlük hayatta karşılaşılan güçlükleri belirleme (güçlüklerle nasıl baş ediyorum) Hastalığın yaşamı nasıl etkilediğini belirleme 	Anlatım Soru-cevap Tartışma Özetleme	Power Point Sunusu	Projeksiyon Cihazı Yazı Tahtası- Kalem Bilgisayar Sosyal Etkileşim (Molada Glutensiz diyet sunulmuştur)
3. OTURUM Çölyak Hastalığında Glutensiz Diyet	90 dk (45+45)	<ul style="list-style-type: none"> Diyete ilişkin bilgileri değerlendirme Diyet tedavisindeki güçlükleri belirleme 	Anlatım Soru-cevap Tartışma Özetleme Örnek Olay Sunumu (22y Çölyak hastalığı olan bireyin yaşam deneyimi aktarımı)	Power Point Sunusu	Projeksiyon Cihazı Yazı Tahtası- Kalem Bilgisayar Sosyal Etkileşim (Molada Glutensiz diyet sunulmuştur)
4. OTURUM Okul ve Sosyal Yaşamdaki Hastalığa İlişkin Güçlükler	90 dk (45+45)	<ul style="list-style-type: none"> Okul ve sosyal yaşamda karşılaşılan güçlüklerin değerlendirilmesi Karşılaşılan güçlüklerle yönelik çözüm önerilerinin değerlendirilmesi 	Anlatım Soru-cevap Tartışma Özetleme Örnek Olay Sunumu (23y çölyak hastalığı olan bir diyetisyenin yaşam deneyimi aktarımı)	Power Point Sunusu	Projeksiyon Cihazı Yazı Tahtası- Kalem Bilgisayar Sosyal Etkileşim (Molada Glutensiz diyet sunulmuştur)
5. OTURUM Çölyak Hastalığı Ve Akademik Başarı Üzerine Etkileri Akran İlişkileri	90 dk (45+45)	<ul style="list-style-type: none"> Hastalığın akademik başarı üzerine etkilerinin değerlendirilmesi Hastalığın okul ortamındaki akran ilişkilerine etkilerinin değerlendirilmesi Akran ilişkilerinde yaşanan zorluklar ve ilişkilerin (dışlanma) değerlendirilmesi 	Anlatım Soru-cevap Tartışma Özetleme	Power Point Sunusu	Projeksiyon Cihazı Yazı Tahtası- Kalem Bilgisayar Sosyal Etkileşim (Molada Glutensiz diyet sunulmuştur)
6. OTURUM Çölyak Hastalığı ve Gelecek Hedefleri	90 dk (45+45)	<ul style="list-style-type: none"> Şimdiye kadar tüm oturumların genel özetlerinin yapılması Bir önceki oturumda tartışılan konuların özetleme Katılımcıların geleceğe ilişkin hedeflerine yönelik değerlendirme yapma 	Anlatım Soru-cevap Tartışma Özetleme	Power Point Sunusu Eğitim Kitapçığı	Projeksiyon Cihazı Yazı Tahtası- Kalem Bilgisayar Sosyal Etkileşim (Molada Glutensiz diyet sunulmuştur)

Tablo 3.1. Grup Oturumunun İçeriği.

3.5.2. Kontrol Grubu

Kontrol grubuna akran etkileşimli grup desteği sağlanmamıştır. Kontrol grubuna çalışmanın yapıldığı üniversitenin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine ait bir derslikte, adölesanlara ve ebeveynlere araştırma konusu hakkında yapılan bilgilendirme ve yazılı izinlerin alınmasının ardından, Tanıtıcı Bilgi Formu, Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, Akran İlişkileri Ölçeği, Ergenler İçin Başa Çıkma Ölçeği uygulanmıştır. Üç ay sonra kontrol grubundaki adölesanlara, Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, Akran İlişkileri Ölçeği, Ergenler İçin Başa Çıkma Ölçeği tekrar uygulanmıştır.

Kontrol grubundaki adölesanlara araştırma süresince hastaneden aldıkları rutin eğitim dışında bilgi verilmemiştir. Araştırmanın akran etkileşimli grup desteğinin tüm oturumları bittikten sonra, kontrol grubuna 11.10.2018 tarihinde ayrı bir eğitim toplantısı düzenlenmiştir. Eğitim üniversiteye ait Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinin dersliğinde, yaklaşık bir saat sürmüştür. Eğitim içeriğinde çölyak hastalığının tanımı, belirti ve bulguları, tedavisi ve diyetle uyulması gereken kurallar tartışılmıştır. Toplantı sonunda, “Çölyak ile Birlikte Yaşamak” adlı bilgilendirme kitapçığı verilmiştir.

3.5.3. “Çölyak ile Birlikte Yaşamak” Eğitim Kitapçığı

Eğitim kitapçığı, bir Pediatrik Gastroenterolog ve hemşirelik alanında üç Öğretim Üyesinin uzman görüşleri alınarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Kitapçık;

- a. Çölyak hastalığı nedir?
- b. Gluten nedir?
- c. Çölyak hastalığının belirtileri nelerdir?
- d. Çölyak hastalığının tedavisi ve bakımı nedir? Çölyak hastaları diyetle nelere dikkat etmelidir?
- e. Çölyak hastaları için yenilebilir yiyecekler nelerdir?

- f. Çölyak hastalarının uzak durması gereken yiyecekler nelerdir?
- g. Çölyak hastaları için yiyecek alışverişi ve etiket okuma
- h. Alternatif çözümler, yemek önerileri
- i. Okul, ev ve sosyal yaşamda glutensiz yaşamak başlıklarından oluşmaktadır.

“Çölyak ile Birlikte Yaşamak” kitapçığı Ek- 11’ de sunulmuştur.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır (toplantı tarihi: 24.05.2018, karar no: 2018/08-24 (KA-180047) (Ek-5). Araştırmanın yapıldığı Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nden (Eski Adı Afyon Kocatepe Üniversitesi) yazılı izin alınmıştır. (Ek-6). Araştırmaya dahil edilen annelerden yazılı aydınlatılmış onam, adölesanlardan bilgilendirilmiş onay alınmıştır.

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin (13-18 yaş grubu) araştırmada kullanımı için yazardan izin alınmıştır (Ek-7). Akran İlişkileri Ölçeği kullanımı için yazardan ölçek, değerlendirme kriterleri ve kullanım izni istenmiştir (Ek-8). Başa Çıkma Ölçeği kullanımı için yazardan sözlü ve yazılı kullanım izni alınmıştır (Ek-9).

Araştırmaya dahil edilen adölesanlar için “Pediatrik Popülasyonda Yürütülen Klinik Araştırmalarda Etik Yaklaşımlara İlişkin Kılavuz”un 5.4.8.2.’nci maddesi doğrultusunda Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay formları 13-15 yaş grubu ve 16-18 yaş grubu için ayrı ayrı hazırlanmıştır (Ek-10).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Tüm testlerin analizinde p değeri <0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Varyansların homojenliği “Levene testi”, çalışma verilerinin normal dağılıma uygunluğu “Shapiro-Wilk” testi ile değerlendirilmiştir. Buna göre; bağımsız değişkenler için “frekans dağılımları (sayı ve yüzde)” verilmiştir.

Normal dağılım gösteren veriler için iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); iki bağımlı grubun karşılaştırılmasında ise, “Paired Sample” test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma göstermeyen veriler için iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); iki bağımlı grubun karşılaştırılmasında ise “Wilcoxon” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

İki grubun ölçek ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise “Pearson korelasyon” analizi yapılmıştır. Korelasyon katsayısı; 0,70-1,00 arasında ise yüksek, 0,30-0,70 arasında ise orta, 0,00-0,30 arasında ise düşük düzeyde bir ilişkinin olduğu kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırma ve kontrol grubundaki çölyak hastalığı bulunan adölesanların ve ailelerinin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırma ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özellikleri.

Özellikler (N=36)	Araştırma Grubu (n=18)		Kontrol Grubu (n=18)		P*
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kız	13	72.2	11	61.1	0.494
Erkek	5	27.8	7	38.9	
Yaş					
13-14	11	61.1	11	61.1	0.922
15-16	4	22.2	4	22.2	
17-18	3	16.7	3	16.7	
Yerleşim yeri					
İl merkezi	8	44.4	9	50.0	0.337
İlçe merkezi	3	16.7	6	33.3	
Köy	7	38.9	3	16.7	
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	15	83.3	16	88.9	0.710
Geniş Aile	3	16.7	2	11.1	
Evde yaşayan birey sayısı					
4 ve altı	5	27.7	10	55.6	0.304
5-7	10	55.6	6	33.3	
8 ve üzeri	3	16.7	2	11.1	
Hastanın Eğitim düzeyi					
Ortaokula devam ediyor	7	38.9	10	55.6	0.331
Liseye devam ediyor	11	61.1	8	44.4	
Ailenin Gelir düzeyi					
Oldukça yeterli	1	5.6	1	5.6	0.403
Yeterli	3	16.6	4	22.2	
Orta	9	50.0	11	61.1	
Yetersiz	5	27.8	2	11.1	
Tanı aldıktan sonra geçen süre					
1 yıl	5	27.8	5	27.8	0.138
2-4 yıl	5	27.8	9	50.0	
5 yıl ve üzeri	8	44.4	4	22.2	

* $p > 0,05$.

Araştırma ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikleri olan bağımsız değişkenler (cinsiyet, yaş, yerleşim yeri, aile tipi, evde yaşayan birey sayısı, eğitim düzeyi, ailenin gelir durumu ve tanı aldıktan sonra geçen süre) açısından istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

4.2. Araştırmanın Katılımcılarının Anne Ve Babalarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın katılımcılarının anne ve babalarına ait özellikler Tablo 4.2. de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Anneler ve Babalara Ait Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı.

Özellikler (N=36)	Deney Grubu (n=18)		Kontrol Grubu (n=18)		P*
	n	%	n	%	
Annenin yaşı					
35 ve altı	8	44,4	6	33,3	0.512
36-39	4	22,2	5	27,8	
40 ve üzeri	8	44,4	7	38,9	
Babanın yaşı					
35 ve altı	4	22,2	2	11,1	0.789
36-39	4	22,2	7	38,9	
40 ve üzeri	10	55,6	9	50,0	
Annenin eğitimi					
İlkokul	13	72,3	7	38,9	0.204
Ortaokul	3	16,7	4	22,2	
Lise	2	11,0	5	27,9	
Yüksekokul	0	0,0	2	11,0	
Babanın eğitimi					
İlkokul	9	50,0	3	16,6	0.401
Ortaokul	5	27,8	5	27,9	
Lise	4	22,2	6	33,3	
Yüksekokul	0	0,0	4	22,2	

* $p>0,05$

Araştırma ve kontrol gruplarının anne-babalarına ait tanıtıcı özellikleri olan bağımsız değişkenler (anne yaşı, baba yaşı, annenin eğitimi, babanın eğitimi) açısından istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

4.3. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Adölesanların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Gruplarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.'de araştırma ve kontrol grubunda bulunan çölyak hastalığına sahip adölesanların yaşam kalitesi ölçeği ve ölçeğin alt gruplarına göre puanlarının karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 4.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön-Test ve Son-Test Dağılımının Araştırma ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı.

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Ölçüm Zamanı	Araştırma Grubu (n:18) Ort \pm S. Sapma	Kontrol Grubu (n:18) Ort \pm S. Sapma	Test İstatistiği
Fiziksel Sağlık (Alt Boyut)	Ön Test	75,00 \pm 14,85	62,85 \pm 16,32	p=0,026* t=2,336
	Son Test	87,67 \pm 9,06	61,11 \pm 14,43	p<0,001* t=6,614
	Test İstatistiği	p<0,001** t=-6,925	p=0,066 t=1,966	
Psikosozyal Sağlık (Alt Boyut)	Ön Test	78,89 \pm 11,99	72,13 \pm 10,33	p=0,079 t=1,812
	Son Test	89,54 \pm 6,51	70,83 \pm 10,44	p<0,001* t=6,451
	Test İstatistiği	p<0,001** t=-5,209	p=0,015** t=2,715	
Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı	Ön Test	77,54 \pm 11,56	68,90 \pm 10,39	p=0,024* t=2,357
	Son Test	88,89 \pm 6,75	67,45 \pm 9,61	p<0,001*** Z=-4,734
	Test İstatistiği	p<0,001**** Z=-3,681	p=0,011 t=2,871	

* $p<0,05$

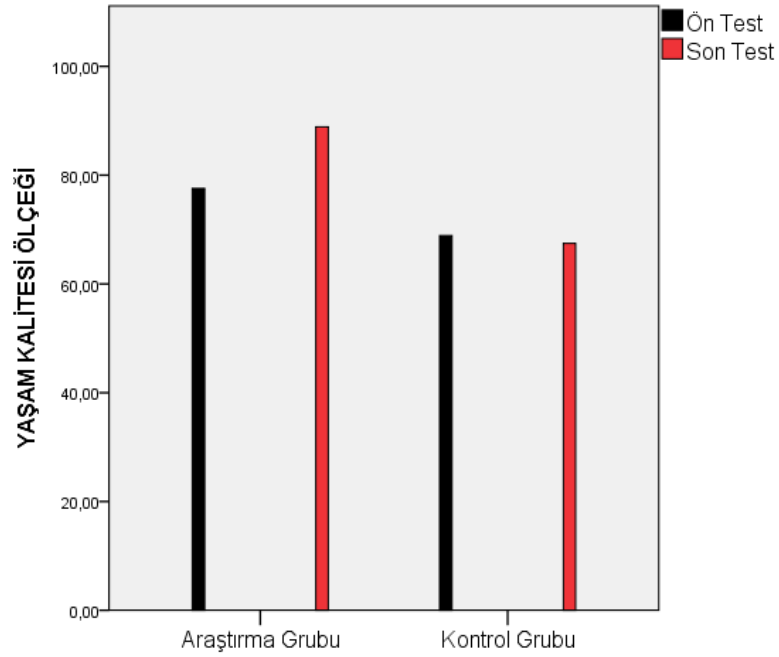
* "Independent Sample-t" test, ** "Paired Sample", *** "Mann-Whitney U", **** "Wilcoxon" test

Araştırma grubundaki adölesanların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyutu ön test puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. (t=2,336; p=0,026). Araştırma grubundaki adölesanların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyutu son test puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. (t=6,614; p<0,001). Araştırma grubunun kendi içinde fiziksel sağlık alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. (t=-6,925; p<0,001). Kontrol grubunun kendi içinde fiziksel sağlık alt boyutu ön test/son test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Araştırma ve kontrol grupları arasında adölesanların yaşam kalitesi ölçeği psikososyal sağlık alt boyutu ön test puanları açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Araştırma grubundaki adölesanların yaşam kalitesi ölçeği psikososyal sağlık alt boyutu son test puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($t=6,451$; $p<0,001$). Araştırma grubunun kendi içinde psikososyal sağlık alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($t=-5,209$; $p<0,001$). Kontrol grubunun kendi içinde psikososyal sağlık alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. ($t=2,715$; $p=0,015$).

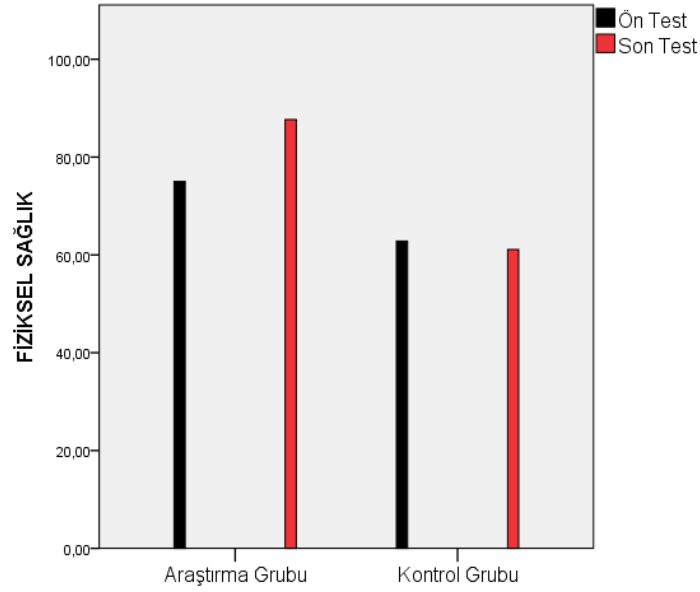
Araştırma grubundaki adölesanların ölçekten aldıkları toplam ön test puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($t=2,357$; $p=0,024$). Araştırma grubundaki adölesanların ölçekten aldıkları toplam son test puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($Z=-4,734$; $p<0,001$). Araştırma grubunun kendi içinde yaşam kalitesi ölçeği toplam son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($Z=-3,681$; $p<0,001$). Kontrol grubunun kendi içinde toplam son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. ($t=2,871$; $p<0,001$).

Grafik 4.1.'de Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin araştırma ve kontrol gruplarının ön test ve son teste göre ortalama puanlarının değişimleri yer almaktadır.

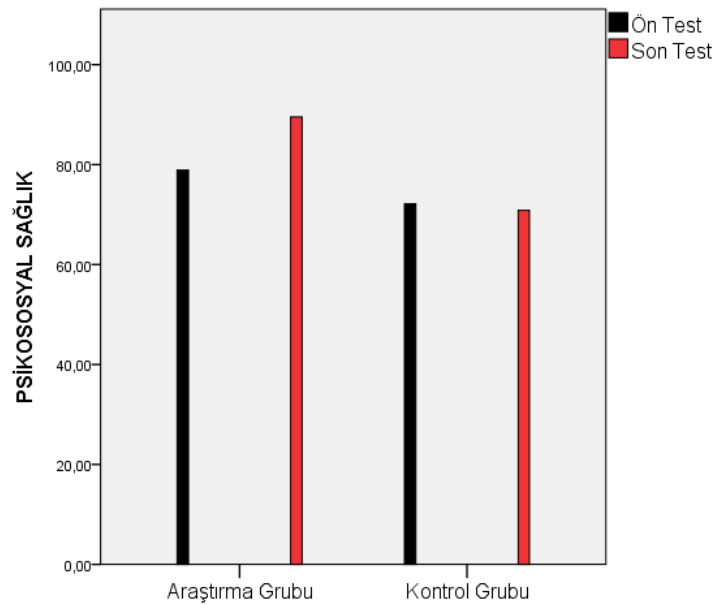


Grafik 4.1. Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi.

Grafik 4. 2.'de Fiziksel Sağlık, Grafik 4.3.'de Psikososyal Sağlık alt boyutlarının her iki grupta ön test ve son teste göre değişimleri yer almaktadır.



Grafik 4.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Sağlık alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi.



Grafik 4.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Psikososyal Sağlık alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi.

4.4. Akran İlişkileri Ölçeği ve Alt Gruplarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4.'de Adölesanların akran ilişkileri ölçeği ve ölçeğin alt gruplarına göre puanlarının karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 4.4. Akran İlişkileri Ölçeği Ön-test ve Son-test Değerlerinin Araştırma ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı.

Akran İlişkileri Ölçeği Alt Boyutları	Ölçüm Zamanı	Araştırma Grubu (n:18) Ort \pm S. Sapma	Kontrol Grubu (n:18) Ort \pm S. Sapma	Test İstatistiği
Birliktelik (Alt Boyut)	Ön Test	12,56 \pm 3,94	11,39 \pm 3,82	p=0,374 t=0,901
	Son Test	16,22 \pm 2,29	11,39 \pm 3,79	p<0,001* t=4,631
	Test İstatistiği	p<0,001** t=-6,061	p=1,000 t=0,000	
Çatışma (Alt Boyut)	Ön Test	16,11 \pm 3,68	14,61 \pm 2,66	p=0,067 Z=-1,831
	Son Test	17,61 \pm 2,40	14,22 \pm 2,71	p<0,001*** Z=-3,490
	Test İstatistiği	p=0,009**** Z=-2,601	p=0,149 t=1,511	
Yardım (Alt Boyut)	Ön Test	21,78 \pm 3,03	17,11 \pm 5,20	p=0,007*** Z=-2,704
	Son Test	23,17 \pm 1,79	16,44 \pm 5,10	p<0,001*** Z=-4,200
	Test İstatistiği	p=0,018**** Z=-2,361	p=0,035** t=2,287	
Koruma (Alt Boyut)	Ön Test	14,89 \pm 4,11	12,44 \pm 3,17	p=0,051 Z=-1,954
	Son Test	17,56 \pm 2,31	12,83 \pm 2,57	p<0,001*** Z=-4,110
	Test İstatistiği	p=0,001**** Z=-3,217	p=0,100 Z=-1,645	
Yakınlık (Alt Boyut)	Ön Test	21,77 \pm 3,59	19,67 \pm 4,96	p=0,232 Z=-1,195
	Son Test	23,39 \pm 1,58	19,44 \pm 4,62	p=0,004*** Z=-2,881
	Test İstatistiği	p=0,018**** Z=-2,373	p=0,811 Z=-0,239	
Ölçek Toplam Puanı	Ön Test	87,06 \pm 13,26	75,22 \pm 14,11	p=0,014* t=2,593
	Son Test	97,94 \pm 7,15	74,33 \pm 12,79	p=0,000* t=6,837
	Test İstatistiği	p<0,001** t=-5,781	p=0,206 t=1,315	

p<0,05

*"Independent Sample-t", ** "Paired Sample" test, ***"Mann-Whitney U" test, **** "Wilcoxon" test

Araştırma ve kontrol grupları arasında akran ilişkileri ölçeği birliktelik alt boyutu ön test puanları açısından anlamlı bir farklılık yoktur. ($p>0,05$). Araştırma grubunda, akran ilişkileri ölçeği birliktelik alt boyutu son test puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($t=4,631$; $p<0,001$). Araştırma grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği birliktelik alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($t=-6,061$; $p<0,001$). Kontrol grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği birliktelik alt boyutu ön test ve son test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Araştırma ve kontrol grupları arasında akran ilişkileri ölçeği çatışma alt boyutu ön test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Araştırma grubundaki adölesanların akran ilişkileri ölçeği çatışma alt boyutu son test puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($Z=-3,490$; $p<0,001$). Araştırma grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği çatışma alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($Z=-2,601$; $p=0,009$). Kontrol grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği çatışma alt boyutu ön test ve son test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Araştırma grubundaki adölesanların akran ilişkileri ölçeği yardım alt boyutu ön test puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($Z=-2,704$; $p=0,007$). Araştırma grubunda akran ilişkileri ölçeği yardım alt boyutu son test puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($Z=-4,200$; $p<0,001$). Araştırma grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği yardım alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($Z=-2,361$; $p=0,018$). Kontrol grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği yardım alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. ($t=2,287$; $p=0,035$).

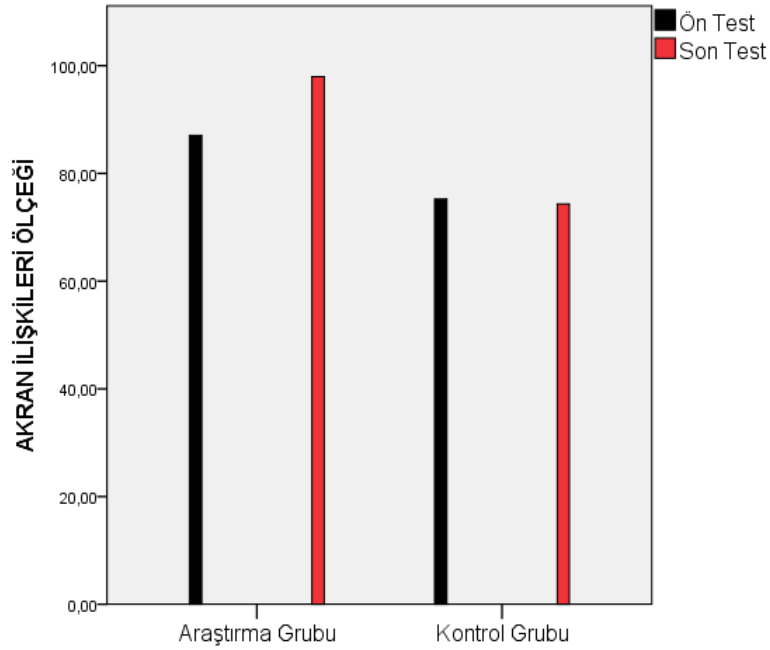
Araştırma ve kontrol grupları arasında akran ilişkileri ölçeği koruma alt boyutu ön test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Araştırma grubunda akran ilişkileri ölçeği koruma alt boyutu son test puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($Z=-4,110$; $p<0,001$). Araştırma grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği koruma alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($Z=-3,217$; $p=0,001$). Kontrol grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği koruma alt boyutu ön test ve son test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Araştırma ve kontrol grupları arasında akran ilişkileri ölçeği yakınlık alt boyutu ön test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Araştırma grubunda akran ilişkileri ölçeği yakınlık alt boyutu son test puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($Z=-2,881$; $p=0,004$). Araştırma grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği yakınlık alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($Z=-2,373$; $p=0,018$). Kontrol grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği yakınlık alt boyutu ön test ve son test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

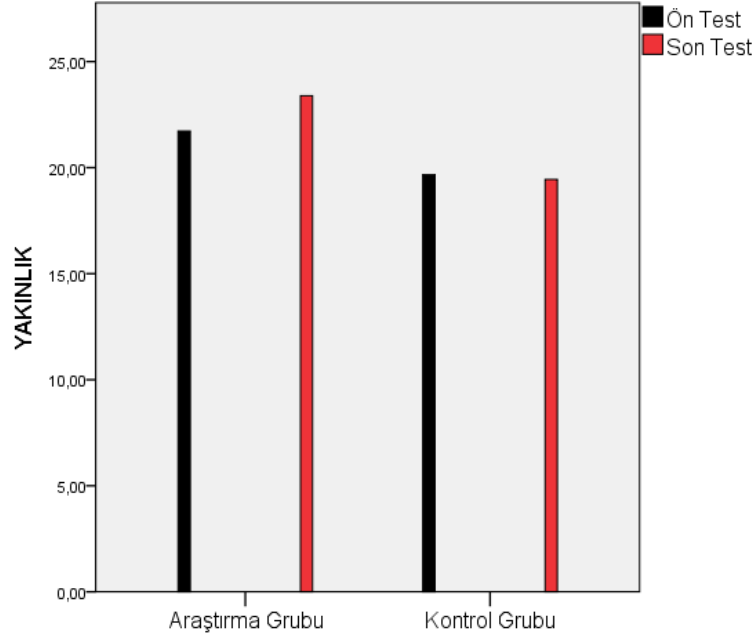
Araştırma grubundaki adölesanların akran ilişkileri ölçeği toplam ön test puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($t=2,593$; $p=0,014$). Araştırma grubunda akran ilişkileri ölçeği toplam son test puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($t=6,837$; $p<0,001$). Araştırma grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği toplam son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($t=-5,781$; $p<0,001$). Kontrol grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği toplam ön test ve son test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. ($p>0,05$).

Grafik 4.4.'de Akran İlişkileri Ölçeği ortalama puanlarının her iki grupta ön test ve son teste göre değişimleri yer almaktadır.

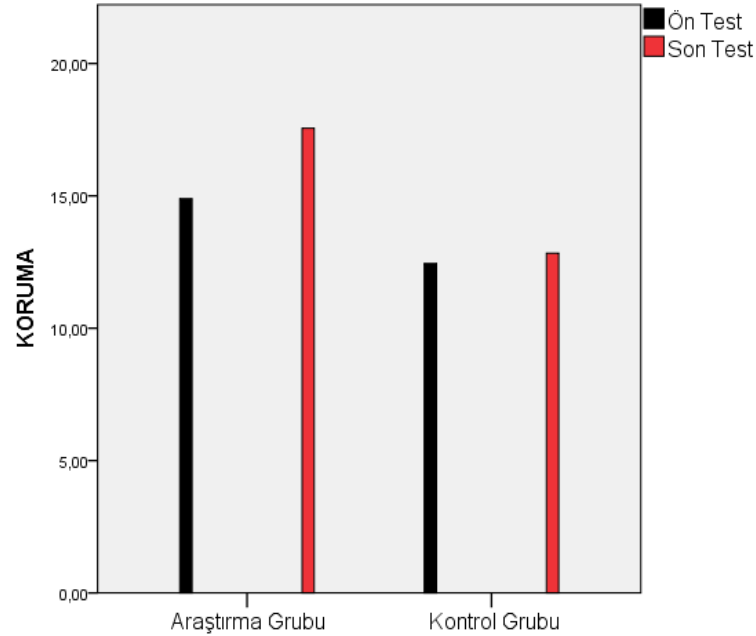


Grafik 4.4. Akran İlişkileri Ölçeği ortalama puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi.

Grafik 4.5.'de Akran İlişkileri Ölçeği Yakınlık alt boyutu, Grafik 4.6.'da Koruma alt boyutu puanlarının her iki grupta ön test ve son teste göre değişimleri yer almaktadır.

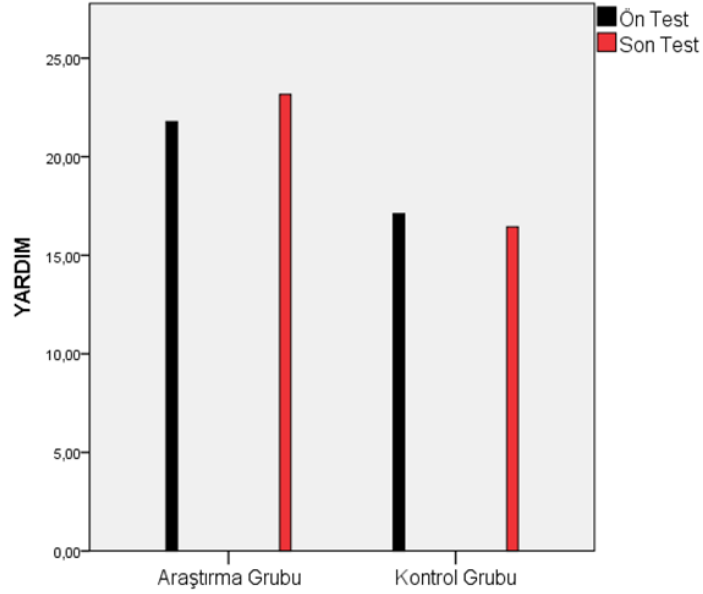


Grafik 4.5. Akran İlişkileri Ölçeği Yakınlık alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi.

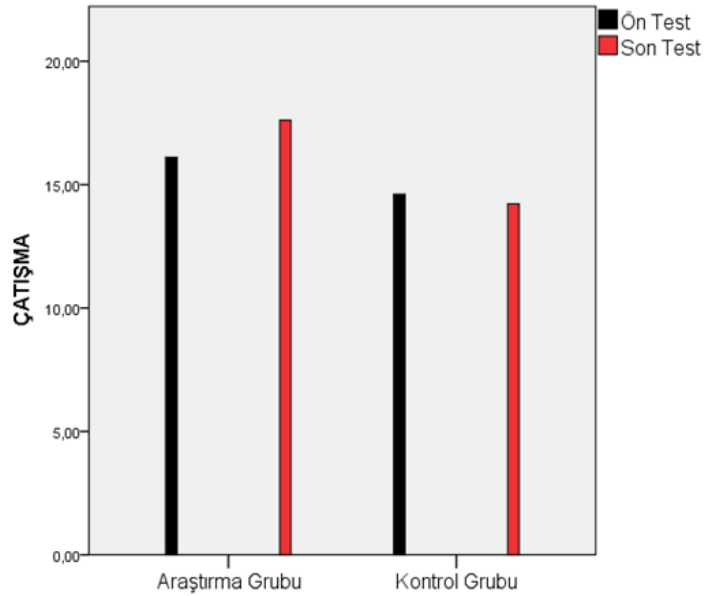


Grafik 4.6. Akran İlişkileri Ölçeği Koruma alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi.

Grafik 4.7.'de Akran İlişkileri Ölçeği Yardım alt boyutu, Grafik 4.8.'de Çatışma alt boyutu puanlarının her iki grupta ön test ve son teste göre değişimleri yer almaktadır.

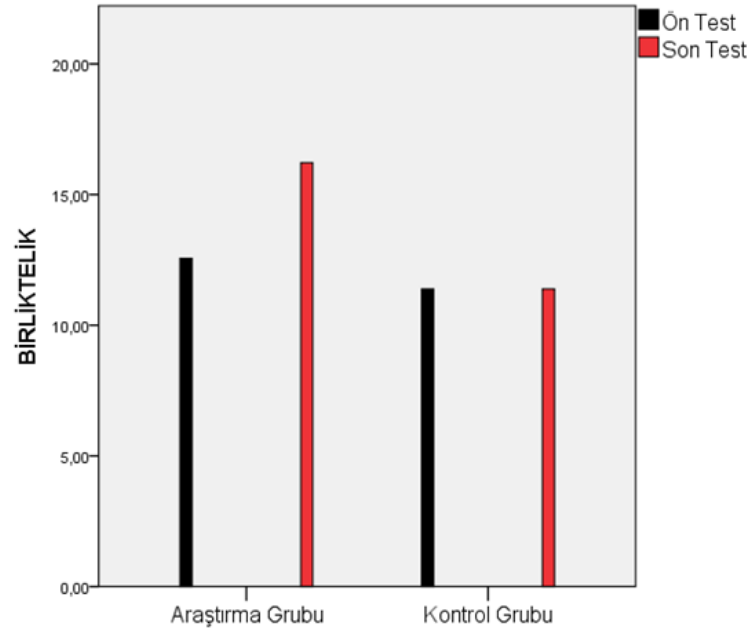


Grafik 4.7. Akran İlişkileri Ölçeği Yardım alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi.



Grafik 4.8. Akran İlişkileri Ölçeği Çatışma alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi.

Grafik 4.9.'da Birliktelik alt boyutu puanlarının her iki grupta ön test ve son teste göre değişimleri yer almaktadır.



Grafik 4.9. Akran İlişkileri Ölçeği Birliktelik alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi.

4.5. Başa Çıkma / Baş Etme Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.5.'de araştırma ve kontrol gruplarına göre başa çıkma ölçeği göre puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.5. Başa Çıkma Ölçeği Ön-Test ve Son- Test Değerlerinin Araştırma Ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı.

Baş Çıkma Ölçeği Alt Boyutları	Ölçüm Zamanı	Araştırma Grubu (n:18) Ort ±S. Sapma	Kontrol Grubu (n:18) Ort ±S. Sapma	Test İstatistiği
Aktif Baş Çıkma (Alt Boyut)	Ön Test	7,00±2,57	5,78±2,71	p=0,185 Z=-1,324
	Son Test	8,39±2,12	6,56±2,97	p=0,087 Z=-1,709
	Test İstatistiği	p=0,015** t=-2,712	p=0,041**** Z=-2,041	
Kaçıran Baş Çıkma (Alt Boyut)	Ön Test	4,72±1,93	5,17±1,54	p=0,451 t=-0,762
	Son Test	6,06±1,59	5,72±1,32	p=0,497 t=-0,679
	Test İstatistiği	p=0,024** t=-2,486	p=0,015**** Z=-2,428	
Olumsuz Baş Çıkma (Alt Boyut)	Ön Test	2,11±1,53	2,50±1,92	p=0,506 t=-0,673
	Son Test	1,28±1,74	2,39±1,41	p=0,008*** Z=-2,660
	Test İstatistiği	p=0,031**** Z=-2,156	p=0,749 t=0,325	

p<0,05

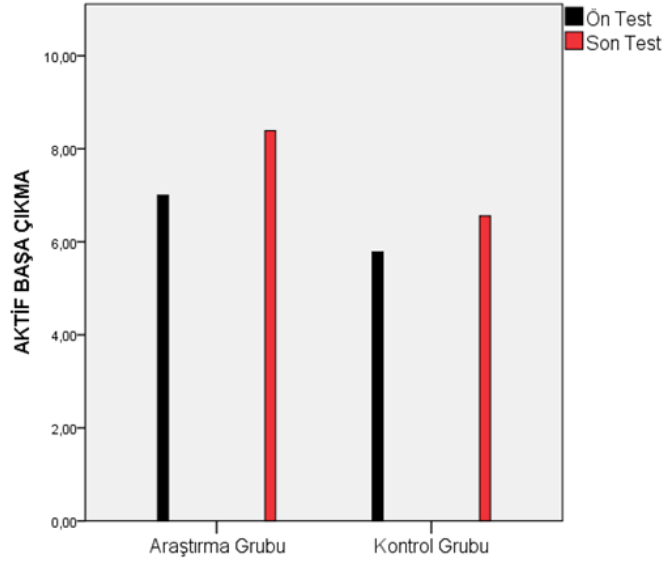
** "Paired Sample" test, *** "Mann-Whitney U" test, ****"Wilcoxon" test.

Araştırma ve kontrol grupları arasında başa çıkma ölçeğinin aktif başa çıkma alt boyutu ön test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Ölçeğin aktif başa çıkma alt boyutu son test puanları açısından araştırma ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Araştırma grubunun kendi içinde ölçeğin aktif başa çıkma alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($t=-2,712$; $p=0,015$). Kontrol grubunun kendi içinde ölçeğin aktif başa çıkma alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($Z=-2,041$; $p=0,041$).

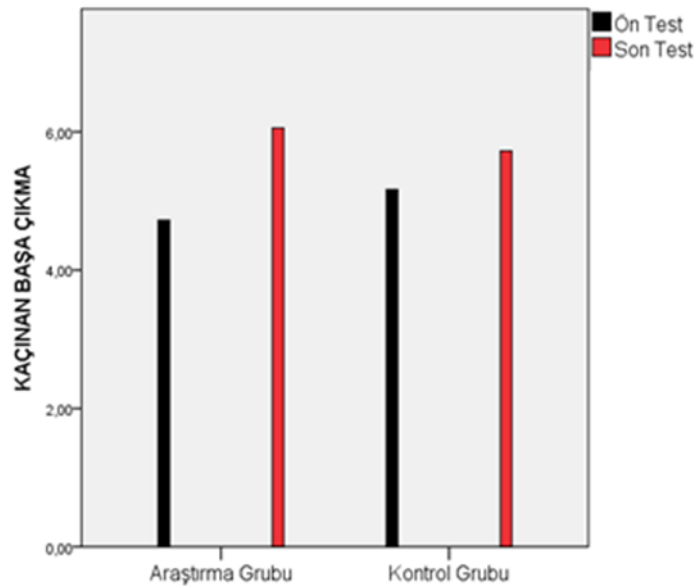
Araştırma ve kontrol grupları arasında ölçeğin kaçınan başa çıkma alt boyutu ön test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Ölçeğin kaçınan başa çıkma alt boyutu son test puanları açısından araştırma ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Araştırma grubunun kendi içinde ölçeğin kaçınan başa çıkma alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($t=-2,486$; $p=0,024$). Kontrol grubunun kendi içinde ölçeğin kaçınan başa çıkma alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. ($Z=-2,428$; $p=0,015$).

Araştırma ve kontrol grupları arasında ölçeğin olumsuz başa çıkma alt boyutu ön test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. ($p>0,05$). Araştırma grubunda ölçeğin olumsuz başa çıkma alt boyutu son test puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. ($Z=-2,660$; $p=0,008$). Araştırma grubunun kendi içinde ölçeğin olumsuz başa çıkma alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. ($Z=-2,156$; $p=0,031$). Kontrol grubunun kendi içinde ölçeğin olumsuz başa çıkma alt boyutu ön test ve son test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. ($p>0,05$).

Grafik 4.10.'da Başa Çıkma Ölçeği, Aktif Başa Çıkma alt boyutu, Grafik 4.11.'de Kaçınan Başa Çıkma alt boyutu puanlarının her iki grupta ön test ve son teste göre değişimleri yer almaktadır.

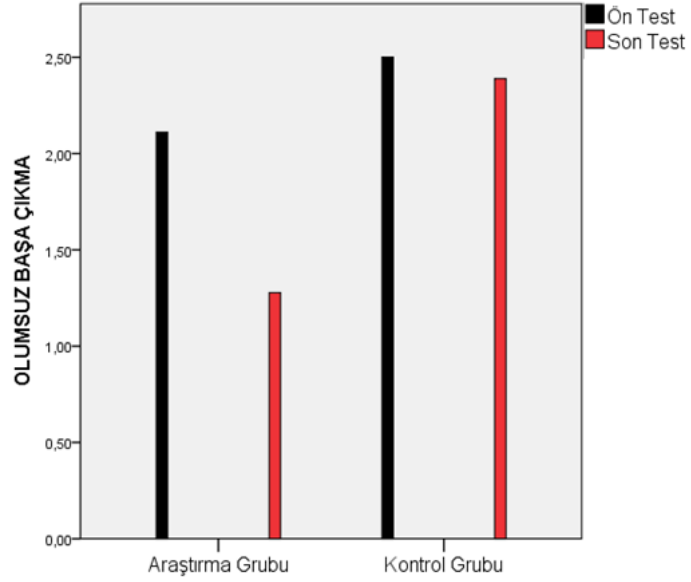


Grafik 4.10. Başa Çıkma Ölçeği Aktif Başa Çıkma alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi.



Grafik 4.11. Başa Çıkma Ölçeği Kaçınan Başa Çıkma alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi.

Grafik 4.12.'de Başa Çıkma Ölçeği, Olumsuz Başa Çıkma alt boyutu puanlarının her iki grupta ön test ve son teste göre değişimleri yer almaktadır.



Grafik 4.12. Başa Çıkma Ölçeği Olumsuz Başa Çıkma alt boyutu puanlarının araştırma ve kontrol gruplarında ön test ve son teste göre değişimi.

4.6. Araştırma Grubundaki Adölesanların Son Test Ölçek Puanları Arasındaki İlişisine Yönelik Bulgular

Tablo 4.6.'da Araştırma grubunda bulunan adölesanların akran etkileşimli grup desteği sonrası çölyak hastalığına sahip adölesanların tüm ölçek (Yaşam Kalitesi Ölçeği, Akran İlişkileri Ölçeği, Başa çıkma Ölçeği) son test puanlarının korelasyonları yer almaktadır.

Tablo 4.6. Araştırma grubundaki adölesanların son test ölçek puanlarına ilişkin korelasyonlar.

Korelasyon (N=18)	Test İstatistiği	Yaşam Kalitesi Ölçeği	Akran İlişkileri Ölçeği	Aktif Başa Çıkma	Kaçınan Başa Çıkma	Olumsuz Başa Çıkma
Yaşam Kalitesi Ölçeği	r p*	1	0,242 0,333	0,424 0,079	0,245 0,327	-0,201 0,425
Akran İlişkileri Ölçeği	r p*		1	0,075 0,768	-0,200 0,427	0,017 0,947
Aktif Başa Çıkma	r p*			1	0,295 0,235	-0,437 0,070
Kaçınan Başa Çıkma	r p*				1	-0,252 0,313
Olumsuz Başa Çıkma	r p*					1

* $p < 0.05$ Pearson Korelasyon Testi

Tablo 4.6.'da son test ölçek puanlarına ilişkin korelasyonlar incelendiğinde, Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Akran İlişkileri Ölçeği son test puanları açısından bir ilişki bulunmamıştır. ($r=0,242$ $p=0,333$). Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Kaçınan Başa Çıkma alt boyutu son test puanları arasında korelasyon bulunmamıştır. ($r=0,245$ $p=0,327$). Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Olumsuz Başa Çıkma alt boyutu son test puanları arasında korelasyon bulunmamıştır. ($r=-0,201$ $p=0,425$).

Akran İlişkileri Ölçeği ile Aktif Başa Çıkma alt boyutu arasında bir korelasyon bulunmamıştır. ($r=0,075$ $p=0,768$). Akran İlişkileri Ölçeği ile Kaçınan Başa Çıkma alt

boyutu arasında bir korelasyon bulunmamıştır. ($r=-0,200$ $p=0,427$). Akran ilişkileri Ölçeği ile Olumsuz Başa Çıkma alt boyutu arasında bir korelasyon bulunmamıştır. ($r=0,017$ $p=0,947$).

Aktif Başa Çıkma alt boyutu ile Kaçınan Başa Çıkma alt boyutu arasında bir korelasyon bulunmamıştır. ($r=0,295$ $p=0,235$). Kaçınan Başa Çıkma alt boyutu ile Olumsuz Başa Çıkma alt boyutu arasında bir korelasyon bulunmamıştır. ($r=-0,252$ $p=0,313$).

Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Aktif Başa Çıkma alt boyutu arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,424$ $p=0,079$). Yaşam kalitesi ölçek puanı arttıkça, aktif başa çıkma alt boyutu ölçek puanında artma olacaktır.

Aktif Başa Çıkma alt boyutu ile Olumsuz Başa Çıkma alt boyutu arasında negatif yönde orta derecede bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=-0,437$ $p=0,070$). Aktif başa çıkma ölçek puanı arttıkça, olumsuz başa çıkma ölçek puanında azalma olacaktır.

Oturum sonuçları;

Altıncı oturum sonunda tüm adölesanlardan oturumlara ilişkin geri bildirim alınarak oluşturulan sonuçlar aşağıda listelenmiştir;

1. Adölesanlar, aralarında internet tabanlı grup mesaj programı oluşturmuşlardır.
2. Altı oturumluk yapılan destek programı için tüm katılımcılar, programın (oturumların) devam etmesini istemişlerdir.
3. Adölesanlar birbirleri ile iletişim bilgilerini paylaşmışlardır.
4. Çalışmaya katılan adölesanların büyük bir kısmı hastalıkla baş etmeye çalışan sadece kendilerinin olmadığını fark ettiklerini belirtmişlerdir. Yalnız olmadıklarının farkına vardıklarını belirtmişlerdir.
5. Adölesanlar oturumların yaşadıkları sıkıntıları paylaşmaları için bir olanak sağladığını ifade etmişlerdir.

6. Oturumlar esnasında birbirlerine önerilerde bulduklarını belirtmişlerdir.
7. Oturumlarda kendilerini daha rahat hissettiklerini ifade etmişlerdir.
8. Adölesanlar oturumlar esnasında farklı bilgiler öğrendiklerini ifade etmişlerdir.
9. Adölesanlar farklı bir çok arkadaşına sahip olduklarını belirtmişlerdir.
10. Adölesanların ortak düşüncesi oturumların devam etmesi yönünde olduğu için, bu oturumların ayda bir kez olmak üzere sürdürülmesine karar verilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada çölyak hastalığına sahip 13-18 yaş grubundaki adölesanlara yapılan akran etkileşimli grup desteğinin, adölesanların yaşam kaliteleri, akran etkileşimleri ve başa çıkma düzeylerine etkisi incelenmiştir. Bu bölümde araştırmaya ait bulgular sırası tartışılmıştır.

5.1. Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma ve kontrol grupları arasında yaşam kalitesi ölçeği son test toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. (Bkz. Tablo 4.3). Çalışmamızda araştırma grubu kendi içinde değerlendirildiğinde yaşam kalitesi son test puanları, ön test puanlarına göre yüksektir. ($Z=-3,681$; $p<0,001$). Sonuç olarak, uygulanan akran etkileşimli grup desteğinin araştırma grubundaki adölesanların yaşam kalitesi puanlarında artışa yol açtığı saptanmıştır. Bu sonuç H_1 hipotezini desteklemektedir.

Grey ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında 12-20 yaş arasında bulunan 43 tip 1 diyabetli adölesan, 21 deney, 22 kontrol grubunda olmak üzere rastgele atanmışlardır. Deney grubu ile baş-etme becerilerine ilişkin altı toplantı yapılmıştır. Toplantıların düzenlenmesinde hekim, hemşire, sertifikalı diyabet eğitimcileri, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanları yer almıştır. Düzenlenen toplantılarda, adölesanlara sorunlu olarak tanımlanan senaryolar verilerek, üzerinde tartışılması sağlanmıştır. Yaşam kalitesine ilişkin veriler başlangıçta, 3, 6 ve 12. Aylarda anket yöntemi ile elde edilmiştir. Yaşam kalitesindeki en büyük iyileşmenin ilk üç ayda meydana geldiği ve bunu takip eden dokuz ayda durumun korunduğu belirtilmektedir. Davranışsal müdahalenin, diyabetli bireylerde metabolik kontrolün ve yaşam kalitesinin artmasına neden olduğu görülmüştür (215). Snead ve arkadaşları (2004) tarafından, epilepsili 13-18 yaş grubundaki adölesanlar ile yapılan bir çalışmada, 6 haftalık yapılandırılmış psiko-eğitim müdahalesi düzenlenmiştir. Müdahalede epilepsinin tıbbi boyutları, sağlıklı davranış ve tutumlar, stres yönetimi, sosyal kaygılar, aile ve akranlar gibi konular işlenmiştir. Adölesanlarda genel olarak

yaşam kalitesinde iyileşme eğilimi olduğu belirtilmiştir (216). Jan ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında 6-12 yaş grubundaki 88 astımlı çocuk, 12 hafta boyunca devam eden, çevrimiçi kendi kendine astım yönetimi aşamalarını içeren bir program kullanmışlardır. Müdahale sonunda deney grubundaki çocukların, kontrol grubuna göre, öz-yönetim ile bilgi düzeyleri, yaşam kalitesi puanları artmıştır (47). Last ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında kronik hastalığı olan 8-10 yaş, 10-12 yaş ve 12-18 yaş arasında oluşturulan üç gruba, başa çıkma stratejilerinin etkin kullanımı öğretilerek çocukları güçlendirmek amaçlanmıştır. Toplam 109 çocuk ve adölesan müdahale kapsamına alınmış ve her yaş grubu için altı ayrı oturum düzenlenmiştir. Müdahalede, psikologlar tarafından olumlu düşünme, hastalık hakkında bilgi verme, gevşeme, sosyal yeterliliğin artırılması amaçlanmıştır. Müdahale sonunda çocuk ve adölesanlarda yaşam kalitesi puanlarında artış yaşanmıştır (217). Shaw ve McCabe'nin (2008) çalışmasında, tedavi sırasında kronik hastalığı olan adölesanları desteklemek için, akranlar arasında sosyal ilişkiler artırılmış ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik girişimler gerçekleştirilmiştir (103). Watson ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, astım tanılı çocuklar için eğitim toplantıları düzenlenmiştir. Üç-altı yaş grubunun bulunduğu toplantıya ebeveynler katılırken, 7-11 ve 12-16 yaş grubuna çocuklar dahil edilmiştir. Toplam dört haftalık eğitim programı haftada bir kez 1,5 saat sürecek biçimde hazırlanmıştır. Müdahale grubunda 201 katılımcı varken, kontrol grubunda 197 katılımcı dahil edilmiştir. Program astım yönetiminde deneyimli bir hemşire ve sertifikalı astım eğiticileri tarafından sürdürülmüştür. Çalışmanın sonunda yaşam kalitesi ölçeği puanları müdahale grubunda daha yüksek bulunmuştur (48). Bongiovanni ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu çalışmada 7-17 yaş grubunda ve çölyak tanısına sahip 104 çocuk ve adölesan glutensiz bir kampa dahil edilmiştir. Katılımcıların yaşam kalitesi skorlarında artış yaşanmıştır (179). Alsheyab ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmada, araştırma ve kontrol grubuna alınan astım tanısına sahip öğrenciler üzerinde bir müdahale çalışması gerçekleştirilmiştir. Sağlık çalışanları tarafından eğitilen akran liderleri, katılımcılara sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, öz-yeterlik, kendi-kendini yönetme bilgisi konularında destek olmuşlardır. Müdahale grubundaki öğrenciler, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde

linik olarak anlamlı iyileşmeler bildirmişlerdir (218). Cai ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada çocuk ve adölesanlar için öz-yönetim müdahalesi yapılmıştır. 8-16 yaş grupları arasında, en az altı aylık tip 1 diyabet tanısı olan 11 çocuk ve aileden oluşan bir grup seçilmiştir. Müdahale sonunda çocukların yaşam kalitesi skorlarında artış gözlenmiştir (49). Scheel ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada romatizmal kalp hastası olan 6-15 yaş grubundaki çocuklar için destek grupları oluşturulmuştur. İkişer saatlik altı oturum düzenlenmiştir. Oturumlarda, bilgi yarışması, grup tartışması, hastalık bilgisi gibi konulara yer verilmiştir. Bu müdahaleler romatizmal kalp hastalığı olan çocuklarda düşük yaşam kalitesi ölçeği puanını yükseltmiştir (46).

Adölesan dönemde akranlarla etkileşimler çocuğun hayatında önemli rol oynamaya başlamaktadır (59). Bu dönemde, akranları ile daha çok birlikte zaman geçirilen adölesanların, sosyal, zihinsel ve benlik gelişimi de, akran ilişkileri sayesinde hızlanmaktadır (83). Adölesanlar akran ilişkileri ile, sosyal ortamlarda deneyimlerini paylaşarak özgüvenlerini artırmaktadırlar (84). Sağlıklı ve olumlu yönde ilerleyen arkadaşlık ilişkileri psikolojik olarak sağlığı koruyucu etkiye sahiptir (96). Bu dönemdeki akran desteği, duyguların ifade edilmesinde etkilidir (83).

Bu dönemde yaşanan negatif ilişkiler, kendini gerçekleştirmede zayıflık, mutsuzluk ve kaygının varlığı yaşam kalitesini azaltabilmektedir (214). Adölesan dönemde en az bir arkadaşına sahip olmanın sosyal davranışları ve olumlu uyumu desteklediği ve mutluluk düzeyinde artışa neden olduğu bildirilmektedir (219,220).

Farklı çalışmalarda, kronik hastalığı olan adölesanlara akran liderliği yapılarak yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmıştır (102, 104-108). Ayrıca akran liderliğine yönelik yapılan çalışmalarda, grup liderliğinin adölesanların olumsuz duygu ve sorunlarla baş etmelerine yardımcı olduğu bulunmuştur (107, 108).

Yapılan çalışmalarda farklı kronik hastalığı olan çocuk ve adölesanlar için akran destek grupları oluşturulmuş ve katılımcıların yaşam kalitesi puanları incelenmiştir. Kronik hastalığa sahip çocukların yaşam kalitesi puanları oluşturulan

akran destek gruplarının etkisi ile normalleşmiş ya da artış göstermiştir. Ev dışında sosyal bir çevrede gerçekleşen bu yaşam kalitesinin tüm alt gruplarının puanlarında artış olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda adölesan dönemdeki akran ilişkilerinin öneminden yararlanılarak oluşturulan akran etkileşimli destek grubu müdahalesi ile çölyak hastalığı olan adölesanlar akranları ile buluşturularak, yaşam kalitesi puanlarında artış sağlanmıştır.

5.1.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel sağlık ve psikososyal sağlık şeklinde iki alt boyutu bulunmaktadır (206).

Fiziksel Sağlık

Çalışmaya katılan adölesanların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu olan fiziksel sağlık son test puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=6,614$; $p<0,001$). (Bkz. Tablo 4.3). Araştırma grubu kendi içinde değerlendirildiğinde, fiziksel sağlık alt boyutu, son test puanları, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($t=-6,925$; $p<0,001$). (Bkz. Tablo 4.3). Akran etkileşimli destek grubu müdahalesi sonrasında fiziksel sağlık puanlarında artış olmuştur. Bu bulgu H_1 hipotezini doğrulamaktadır.

Snead ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, epilepsi tanısı ile izlenen 13-18 yaş grubundaki adölesanlar ile yapılan 6 haftalık yapılandırılmış psiko-eğitim müdahalesi sonucunda yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu olan fiziksel sağlık puanında artış gözlenmiştir (216). Last ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında kronik hastalığı olan 8-18 yaş arasındaki bulunan çocuklara ve adölesanlara başa çıkma stratejilerinin etkin kullanımını öğreten müdahale programında katılımcılar kendi fiziksel görünümlerine ilişkin olumlu görüşler bildirmişlerdir. Çalışmanın sonucunda, katılımcıların fiziksel sağlık puanlarında artma saptanmıştır (217). Kalyvave arkadaşlarının çalışmasında (2011) Tip 1 diyabeti bulunan 5-18 yaş grubundaki çocuk ve adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel sağlık alt boyutu puanları kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur (219). Pinguart ve Teubert'in yapmış

olduğu meta-analizde (2012) kronik hastalığı olan çocukların akademik, fiziksel ve sosyal işleyişleri değerlendirilmiştir. Ebeveyn ve öğretmen raporlarına göre kronik hastalığı bulunan çocukların fiziksel sağlık düzeylerinin düşük olduğu savunulmuştur (100). Fiziksel sağlık, bireyin fiziksel olarak iyi olduklarını düşünmesi anlamına gelmektedir. Bu durumda kronik hastalığa sahip adölesanların fiziksel sağlıkları konusunda pozitif düşünmedikleri anlaşılmaktadır. Scheel ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, romatizmal kalp hastalığı bulunan çocuklara yapılan destek grubu müdahalesi ile katılımcıların, fiziksel sağlık, sosyal işlevsellik ve akademik işlevsellik puanlarında artış yaşanmıştır (46).

Adölesan dönem, kimlik gelişimi, fiziksel değişikliklere uyum sağlama, geleceğe yönelik planlar yapma ve bağımsızlığını kazanma gibi ögelerin ön planda olduğu bir dönemdir. Adölesan dönemde fiziksel görünüm ve işlevsellik çok önemlidir. Adölesanın hastalığı nedeniyle diğer akranları gibi olmadığını hissetmesi, kendine olan güven duygusunun kaybına ve aşığılık duygusuna neden olur. Hastalık nedeniyle fiziksel bozukluğun olması ve işlev kaybı özgüvenin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Adölesan dönemde hastalık ve hastaneye yatışa bağlı güvensizlik, yetersizlik, güçsüzlük duyguları, depresyon ve saldırgan davranışlar gelişebilmektedir (1). Fiziksel olarak memnun olma durumu, aile ve akran ilişkilerinin iyi olması ile ilişkilidir. Akranlardan gelen sosyal destek eksikliğinin, adölesanlarda fiziksel hoşnutsuzluk ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (220,221). Kronik hastalığı nedeniyle adölesan kendini çirkin ve değersiz hissederek, kendine olan saygısında düşme yaşayabilir. Bu nedenle akranları ile iletişim kurmaktan ve sosyal aktivitelerde bulunmaktan uzaklaşır. Bu nedenle, benzer hastalığı bulunan adölesanların, akranlarından oluşun destek gruplarının yararlı olacaktır (1).

Kronik hastalığı olan adölesanlara yapılan destek müdahaleleri sonrasında, onların fiziksel sağlık algılarında artma olduğu ya da fiziksel görünümüne ilişkin pozitif görüşler bildirdikleri görölmüştür. Çalışmamızın sonucuna göre çölyak tanısına sahip adölesanlar destek müdahalesi sonrasında, fiziksel görünümüne ilişkin pozitif düşünceye sahip olmuşlardır. Akran etkileşimli destek grubu

müdahalesinde, adölesanları akranları tarafından desteklenmesi ile fiziksel sağlık puanlarında artış yaşanmıştır. (Bkz. Tablo 4.3).

Psikososyal Sağlık

Çocukların bağımsızlık kazanıp, sorumluluk almaları ve adölesan döneme geçişte başarılı akran ilişkileri kurmaları yaşamsal önem taşımaktadır (1, 31). Akran desteği, benlik saygısı ve psikososyal iyilik için gerekli özellikler olan kabul edilme ve bir gruba ait olma duygusu oluşturmada çok önemlidir (1, 99). Akran grubu çok önemli bir sosyalleşme aracıdır. Adölesandaki bir gruba ait olma çabası, kendini değerlendirmesi ve davranışları açısından çok önemlidir. Adölesan, akran grubunun kabulünü kazanmak için, giyimini, saç modelini ve konuşma tarzını değiştirebilir. Eğer akran grubu kabul olmazsa, kendinde yetersizlik duygusu hissedebilir, saldırgan ve agresif davranışlar gösterebilir. Akran gruplarının olumsuz yönleri de vardır. Bu gruplara dahil olan adölesanlar, okul devamsızlığı ve depresyon eğilimi gösterebilirler (1).

Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından biri olan psikososyal sağlık puanı, duygusal, sosyal ve okul işlevselliği puanlarının toplamından elde edilmektedir (206). Müdahale öncesinde araştırma ve kontrol gruplarının psikososyal sağlık puanlarında bir farklılık bulunmamıştır. ($p>0,05$). (Bkz. Tablo 4.3). Akran etkileşimli grup desteğinden sonra araştırma grubu psikososyal sağlık puanları, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. ($t=6,451$; $p<0,001$). Araştırma grubunun müdahale sonrasındaki psikososyal sağlık puanları, müdahale öncesindeki puanlarına göre daha yüksektir. ($t=-5,209$; $p<0,001$). Kontrol grubunun ise son test puanları, ön test puanlarına göre daha düşüktür ($t=2,715$; $p=0,015$). (Bkz. Tablo 4.3). Bu bulgu H_1 hipotezini doğrulamaktadır. Çölyak hastalığı olan adölesanların akran etkileşimli destek grubu müdahalesi sonrasında yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu olan psikososyal sağlık puanları artmıştır. Sonuç, akran etkileşimli grup desteğinin çölyak hastalığı olan adölesanların sosyal, duygusal ve akademik işlevlerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Grey ve arkadaşlarının çalışmasında (2000), tip 1 diyabet tanısı ile izlenen 12-20 yaşları arasındaki 43 adölesana altı oturumluk baş etme becerilerine ilişkin toplantılar düzenlenmiştir. Ancak bizim çalışmamızdan farklı olarak müdahale sonucunda adölesanların psikososyal sağlık puanlarında değişme olmamıştır (215). Snead ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada, epilepsi tanısı olan 13-18 yaş grubundaki adölesanların altı haftalık psiko-eğitim müdahalesi sonucunda okul davranım puanlarında artış gözlenmiştir. Adölesanlar, grup oturumlarının çok yararlı olduğunu ifade etmişlerdir Akademik başarıdaki düzelme, psikososyal işlevler kapsamında değerlendirilmektedir. Akran etkileşimli grup desteğinin, psikososyal iyilik düzeyini artırdığı gözlenmektedir (216). Last ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, kronik hastalığı olan çocuklara başa çıkma stratejilerinin etkin kullanımına ilişkin grup müdahalesi yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda, çocukların davranışsal ve duygusal problemlerinde anlamlı bir azalma yaşandığı saptanmıştır (217). Piquart ve Teubert'in (2012) kronik hastalığı olan çocukların değerlendirdiği bir meta-analizde, onların akademik başarı, sosyal ilişkilerinin, sağlıklı çocuklara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu çocukların öğretmenleri de akademik başarılarının düşük olduğunu savunmuştur (100).

Akranların adölesan dönemde, özellikle destekleyici ilişkiler bağlamında, başkalarının bakış açısını benimseme ve uyum sağlama kapasiteleri daha fazladır. Kendilerini değerlendirmede, akran geri bildirimlerine daha çok güvenirler (59). Adölesanlar için akran grubu, bireyin gelişimi üzerine güçlü bir etkiye sahiptir. Bu dönemde birbirlerine benzemeye çalışırlar. Bu dönemdeki akran desteği benlik saygısında artma, kimlik gelişimine katkı yapmaktadır (222).

Kronik hastalığı olan adölesanlara yönelik yapılan akran etkileşimli grup müdahaleler ile bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar birbiri ile benzemektedir. Akran grup desteği sonrasında adölesanların psiko-sosyal iyilik hallerinde artış olmaktadır. Adölesanlar, akran etkileşimli destek grubuna dahil edildiğinde, akranları tarafından kabul edilme, benlik saygısında artma yaşamaktadırlar. Bu durum psiko-sosyal iyilik durumunu artırmaktadır.

5.2. Akran İlişkileri Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Akran ilişkileri ölçeği, çocuk ve adölesanların en iyi arkadaşları ile olan ilişkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin alt boyutları birliktelik, çatışma, yardım, koruma ve yakınlıktır (209).

Akran ilişkileri ölçeği içindeki *Birliktelik* boyutu bireyin akranı ile gönüllü olarak geçirdiği zamanın oranına “arkadaşım ve ben okuldan sonraları ve hafta sonları birbirimizin evine gideriz.”; *Çatışma* boyutu arkadaşlıklardaki anlaşmazlıkların sıklığına “arkadaşıma yapmamasını söylediğim hâlde beni kızdırabilir veya canımı sıkabilir.”; *Yardım* boyutu adaletsizliklere karşı diğerini savunma ve karşılıklı birbirlerine yardım etmeye “bir konuda başım sıkıştığında arkadaşım bana yardım eder.”; *Koruma* boyutu sorunların üstesinden birlikte gelmeyi ilişkin duydukları güvene “eğer arkadaşım ya da ben ikimizden birini rahatsız edecek bir şey yaparsak, bunun üstesinden kolayca gelebiliriz.” ve *Yakınlık* boyutu ise birbirine duygusal olarak bağlanmaya “eğer arkadaşım uzağa gitmek zorunda kalırsa onu özlerim.” işaret etmektedir (209).

Araştırma grubunun akran ilişkileri ölçeği toplam puanı kontrol grubuna göre ön test ve son testte yüksektir. ($t=2,593$; $p=0,014$). Akran etkileşimli grup desteği sonrasında araştırma grubunun kendi içinde son test puanları, ön teste göre daha yüksektir. ($t=-5,781$; $p<0,001$) (Bkz. Tablo 4.4). Akran etkileşimli grup desteği sağlanan, adölesanların akran ilişkilerinde iyileşme olduğu görülmüştür. Bu sonuç H_2 hipotezini desteklemektedir.

D’Auria ve arkadaşlarının çalışmasında (2000), kistik fibrozis tanılı 15 adölesanın katıldığı ve çocuk hemşireleri tarafından yönetilen görüşmeler düzenlenmiştir. Görüşmelerde hastalıkla ilgili deneyimler ve hastalıkla büyümeye ilişkin konular üzerinde durulmuştur. Görüşmeler sırasında hastalıklarını paylaşan başka kişilerle tanışmak, adölesanlara arkadaşlık ilişkilerini geliştirme fırsatı vermiştir (223). Snead ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, epilepsi tanılı ergenlerle gerçekleştirilen grup eğitiminde, epilepsinin tıbbi yönleri, sağlıklı yaşam tarzı

davranışlarının teşviki, akranlar ve aile ile pozitif ilişkilerin geliştirilmesi, başa çıkma, stres yönetimi ve beceri geliştirme konularında eğitim verilmiştir. Oturumlar grup tartışması şeklinde hekimler tarafından yönetilerek gerçekleştirilmiştir. Altı haftalık düzenlenen program haftada bir saatlik oturumlar şeklinde 13-18 yaş grubundaki ergenlerle yapılmıştır. Adölesanlar, grup ortamının kişisel deneyimlerin paylaşılması ve akran desteği için olumlu bir fırsat sunduğunu belirtmişlerdir (216). Watson ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında astım tanılı çocuklar için eğitim toplantıları düzenlenmiştir. Üç-altı yaş grubuna yönelik toplantıya ebeveynler katılırken, 7-11 ve 12-16 yaş grubuna çocuklar dahil edilmiştir. Toplam dört haftalık eğitim programı haftada bir kez 1,5 saat sürecek biçimde hazırlanmıştır. Müdahale grubunda 201 katılımcı varken, kontrol grubunda 197 katılımcı dahil edilmiştir. Program astım yönetiminde deneyimli bir hemşire ve sertifikalı astım eğiticileri tarafından sürdürülmüştür. Ebeveynler ve çocuklar müdahale sonrasında hastalıkla baş etmede daha az yalnız olduklarını bildirmişlerdir (48). Pulgaron ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında, astım tanılı adölesanlar için yapılan kamp müdahalesinde sosyal açıdan yetkinliklerinin arttığı belirlenmiştir (120). Letourneau ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, yapılan çevrimiçi akran desteği müdahalesine, 11-16 yaş grubundaki astım tanısına sahip 28 adölesan dahil edilmiştir. Çevrimiçi müdahale sırasında adölesanlar sohbet oturumlarına katılmışlardır. Çalışmada katılımcıların sosyal izolasyon ve yalnızlık duygularının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (122). Stewart ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında, astım tanısı olan 7-12 yaş grubundaki 27 adölesan ile yapılan çalışmada, çevrimiçi destek grubu oturumları düzenlenmiştir. Oturumlarda, hastalıkla başa çıkma, oyunlar, eğlence ve olumlu rol modelleri sunulmuştur. Oturumlar toplam sekiz hafta süre ile devam etmiştir. Destek müdahalesinin çocuğun izolasyonunu azaltabileceği, sonucuna varılmıştır (224). Lewis ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında kronik hastalığı olan adölesanların, akran destek programına katılımları sonucunda sosyal bağlantılarının genişlediği saptanmıştır (52). Scheel ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada ise, romatizmal kalp hastası olan çocuklar için destek grupları oluşturulmuştur. Müdahale sonrası çocuklarda bilgi düzeyinde ve arkadaş ilişkileri puanlarında artış

olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucunda destek gruplarının sosyal bağlantıyı artırdığı belirlenmiştir (46).

Çocukluk dönemindeki farklı kronik hastalıklar üzerinde yapılan akran grubu ve destek müdahalelerinin akran ilişkilerini olumlu etkilediği, sosyal yalnızlığı azalttığı görülmüştür. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi akran grubunu bir araya getirerek yapılan destek grubu müdahalesinde akran ilişkileri olumlu etkilenmektedir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde, farklı kronik hastalığı olan adölesanlar ile yapılan akran destek grubu müdahalelerinde akran ilişkilerinin olumlu etkilendiği görülmektedir.

Araştırma ve kontrol gruplarında akran ilişkileri ölçeği birliktelik alt boyutu ön test puanları açısından bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Araştırma grubundaki adölesanların akran ilişkileri ölçeği birliktelik alt boyutu son test puanları kontrol grubuna göre yüksektir ($t=4,631$; $p<0,001$). (Bkz. Tablo 4.4). Araştırma grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği son test puanları, ön test puanlarına göre yüksektir ($t=-6,061$; $p<0,001$). Bu bulgu gruba ait olma, bireysel kimlik gelişimi, farklı olma duygusunu azaltma açısından önemlidir. Benzer kronik hastalığa sahip adölesanlar, akranları ile farklı baş etme stratejilerini paylaşarak yaşadıkları kaygıyı azaltma ve duygusal rahatlama yaşarlar. Akranları ile birlikte vakit geçirme durumu, adölesanların hastalığa uyumlarını artırır, psikososyal ve bireysel kimlik gelişimini destekler (1). Akranlar adölesan dönemdeki bireyler için çok önemlidir. Bu dönemde daha fazla özerkliğe sahip olmak isterler. Bu dönemde ebeveyn ile geçirilen zaman, akranları ile geçirdiği zamandan az olabilmektedir. Olumlu akran ilişkileri, adölesanlarda kaygı, yalnızlık ve aşağılık duygularını azaltabilmektedir (83). Çalışmamız, akran etkileşimli grup müdahalesi sonrasında araştırma grubundaki adölesanların akranları ile ilişkilerinin olumlu etkilendiğini göstermektedir.

Araştırma grubundaki adölesanların akran ilişkileri ölçeği çatışma alt boyutu son test puanları kontrol grubuna göre yüksektir ($Z=-3,490$; $p<0,001$). (Bkz. Tablo 4.4). Araştırma grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği çatışma alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre yüksektir ($Z=-2,601$; $p=0,009$). Akran ilişkileri

ölçeğine göre tüm alt boyut ve ölçek puanlarının artışı olumlu akran ilişkileri ile ilişkilendirilmiştir (208, 209). Rabaglietti ve Ciairano'nun (2008) 622 adölesan ile yaptıkları çalışmada, arkadaşlarla çatışma, genç grupta olumlu yönde akran ilişkisi olarak yorumlanmıştır. Bu çalışmada, erkek adölesanlarda, çatışmalardaki sayının artışı ile her iki tarafın da dostluklarını sürdürmek için kişisel çıkarlarından vazgeçmeye istekli oldukları, arkadaşlıklarının daha derinleştiği ve gerçek dostlukların oluştuğu şeklinde yorumlanmıştır (225). Bu duruma göre akran desteği müdahalesi sonrasında çölyak tanısına sahip adölesanlar arasında akran ilişkileri olumlu yönde gelişmiştir. Çalışmamızda, akran ilişkileri ölçeği çatışma alt boyut puanının artması, adölesanların akranları ile aralarındaki anlaşmazlıkların da artışı, diğer bir deyişle akran ilişkilerindeki artışı göstermektedir.

Çatışma alt boyutu arkadaşlıklardaki anlaşmazlıkların sıklığına “arkadaşıma yapmamasını söylediğim hâlde beni kızdırabilir veya canımı sıkabilir.” şeklinde açıklanmaktadır. Kullanılan akran ilişkileri ölçeğinin yorumlanmasında “çatışma” alt boyutu puanlamasındaki artış, olumlu akran ilişkileri ile ilişkilendirilmiştir (209). Bu durum akran etkileşimli destek grubu müdahalesi sonrasında, çölyak hastalığı olan adölesanların, akranları ile aralarında anlaşmazlıklar artmıştır ve bu durum akran ilişkilerinin geliştiğini ifade etmektedir.

Araştırma grubundaki adölesanların akran ilişkileri ölçeği yardım alt boyutu son test puanları, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. ($Z=-4,200$; $p<0,001$). Araştırma grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği yardım alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre yüksek bulunmuştur. ($Z=-2,361$; $p=0,018$). Kontrol grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği yardım alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre düşüktür ($t=2,287$; $p=0,035$). Akran ilişkileri ölçeği yardım alt boyutu akranlar arasındaki yardımlaşmanın artışı ile açıklanmaktadır. Araştırma grubundaki adölesanların, kontrol grubuna göre daha fazla yardımlaştığı görülmektedir. Arkadaş desteğinin olması adölesanın, kendini yeterli ve başarılı hissetmesine, yeteneklerini geliştirmesine ve etkili baş etme yöntemlerini kullanmasına olanak sağlamaktadır (58). Benzer sorunu olan akranların bir arada

olması, sorunları tartışmasına ve yaşadıkları sorunlar ile yeni baş etme yöntemlerini birbirlerinden öğrenmelerine yardımcı olabilmektedir (59). Akran etkileşimli grup desteği sonrasında araştırma grubunun hem kontrol grubuna göre hem de kendi içinde akranları arasındaki yardımlaşmanın arttığı anlaşılmaktadır. Akranlardan tarafından sağlanan yardım, kronik hastalığa sahip olan adölesanların problemlerini paylaşmaları ve birbirlerine yardımcı olmaları açısından önem taşımaktadır.

Araştırma grubundaki adölesanların akran ilişkileri ölçeği koruma alt boyutu son test puanları, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur ($Z=-4,110$; $p<0,001$). Araştırma grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği koruma alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre yüksektir ($Z=-3,217$; $p=0,001$). (Bkz. Tablo 4.4). Yapılan destek müdahalesi sonrasında araştırma grubundaki adölesanların, akranları arasında sorunların üstesinden birlikte gelme konusunda duydukları güvenin arttığı görülmektedir. Adölesan dönemde, bireyin kurduğu yakın arkadaşlıklar, onun kendini bir gruba ait hissetmesine neden olur. Sosyal bağları ve sosyal etkileşimleri artıran, olumsuz duygulanımlara karşı koruyucu etki yapan akran ilişkileri, kimlik gelişiminin desteklenmesine ve bireyin sağlıklı ilişkiler kurmasını sağlar (209). Bu dönemde akranlara olan yönelimin artması ile, adölesanlar okulda ya da okul dışında zamanını genellikle akranlarıyla geçirmekte; onlarla birlikte hareket etme ve ortak davranışlarda bulunma eğilimi göstermektedirler (226).

Kronik hastalığı bulunan adölesanlar için yapılandırılan destek grupları, bireylerin benzer sorunları paylaşıp, karşılıklı yardım sağlayacakları oluşumlardır. Bu gruplar, ortak bir problemi çözmeye, adölesanlara duygusal destek vererek, akran etkileşimi ile güvenli bir ortamın oluşmasını sağlamaktadır (115,116). Sonuç olarak, akran etkileşimli destek grupları, adölesanların sorunlarının çözümünde birlikte hareket etmelerini sağlamaktadır. Çalışmamızda, çölyak hastalığı olan adölesanlara akran etkileşimli destek grubu kurularak, sorunları için çözüm üretmede paylaşımında bulunmaları ve birlikte hareket etmeleri sağlanmıştır.

Araştırma grubundaki adölesanların akran ilişkileri ölçeği yakınlık alt boyutu son test puanları, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur ($Z=-2,881$; $p=0,004$).

Araştırma grubunun kendi içinde akran ilişkileri ölçeği yakınlık alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre yüksektir ($Z=-2,373$; $p=0,018$). (Bkz. Tablo 4.4) Yapılan destek müdahalesi sonrasında araştırma grubundaki adölesanların duygusal olarak birbirlerine bağlanma durumlarının arttığı gözlenmektedir. Bu dönemdeki birey, büyüdüğünü ispat etme, tek başına karar alıp-verme, çevresindeki akranlarıyla vakit geçirme, paylaşımda bulunma, bir gruba ait olma gibi kendisi için önemli davranış örüntüleri göstermektedir (227). Kişi, adölesan dönemde, sosyal yaşamında akranlarına daha fazla değer ve önem vermektedir. Zamanının büyük bölümünü onlarla geçirmek istemektedir. Akranlarının fikirlerini ve yönlendirmelerini daha çok önemsemektedir (228). Adölesan dönemde yakınlık yada bağlanma davranışı, fiziksel yakınlık aramaktan çok ihtiyaç duyulduğunda bağlanılan kişiyle, duyguları, kaygıları ve korkuları paylaşmak biçiminde ortaya çıkmaktadır (229). Çalışmamızda, araştırma grubunda yakınlık alt boyutunun artışı, yapılan akran etkileşimli destek müdahalesi sonrasında, adölesanların akran grubu içerisinde duygularını, kaygılarını ve korkularını paylaşabileceği kişilerin varlığını göstermektedir.

5.3. Başa Çıkma /Baş Etme Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3.1. Aktif Başa Çıkma

Aktif başa çıkma, sağlık sorunları ve stres karşısında dayanıklılığın hayati bir bileşeni ve stresli olaylarla baş etmenin etkili bir yoludur (230). Luyckx ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında tip 1 diyabetli adölesanlar arasında aktif başa çıkma stratejisini kullananların daha iyi glisemik indekse sahip olduğu bildirilmiştir (231). Aktif başa çıkma yaklaşımı, yapıcı ve işlevsel başa çıkma becerisi olarak nitelendirilmektedir (232). İçerisinde sorunlara pozitif yönelimle birlikte problemin tanımlanması, alternatif çözüm seçeneklerinin oluşturulması, karar verme ve değerlendirme süreçlerini içermektedir (233). Bireylerin yaşadıkları sorunu kendilerinin gelişimi için fırsat olarak gördükleri, sorunu çözebileceklerine inandıkları, başarılı sorun çözmenin zaman ve çaba gerektirdiğine inandıkları ifade edilmektedir (234). Aktif başa çıkma stratejisine sahip olan bireylerin ortak özellikleri, yaşadıkları sorunların olumlu taraflarını görerek, olası alternatif çözümler

üretmek ve gerekirse bu konuda başkalarının yardımına başvurmaktır (235). Aktif başa çıkma stratejilerindeki amaç, bireylere yaşamında karşılaştığı sorunlara karşı olumlu bir bakış açısı ve yapıcı başa çıkma becerisi kazandırmaktır. Yaşanılan sorunlar karşısında gösterilen olumsuz düşüncelerin yerine alternatif düşüncenin oluşturulması ve güçlendirilmesi bireylerde olumlu değişikliklerin ve olumlu duyguların yaşanmasına katkı sağlamaktadır (233).

Aktif başa çıkma, bilişsel yeniden yapılandırma, problem çözme, duygu düzenleme ve sosyal desteği içeren bir stratejidir (212). Bilişsel yeniden yapılandırma süreci bir durumda, hissettiklerimizin, düşüncelerimizle alakalı olduğunun farkına varmak demektir. Duygu düzenleme ise, yeni bir duygusal tepkinin başlaması anlamına gelmektedir. Diğer ifadeyle istenmeyen duyguları uyandıracak durumlara maruz kalmayı sınırlama ve istenen durumları uyandıran durumlara maruz kalmayı arttırma durumudur (236). Sosyal destek kavramı, bireyin çevresindeki, sosyal, psikolojik ya da ekonomik olarak her türlü yardımı belirtmektedir. Problem çözme stratejisi, sorunu çözmeye yönelik kontrolü ele alma çabasıdır (232). Başa çıkma davranışı, adölesanın yaşamını dengeleme ve kullandığı psikososyal becerilerin önemli bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (237).

Çalışmamızda, kontrol grubundaki adölesanların aktif başa çıkma son test puanları, ön test puanlarına göre yüksektir ($Z=-2,041$; $p=0,041$). (Bkz Tablo 4.5). Çalışmamızdaki, kontrol grubundaki aktif başa çıkma puanının artışının, gruba seçilen katılımcıların özelliklerine bağlı olduğu düşünülmektedir. Kontrol grubunda son test uygulamasından sonra aktif başa çıkma puanındaki artışın, olumlu akran ilişkilerine sahip olduklarını düşündürmektedir. Akran etkileşimli grup desteği olmaksızın, zaman içindeki kontrol grubundaki aktif başa çıkma davranışındaki bu artış, adölesan döneme bağlı olarak, bireyin yaşamındaki dengenin sağlanmasında psiko-sosyal becerilerinin gelişmesinden kaynaklanabilir.

Araştırma grubundaki adölesanların da kendi içinde aktif başa çıkma ölçeği son test puanları, ön test puanlarına göre yüksektir. ($t=-2,712$; $p=0,015$). (Bkz Tablo 4.5). Yapılan akran etkileşimli grup desteği sonrasında araştırma grubunun başa

çıkma ölçeği aktif başa çıkma alt boyutu puanında artış gerçekleşmiştir. Bu bulgu H_{3a} hipotezini doğrulamaktadır.

Last ve arkadaşları (2007), 8-18 yaşları arasında kronik hastalığı olan çocukları ve adölesanları üç gruba ayırmıştır. Toplam altı oturumun yapıldığı müdahale çalışmasına 116 çocuk ve adölesan katılmıştır. Müdahalede, olumlu düşünme, hastalık hakkında bilgi verme, sosyal yeterliliğin artması ve gevşeme çalışmaları yapılmıştır. Diğer hastalar ile, deneyimlerin paylaşılması duygusal sıkıntıların azalmasına neden olmuştur. Çalışmanın sonucunda bilgi arama, sosyal yeterlilik, pozitif düşünme, sosyal işlevsellikteki gelişme stratejilerini içeren aktif baş etmenin daha fazla kullanıldığı belirtilmiştir (217). Markowitz ve Laffel'in (2012) çalışmasında, tip 1 diyabetli 18-30 yaşları arasında bulunan genç erişkinler, 5 ay boyunca ayda bir kez olmak üzere destek grubu müdahalesine katılmışlardır. Oturumlar, hekimler, hemşireler, sertifikalı hemşireler, diyetisyenler, fizyolog ve psikologlar tarafından sürdürülmüştür. Katılımcılar müdahale sonrasında, günlük hayatta diyabeti yönetirken yaşadıkları deneyimleri, insülin ve sağlıklı beslenmeye ilişkin sorunlarla, kolaylıkla başa çıktıklarını ifade etmişlerdir (124). Kulari'nin çalışmasında (2017) kronik hastalığı bulunan 12 çocuğa, 60 dakikalık yedi seanslık sanat terapisi verilmiştir. Çalışmada kronik hastalığın duygusal yüküne yanıt olarak problem çözme stratejisinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Portekiz'deki Santa Maria Hastanesi'nde gerçekleşen çalışmaya 7-18 yaşları arasındaki çocuklar katılmıştır. Müdahale sonrasında kronik hastalığa sahip çocukların aktif başa çıkma stratejilerinden problem çözmeyi daha fazla kullandıkları belirtilmiştir (238).

Grup müdahaleleri çeşitli pediatrik popülasyonlarda kullanılmıştır. Grup müdahalesinin odağı, duygusal destek, hastalığa ilişkin adaptasyon, fiziksel semptomların azaltılması üzerinedir. Grup müdahalelerinin etkinliği üzerine yapılan çalışmalar, özellikle başa çıkma becerilerinin oluşturulması ve semptomların azaltılması ve hastalıkla ilişkili sorun çözme hakkında bilginin geliştirilmesine ilişkin umut verici sonuçlar vermektedir (119,239). Çalışmamızda akran desteği müdahalesi sonrasında adölesanlar, aktif baş etme stratejileri olan bilişsel yeniden

yapılandırma, problem çözme, duygu düzenleme ve sosyal destek alma stratejilerini daha fazla kullanmışlardır. Çalışmamıza benzer yapılan destek grubu çalışmaları, kronik hastalığı bulunan adölesanlarda, hastalıkla baş etmede aktif başa çıkma stratejisinin daha fazla kullanılmasını sağlamaktadır.

5.3.2. Kaçınan Başa Çıkma

Kaçınan başa çıkma yaklaşımı, kişinin bir sorun hakkında düşünme biçimini değiştirmek için bilişsel stratejilerin kullanılmasını içerir. Ayrıca bir problemden kaçınmak veya duygularını ifade ederek gerginliği hafifletmek için davranış stratejilerinin kullanılması olarak tanımlanabilir. Bilişsel kaçınma (bir stresörden kaçınmak) veya duygusal akıntı (olumsuz duyguları ifade etmek), bireyin dikkatini stres faktöründen uzaklaştırdığı için kaçınan başa çıkma biçimleri olarak kabul edilir (240). Adölesanlar akranları ile, ailelerinden daha fazla zaman geçirmektedirler. Bu dönemde aile, okul ve özellikle akranları ile ilgili stres faktörleri ile baş ederken kaçınma stratejilerinden daha fazla yararlanmaktadırlar (241).

Kaçınan başa çıkma, dikkat dağıtma, sosyal uzaklaşma, arzu giderici düşünme stratejilerini içermektedir (214). Dikkat dağıtma durumun farklı yönlerine odaklanma olarak açıklanmaktadır (242). Sosyal uzaklaşma yaşayan adölesanların daha çok kaygı, düşük benlik saygısı, depresif belirtiler ve içselleştirici problemler yaşadıkları belirtilmektedir (243). Arzu giderici düşünme, bir durum olumsuz olarak değerlendirildiği için bu durumdan kaçınmaktır (244).

Kaçınma stratejileri bir stresörün varlığını yok sayma veya reddetme girişimlerini içerir. Kaçınma stratejileri, stres ile ilişkili kısa süreli sıkıntıları hafifletebilir. Bununla birlikte, bu tür stratejiler uzun vadede sıkıntı yoğunluğunu ve sıklığını artırmakta ve sorunlu davranışların gelişmesine yol açmaktadır (245). Gomez ve McLaren'in (2006) çalışmasında, algılanan yüksek ebeveyn desteğinin, kaçınan başa çıkmanın, kaygı ve depresyon üzerindeki etkisini azaltacağı bildirilmiştir (246). Kaçınma ile başa çıkma, doğrudan stresli olaylarla uğraşmayı reddetme, en aza indirme veya kaçınmaya yönelik bilişsel ve davranışsal çabaları

içerir. Ayrıca sıkıntı ve depresyon ile yakından ilişkilidir (247). Edgar ve Skinner'in çalışmasında (2003), tip 1 diyabetli adölesanlarda, hastalığın algılanan etkisinin, daha fazla depresif bulgu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (248). Tiggelman ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada, astımın algılanan etkisinin daha büyük duygusal problemlerle yani kaygı, depresyon, stres ilişkili olduğunu belirtilmiştir (249). Depresyon belirtileri gösteren adölesanlarda, kaçınan başa çıkma kullanımının daha fazla olduğu belirtilmektedir (250). Evans ve arkadaşları (2014), 7-17 yaş arasındaki çocuklar ve adölesanlarda kaçınan başa çıkma yaklaşımı içinde yer alan çekilmenin kullanılmasının, stres ve depresif belirtilerin varlığına işaret ettiğini belirtmiştir. Daha fazla sosyal uzaklaşma stratejisi kullanımını daha yüksek depresif belirtiler ile ilişkilendirilmiştir (251). Ayrıca, kaçınan başa çıkma stratejilerinin adölesan dönemde kullanımı, olumsuz olaylar ve kaygı belirtilerinin varlığını ifade etmektedir (230, 233).

Kronik sorunu olan adölesanlarda, hastalığın akut olarak algılanışının, aktif başa çıkma stratejilerinin kullanılmasına neden olduğu belirtilmiştir (252). Diğer bir çalışmada, bireylerin hastalıklarını kontrol edemediklerine inandıklarında, kaçınma ile çıkma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kaçınan başa çıkma davranışı, hastalıklarını daha ciddi algılayanlarda daha fazla kullanılmaktadır (253). Hastalıklarını daha ciddi algılayanlarda, inkar ve içe çekilme gibi kaçınan başa çıkma stratejilerinin daha fazla benimsendiği belirtilmiştir (254). Bu durumda hastalık algısının başa çıkma stratejilerinin belirlenmesinde önemli olduğu söylenebilir. Adölesan dönemde karşılaşılan stresli durumlarla baş etmede genellikle kaçınan baş etme stratejisi kullanılmaktadır. Böylece, hastalığa ilişkin daha fazla bilgiye sahip olan ve yaşadığı sorunları paylaşma fırsatı olan adölesanların hastalık algılarında değişim yaşanabilir.

Çalışmamızda, kontrol grubu kendi içinde ölçeğin kaçınan başa çıkma son test puanları, ön test puanlarına göre yüksektir ($Z=-2,428$; $p=0,015$). Bu sonuca göre kaçınan başa çıkma davranışı, akran etkileşimli grup desteği yapılmayan kontrol

grubunda artış göstermiştir. Hastalığını daha ciddi algılayan adölesanların kaçınan başa çıkma stratejisini daha fazla kullanmış olduğu düşünülmektedir.

Araştırma grubunda başa çıkma ölçeği, kaçınan başa çıkma son test puanları, ön test puanlarına göre yüksektir ($t=-2,486$; $p=0,024$). (Bkz. Tablo 4.5). Bu bulgu H_{3b} hipotezini desteklememektedir.

Spirito ve arkadaşlarının (1994) çalışmasında hastanede yatan kronik hastalık tanısına sahip çocuk ve adölesanların baş etme stratejileri incelenmiştir. Çocukların kaçınan başa çıkma (dikkat dağıtıcı, kendi kendini suçlama ve arzu giderici düşünme) stratejilerini kullanma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (212). Phipps ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında kanser tanılı 66 çocuğun baş etme stratejileri değerlendirilmiştir. Kanserli çocukların, sağlıklı çocuklara göre daha fazla kaçınan başa çıkma stratejisini kullandıkları belirlenmiştir (255). Marsac ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, kronik astım tanısına sahip 8-15 yaşları arasında 47 çocuk yaşam kalitesi ve başa çıkma stratejileri konusunda değerlendirilmiştir. Kaçınan başa çıkma davranışını kullanan çocukların daha zayıf psikolojik işlevselliğe sahip oldukları öngörülmüştür (256). Luyckx ve arkadaşlarının çalışmasında (2010), tip 1 diyabeti olan adölesanlarla yapılan çalışmada, kaçınan başa çıkma stratejisini kullananlarda, artan psikolojik stres olduğu belirtilmiştir (231). Jaser ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında 10-16 yaşlarında bulunan 30 tip 1 diyabetli adölesanın baş etme stratejilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Adölesanlar en çok dikkat dağıtmayı içeren kaçınan başa çıkma stratejilerini kullanmışlardır (257). Mackner ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, inflamatuvar barsak hastalığı bulunan adölesanlar, sağlıklı adölesanlara göre baş etme ile ilgili stratejiler arasında yer alan kaçınma davranışını daha fazla göstermişlerdir (117). Clavé ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, Fransa'da kronik böbrek yetmezliği nedeni ile diyaliz tedavisi alan 11-17 yaş grubundaki 32 adölesanın yaşam kalitesi skorları ve başa çıkma stratejileri değerlendirilmiştir. Kaçınan başa çıkma stratejisini kullananların psikolojik iyilik hali olumsuz olarak değerlendirilmiştir (258).

Kaçınan başa çıkma stratejisi, kişinin farklı yönlere odaklanması, kaygı, düşük benlik saygısı, depresif belirtiler ve içinde bulunduğu durumdan kaçma gibi pek çok durumu içeren bir stratejidir. Bazı çalışmalar kaçınan başa çıkma stratejisini kullanan kişilerin anksiyete ve depresyona yatkınlıklarının olduğunu açıklamaktadır (259-261). Aynı zamanda bu durumu anne ve baba desteğinin yoksunluğu yaşayan adölesanlarda kullanılan bir strateji olduğu belirtilmektedir (246). Wagner ve arkadaşlarının çalışmasında (2016), çölyak hastalığı olan adölesanlarda, daha çok kaçınan başa çıkma stratejisini kullananların, glutensiz diyetle ilgili kalmadıkları belirlenmiştir (262).

Tip 1 diyabet, kanser, inflamatuvar barsak hastalığı bulunan çocuk ve adölesanlarla yapılan çalışmalarda, katılımcıların en fazla kaçınan başa çıkma stratejisini kullandıkları belirlenmiştir. Bizim, çalışmamızda da hem araştırma hem de kontrol grubundaki adölesanların kaçınan başa çıkma stratejisini kullandıklarını ve müdahale sonrasında her iki grupta da bu davranışın kullanımının son testte arttığı gözlenmiştir. Yapılan çalışmalarda kaçınan başa çıkma davranışı, psikolojik işlevsellikte azalma durumu, endişe ve depresyon ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmaya alınan katılımcılarda, müdahale sonrasında hala kaçınan başa çıkma davranışını gösterme durumlarını endişe ve depresyon varlığı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda akran etkileşimli grup desteği sonrasında adölesanlardaki kaçınan başa çıkma stratejisinin daha fazla kullanıldığını ortaya çıkmıştır. Daha önceki yapılan çalışmaların sonucu ile bu durum değerlendirildiğinde, çalışmamıza katılan adölesanların anksiyete ve depresyona yatkınlıklarının daha yüksek olduğu ve ebeveyn desteğinin eksikliği yüzünden bu stratejiyi daha fazla kullandıkları düşünülmektedir. Ayrıca çölyak hastalığı olan adölesanların daha çok kaçınan başa çıkmayı kullanmasının bir nedeni de glütensiz diyetle ilgili kalamamak olduğu söylenebilir. Kaçınan başa çıkma stratejisi içinde, dikkat dağıtma çekilme, sosyal uzaklaşma, çekilme ve arzu giderici düşünme gibi davranışların azaltılması için, yapılan destek grubu müdahalelerindeki oturum sayısının artırılmasının gerektiği düşünülmektedir.

5.3.3. Olumsuz Başa Çıkma

Olumsuz başa çıkma stratejisi genellikle bireylerin strese girdiklerinde kullandığı bir strateji olarak tanımlanmıştır. Olumsuz yaklaşımlar genellikle, kendini eleştirme (kendimi suçladım) ya da başkalarını suçlamayı (soruna neden olduğu için başka birini suçladım) içerir (263).

Olumsuz başa çıkma stratejisinde, bireylerin sorunu bir tehdit olarak algıladıkları, sorunları çözemeyeceklerine inandıkları, kendini ve çevreyi suçlama, etrafa zarar verme davranışlarının yer aldığı gözlenmektedir. Kişinin bir sorun veya bir zorlukla başarılı bir biçimde baş edebilmesi için bir dizi davranışsal, duyuşsal ve bilişsel beceriye sahip olması gerekmektedir (264).

Bireylerin olumsuz başa çıkma davranışlarının artması, olumlu duygunun yaşanmasını azalmaktadır. Çünkü olumsuz başa çıkmanın temelinde, yaşanan sorunlara karşı olumsuz düşünce yer almaktadır. Bu kişiler yaşanan sorunları kendilerine yönelik bir tehdit olarak algılamakta ve sorunların sağlıklı çözülmesine yönelik çaba sarf etmemektedirler (265).

Araştırma grubundaki adölesanların başa çıkma ölçeği olumsuz başa çıkma alt boyutu son test puanları kontrol grubuna göre düşüktür ($Z=-2,660$; $p=0,008$). Araştırma grubunun kendi içindeki olumsuz başa çıkma alt boyutu son test puanları, ön test puanlarına göre düşüktür. ($Z=-2,156$; $p=0,031$). (Bkz. Tablo 4.5). Bu iki bulgu akran etkileşimli destek grubu müdahalesi sonrasında araştırma grubunun olumsuz başa çıkma stratejilerini daha az kullandığını ifade etmektedir. Bu bulgu H_{3c} hipotezini doğrulamaktadır.

Wagner ve arkadaşlarının çalışmasında (2016), çölyak hastalığı olan adölesanlar değerlendirilmiş ve olumsuz başa çıkma stratejisini daha çok kullandıklarını belirtilmiştir. Adölesanların olumsuz başa çıkma stratejisini kullananların, diyet uyumlarının iyi olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, olumsuz başa çıkma stratejisinin daha fazla kullanımının, adölesanın kişilik özelliklerinden kaynaklandığı

belirtilmiştir. Bunun yanında, olumsuz başa çıkma stratejilerinin azaltılmasına yönelik olarak eğitim ve davranışsal müdahaleler önerilmiştir (262).

Adölesan dönemde, akran kabulü bireyin ruh sağlığını olumlu etkilemektedir. Adölesanın benlik saygısını ve sosyal davranışlarını geliştirmektedir (86,87). Aynı zamanda, sağlıklı ve yapıcı yönde gelişen arkadaşlık ilişkileri ve akran grupları, ruh sağlığını koruyucu etkiye sahiptir (96).

Kronik hastalığı olan adölesanlar, aynı sağlık sorunu olan akranlarına yönelip, hastalığın yönetimine ilişkin problemleri aralarında çözebilirler (101). Benzer sağlık sorunları yaşayan akranlar ile sorunları paylaşmak, adölesanların hastalıkları ve tedavisi ile nasıl başa çıkacaklarını öğrenmelerine yardımcı olabilir (102).

Çalışmamızda uygulanan akran etkileşimli grup desteği sonrasında, araştırma grubundaki adölesanların olumsuz başa çıkma stratejileri içinde yer alan başkalarını suçlama ve öz-eleştiri davranışlarını daha az kullandıkları görülmektedir. Yapılan akran etkileşimli destek grubu müdahalesinde, çölyak hastalığı olan adölesanlar, akranları ile hastalıklarının tedavisine ilişkin çözüm önerileri sunarak, hastalıkla nasıl başa çıkacaklarını tartışmışlardır. Akran desteğinin çölyak hastalığı olan adölesanların olumsuz başa çıkma stratejilerini azalttığı sonucuna varılmıştır.

5.4. Ölçek Puanlarının Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda, yaşam kalitesi ölçeği ile aktif başa çıkma alt boyutu arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=0,424$ $p=0,079$). (Bkz Tablo. 4.6.). Yaşam kalitesi ölçek puanı arttıkça, aktif başa çıkma alt boyutu ölçek puanında artma olacaktır. Aktif başa çıkma stratejisine sahip olan bireyler, yaşadıkları sorunların olumlu taraflarını görerek, olası alternatif çözümler üretmeye çalışırlar (235). Aktif başa çıkma stratejilerindeki amaç, bireylere yaşamında karşılaştığı sorunlara karşı olumlu bir bakış açısı kazandırmaktır. Yaşanılan sorunlar karşısında gösterilen olumsuz düşüncelerin yerine alternatif düşüncenin oluşturulması ve güçlendirilmesi bireylerde olumlu değişikliklerin ve olumlu duyguların yaşanmasına

katkı sağlamaktadır (233). Bu nedenle, aktif başa çıkma stratejisi kullanıldığında, olumlu bakış açısı kazandırıldığı için, olumsuz yönler uzaklaştırılmaktadır. Çalışmamızda, akran etkileşimli grup desteği ile adölesanların aktif baş etme stratejisini daha çok, olumsuz baş etme stratejisini daha az kullanmaları sağlanmıştır.

Aktif başa çıkma alt boyutu ile olumsuz başa çıkma alt boyutu arasında negatif yönde orta derecede bir ilişki tespit edilmiştir. ($r=-0,437$ $p=0,070$). Aktif başa çıkma ölçek puanı arttıkça, olumsuz başa çıkma ölçek puanında azalma olacaktır. (Bkz Tablo. 4.6.). Üç ay süre ile devam eden akran etkileşimli destek grubu çalışmamızda, adölesanların aktif başa çıkma puanları arttıkça, yaşam kalitesi ölçeği puanlarında da artış yaşanmıştır. Adölesanların aktif baş etme becerilerinin desteklenmesi ile yaşam kalitesi puanlarında artışın devamlılığının sağlanması için, akran etkileşimli destek grubu müdahaleleri devam ettirilmelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Akran etkileşimli destek grubu müdahalesinin şeklinde düzenlenen çalışmada çölyak hastalığına sahip 13-18 yaş grubundaki adölesanlar üzerinde yaşam kalitesi, akran ilişkileri ve baş etme düzeylerine etkisi incelenmiştir. Toplam altı oturum şeklinde düzenlenen müdahalede, adölesanların birbirlerine yaşadıkları sorunları anlatmaları ve karşılıklı çözüm önerileri oluşturmaları istenmiştir. Oturumlarda, çölyak hastalığı tanımı, belirtileri ve tedavisi, çölyak hastalığı ve günlük yaşamda yaşanan güçlükler, çölyak hastalığında glutensiz diyet, okul, ev ve sosyal yaşamdaki güçlükler, çölyak hastalığı ve akademik başarı üzerine etkileri ve akran ilişkileri, çölyak hastalığı ve gelecek hedefleri konu başlıkları üzerinde tartışılmıştır. Yaklaşık olarak iki saat süren oturumlar bir hemşire araştırmacı tarafından yönetilmiştir.

Oturumlarda tartışılacak konular araştırmacı tarafından daha önceden belirlenmiştir. Belirlenen konular hakkında sorular katılımcılara yöneltilerek cevaplamaları istenmiştir.

Tüm oturumlar tamamlandıktan sonra katılımcılardan, yapılan müdahaleye ilişkin geri-bildirim vermeleri istenmiştir. Katılımcılar bu hastalıkla baş ederken yalnız olmadıklarının farkına vardıklarını ve oturumların, yaşadıkları problemleri paylaşmalarına olanak sağladığını ve kendilerini toplantılar sırasında daha rahat hissettiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca farklı bilgiler öğrendiklerini ve pek çok arkadaşına sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Müdahale başında ve sonunda katılımcıların yaşam kalitesi, akran ilişkileri ve baş etme düzeylerine ilişkin veriler toplanmıştır. Akran etkileşimli destek grubu müdahalesi sonunda adölesanların yaşam kalitesi skorlarında artış, akran ilişkilerinde iyileşme ve aktif başa çıkma stratejisinin kullanımında bir artış saptanmıştır.

Yaşam ölçeğinin toplam puanında ve alt boyutlarını oluşturan fiziksel sağlık ve psikososyal sağlık bölüm puanlarında artış görülmüştür (Bkz. Tablo 4.3.) Bu durum çalışmaya katılan adölesanların fiziksel olarak kendilerini iyi hissettikleri, duygusal, sosyal ve akademik başarıları konusunda olumlu bakış açısı geliştirdiklerini ifade etmektedir.

Akran etkileşimli destek grubu müdahalesi sonunda uygulanan diğer bir ölçek “Akran İlişkileri Ölçeği”dir. Ölçeğe ilişkin toplam puanın ve alt boyut puanlarının müdahale sonrasında artmış olması, akran ilişkilerinin geliştiğinin göstergesidir (Bkz. Tablo 4.4.). Akran ilişkileri ölçeği, birliktelik, çatışma, yardım, koruma ve yakınlık altı boyutlarından oluşmaktadır. Araştırma grubunun tüm alt boyutlarda ve akran ilişkileri ölçeği toplam puanında müdahale sonrasında artış yaşanmıştır. Bu durum akran etkileşimli grup desteği müdahalesinin akran ilişkilerini olumlu yönde etkilediğinin göstermektedir.

Akran etkileşimli destek grubu müdahalesinden sonra uygulanan “Başa Çıkma Ölçeği” sonuçlarına göre çölyak tanısına sahip olan adölesanlar aktif başa çıkma stratejisini daha çok kullanmışlardır. Aktif başa çıkma alt boyutu, bilişsel yeniden yapılandırma, duygu düzenleme, sosyal destek ve problem çözme stratejilerini içeren bir süreçtir.

Müdahale sonrasında araştırma grubundaki çölyak hastalığı tanısına sahip adölesanlar başa çıkma stratejileri içinde aktif başa çıkmayı daha fazla kullanarak, duygusal tepkilerini değiştirmiş, hissettiklerinin düşüncelerine bağlı olduğu düşünmüş, çevrelerindeki sosyal desteğin farkına varmış ve sorun çözmeye odaklanmışlardır.

“Başa Çıkma Ölçeği” kapsamında yer alan olumsuz başa çıkma alt boyutu, kendini eleştirme ve başkalarını suçlama stratejilerini içermektedir. Müdahale sonrasında araştırma grubundaki adölesanlar kendini eleştirme ve başkalarını suçlama davranışlarını daha az göstermeye başlamışlardır.

Çalışmamızda müdahale sonrasında adölesanlarda kaçınan başa çıkma stratejisinin daha fazla kullanıldığı ortaya çıkmıştır. Daha önceki yapılan çalışmaların sonucuna dayanarak, çalışmamıza katılan adölesanların anksiyete ve depresyona yatkınlıklarının daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Sonuç olarak, çölyak tanılı adölesanlarda, akran etkileşimli grup desteği müdahalesini içeren bu çalışmada, müdahale sonrasında adölesanlarda yaşam kalitesinde artma, akran ilişkilerinde olumlu gelişmeler, aktif başa çıkma ve kaçınan başa çıkma stratejisinin kullanımına ilişkin artma ve olumsuz başa çıkma stratejisinin kullanımında azalma yaşanmıştır. Hemşire liderliğinde çölyak hastaları için akran destek gruplarının oluşturulması, hastalıkla baş etmede, yaşam kalitesinin artırılmasında, sosyal izolasyonun azaltılmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

6.2. Öneriler

Çölyak hastalığı olan adölesanlarda akran etkileşimli destek grubu müdahalesi ile, yaşam kalitesi puanlarında artış, akran ilişkilerinde iyileşme ve aktif başa çıkma stratejisinin kullanımında artış sağlanmıştır.

- Çölyak hastalığı olan adölesanların tedavisine ilişkin düzenlenen eğitim programlarına, yaşam kalitesinin artırılması, akran ilişkilerinin iyileştirilmesi ve hastalıkla baş etmede yardımcı olacak akran destek grubu müdahalesi eklenmelidir.
- Hemşireler, çölyak hastalığı olan adölesanlar için akran etkileşimli destek grup müdahalelerinde, eğitim materyalleri oluşturma ve danışman görevini üstlenmelidirler.
- Gelecekteki çalışmalarda, çölyak hastalığı olan adölesanların akran desteği grupları yanında, ebeveynlerin de içinde bulunduğu destek gruplarının oluşturulması hastalıkla baş etmede yardımcı olacaktır.
- Üç ay süre ile devam eden ve toplam altı oturum süren akran etkileşimli destek grubu çalışmamızda, adölesanların aktif başa çıkma puanları arttıkça, yaşam kalitesi ölçeği puanlarında da artış yaşanmıştır. Adölesanların aktif baş

etme becerilerinin desteklenmesi ile yaşam kalitesi puanlarında artışın devamlılığının sağlanması için, akran etkileşimli destek grubu müdahaleleri devam ettirilmelidir.

- Web tabanlı iletişim ağı oluşturularak adölesanların akranların ile sürekli iletişimde bulunmaları sağlanabilir.
- Gelecekte, çölyak hastalığı olan adölesan ve aileleri ile kalitatif nitelikte çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 13. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 2019.
2. Wise PH. The future pediatrician: the challenge of chronic illness. *J Pediatr.* 2007;151(5):6-10.
3. Theofanidis D. Chronic Illness In Childhood: Psychosocial Adaptation And Nursing Support For The Child And Family. *Heal Sci J.* 2007;2(1):1-9.
4. Lebowitz B, Sanders DS, Green PHR. Coeliac disease. *Lancet.* 2018;391(10115):70–81.
5. Rubio-Tapia A, Hill ID, Kelly CP, Calderwood AH, Murray JA, American College of Gastroenterology. ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Celiac Disease. *Am J Gastroenterol.* 2013;108(5):656–76.
6. Fasano A, Catassi C. Celiac Disease. *N Engl J Med.* 2012;367(25):2419-26.
7. Hill ID, Dirks MH, Liptak GS, Colletti RB, Fasano A, Guandalini S, et al. Guideline for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005;40(1):1–19.
8. Melicharova J, Slavik M, Cervinkova M. Psychological Aspects in Celiac Disease: Step by Step from Symptoms to Daily Life with Celiac Disease. *Int J Celiac Dis.* 2016;28(2):64–7.
9. Murray JA, Dyke C Van, Plevak MF, Dierkhising RA, Zinsmeister AR, Melton LJ. Trends in the identification and clinical features of celiac disease in a North American community, 1950–2001. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2003;1(1):19–27.
10. Liu E, Dong F, Barón AE, Taki I, Norris JM, Frohnert BI, et al. High Incidence of Celiac Disease in a Long-term Study of Adolescents With Susceptibility Genotypes. *Gastroenterology.* 2017;152(6):1329-1336.
11. Biagi F, Klersy C, Balduzzi D, Corazza GR. Are we not over-estimating the prevalence of coeliac disease in the general population?. *Annals of Medicine.* 2010;42(8): 557–61.
12. Husby ÅS, Koletzko S, Korponay-Szabo IR, Mearin ML, Phillips A, Shamir R, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease. *JPGN.* 2012;54(4): 136–60.
13. Fasano A, Berti I, Gerarduzzi T, et al. Prevalence of celiac disease in at-risk and not-at-risk groups in the United States: a large multicenter study. *Arch Intern Med.* 2003;163(3):286–92.

14. Mustalahti K, Catassi C, Reunanen A, Fabiani E, Heier M, McMillan S, et al. The prevalence of celiac disease in Europe: Results of a centralized, international mass screening project. *Ann Med*. 2010; 42(8): 587-95.
15. Gursoy S, Guven K, Simsek T, Yurci A, Torun E, Koc N, et al. The prevalence of unrecognized adult celiac disease in Central Anatolia. *J Clin Gastroenterol*. 2005;39(6):508–11.
16. Ertekin V, Selimoğlu MA, Kardaş F, Aktaş E. Prevalence of celiac disease in Turkish children. *J Clin Gastroenterol*. 2005;39(8):689–91
17. Dalgic B, Sari S, Basturk B, Ensari A, Egritas O, Bukulmez A, et al. Prevalence of celiac disease in healthy Turkish school children. *Am J Gastroenterol*. 2011;106(8):1512–7.
18. Addolorato G. Anxiety But Not Depression Decreases in Coeliac Patients After One-Year Gluten-free Diet: A Longitudinal Study. *Scand J Gastroenterol*. 2001;36(5):502–6.
19. Nachman F, del Campo MP, González A, Corzo L, Vázquez H, Sfoggia C, et al. Long-term deterioration of quality of life in adult patients with celiac disease is associated with treatment noncompliance. *Dig Liver Dis*. 2010;42(10):685–91.
20. Sylvia Llewelyn Bower R N, Sharrett M K. Celiac disease: a guide to living with gluten intolerance. Second Edition. New York: Demos Medical Publishing; 2014.
21. Wagner G, Berger G, Sinnreich U, Grylli V, Schober E, Huber W-D, et al. Quality of Life in Adolescents With Treated Coeliac Disease: Influence of Compliance and Age at Diagnosis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008;47(5):555–61.
22. Goddard CJR, Gillett HR. Complications of coeliac disease: are all patients at risk?. *Postgraduate Medical Journal*. 2006;82(973):705-712.
23. Kolsteren MMP, Koopman HM, Schalekamp G, Mearin ML. Health-related quality of life in children with celiac disease. *J Pediatr*. 2001;138(4):593–5.
24. Byström I-M, Hollén E, Fälth-Magnusson K, Johansson A. Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents with Celiac Disease: From the Perspectives of Children and Parents. *Gastroenterol Res Pract*. 2012;2012:1–6.
25. Mazzone L, Reale L, Spina M, Guarnera M, Lionetti E, Martorana S, et al. Compliant gluten-free children with celiac disease: an evaluation of psychological distress. *BMC Pediatr*. 2011;11(1):46.
26. Biagetti C, Naspi G, Catassi C. Health-related quality of life in children with celiac disease: a study based on the Critical Incident Technique. *Nutrients*. 2013;5(11):4476–85.

27. Chauhan JC, Kumar P, Dutta AK, Basu S, Kumar A. Assessment of dietary compliance to Gluten Free Diet and psychosocial problems in Indian children with celiac disease. *Indian J Pediatr.* 2010;77(6):649–54.
28. Olsson C, Lyon P, Hornell A, Ivarsson A, Sydner YM. Food that makes you different: the stigma experienced by adolescents with celiac disease. *Qualitative health research* 2009;19(7):976-84.
29. Rosen A, Ivarsson A, Nordyke K, Karlsson E, Carlsson A, Danielsson L, et al. Balancing health benefits and social sacrifices: a qualitative study of how screening-detected celiac disease impacts adolescents' quality of life. *BMC pediatrics* 2011;11(1):1-10.
30. Jafari SA, Talebi S, Mostafavi N, Moharrerri F, Kianifar H. Quality Of Life in Children with Celiac Disease: A Cross-sectional Study. *Orig Artic.* 2017;5(7):5339–49.
31. Pinquart M, Shen Y. Behavior Problems in Children and Adolescents With Chronic Physical Illness: A Meta-Analysis. *J Pediatr Psychol.* 2011;36(9):1003–16.
32. Sevinç E, Çetin FH, Coşkun BD. Psychopathology, quality of life, and related factors in children with celiac disease. *J Pediatr (Rio J).* 2017;93(3):267–73.
33. Taghdir M, Honar N, Mazloomi SM, Sepandi M, Ashourpour M, Salehi M. Dietary compliance in Iranian children and adolescents with celiac disease. *J Multidiscip Healthc.* 2016;9: 365–70.
34. de Lorenzo CM, Xikota JC, Wayhs MC, Nassar SM, de Souza Pires MM. Evaluation of the quality of life of children with celiac disease and their parents: a case–control study. *Qual Life Res.* 2012;21(1):77–85.
35. Altobelli E, Paduano R, Gentile T, Caloisi C, Marziliano C, Necozone S, et al. Health-related quality of life in children and adolescents with celiac disease: survey of a population from central Italy. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11(1):204.
36. White LE, Bannerman E, Gillett PM. Coeliac disease and the gluten-free diet: a review of the burdens; factors associated with adherence and impact on health-related quality of life, with specific focus on adolescence. *J Hum Nutr Diet.* 2016;29(5):593–606.
37. Sainsbury K, Mullan B, Sharpe L. Reduced quality of life in coeliac disease is more strongly associated with depression than gastrointestinal symptoms. *J Psychosom Res.* 2013;75(2):135–41.
38. Gujral N, Freeman HJ, Thomson ABR. Celiac disease: Prevalence, diagnosis, pathogenesis and treatment. *World Journal of Gastroenterology.* 2012;18(42): 6036–59.
39. Errichiello S, Esposito O, Di Mase R, Camarca ME, Natale C, Limongelli MG, et al. Celiac Disease: Predictors of Compliance With a Gluten-free Diet in

- Adolescents and Young Adults. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;50(1):54–60.
40. McGrady ME, Hommel KA. Medication adherence and health care utilization in pediatric chronic illness: a systematic review. *Pediatrics.* 2013;132(4):730–40.
 41. Newton KP, Singer SA. Celiac disease in children and adolescents: special considerations. *Semin Immunopathol.* 2012;34(4):479–96.
 42. Kautto E, Rydén PJ, Ivarsson A, Olsson C, Norström F, Högberg L, et al. What happens to food choices when a gluten-free diet is required? A prospective longitudinal population-based study among Swedish adolescent with coeliac disease and their peers. *J Nutr Sci.* 2014;3: 1-10.
 43. Chauhan JC, Kumar P, Dutta AK, Basu S, Kumar A. Assessment of dietary compliance to gluten free diet and psychosocial problems in Indian children with celiac disease. *Indian J Pediatr.* 2010; 77(6), 649-654.
 44. Barrio J, Román E, Cilleruelo M, Márquez M, Mearin M, Fernández C. Health-Related Quality of Life in Spanish Children With Coeliac Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;62(4):603–8.
 45. Fidan T, Ertekin V, Karabağ K. Depression-anxiety levels and the quality of life among children and adolescents with coeliac disease. *Düşünen Adam.* 2013;26(3):232-238.
 46. Scheel A, Beaton A, Okello E, et al. The impact of a peer support group for children with rheumatic heart disease in Uganda. *Patient Educ Couns.* 2018;101(1):119–23.
 47. Jan RL, Wang JY, Huang MC, Tseng SM, Su HJ, Liu LF. An internet-based interactive telemonitoring system for improving childhood asthma outcomes in Taiwan. *Telemed J e-Health.* 2007;13(3):257–68.
 48. Watson W, Gillespie C, Thomas N, Cmaj SF-, 2009 U. Small-group, interactive education and the effect on asthma control by children and their families. *Can Med Assoc.* 2009;181(5):257–63.
 49. Cai RA, Holt RIG, Casdagli L, Viner RM, Thompson R, Barnard K, et al. Development of an acceptable and feasible self-management group for children, young people and families living with Type 1 diabetes. *Diabet Med.* 2017;34(6):813–20.
 50. Kichler J, Kaugars A, Marik P, Families LN-, Systems U, & U, et al. Effectiveness of groups for adolescents with type 1 diabetes mellitus and their parents. *Fam Syst Health.* 2013;31(3):280.
 51. Christian B, D’Aruria J.P. Building life skills for children with cystic fibrosis: Effectiveness of an intervention. *Nurs Res.* 2006;55(5):300–7.

52. Lewis P, Klineberg E, Towns S, Moore K, Steinbeck K. The Effects of Introducing Peer Support to Young People with a Chronic Illness. *J Child Fam Stud*. 2016;25(8):2541–53.
53. Scholten L, Willemen AM, Last BF, Maurice-Stam H, van Dijk EM, Ensink E, et al. Efficacy of Psychosocial Group Intervention for Children With Chronic Illness and Their Parents. *Pediatrics*. 2013;131(4):1196–203.
54. Zingone F, Swift G L, Card TR, Sanders DS, Ludvigsson JF, Bai JC. Psychological morbidity of celiac disease: A review of the literature. *United European gastroenterology journal*. 2015; 3(2): 136-145.
55. Sverker A, Hensing G, Hallert C. 'Controlled by food'- lived experiences of coeliac disease. *J Hum Nutr Diet*. 2005;18(3):171–80.
56. Rose C, Howard R. Living with coeliac disease: a grounded theory study. *J Hum Nutr Diet*. 2014;27(1):30–40.
57. Ring Jacobsson L, Friedrichsen M, Göransson A, Hallert C. Does a Coeliac School increase psychological well-being in women suffering from coeliac disease, living on a gluten-free diet? *J Clin Nurs*. 2012;21(5–6):766–75.
58. Turner G. Peer support and young people's health. *J Adolesc*. 1999;22(4):567–72.
59. Camara M, Bacigalupe G, Padilla P. The role of social support in adolescents: are you helping me or stressing me out?. *Int J Adolesc Youth* 2017; 22(2): 123-136.
60. Ernst G, Szczepanski R, Lange K. Patient education programs for children, adolescents and parents—survey on the current status of concepts and education requirements in Germany. *Prax Rehabil*. 2013;25:18–34.
61. Jarvis P, Holford J, Griffin C. *The theory & practice of learning*. Second Edition. London: Psychology Press; 2003.
62. Martin S. Against the grain: An overview of celiac disease. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(5):243–50.
63. See J, Murray JA. Gluten-free diet: The medical and nutrition management of celiac disease. *Nutrition in Clinical Practice*. 2006; 21(1):1–15.
64. Kyngas H, Rissanen M. Support as a crucial predictor of good compliance of adolescents with a chronic disease. *J Clin Nurs*. 2001;10(6):767–74.
65. Lawrence M, Kerr S, Watson H, Paton G, Ellis G. An exploration of lifestyle beliefs and lifestyle behaviour following stroke: findings from a focus group study of patients and family members. *BMC Fam Pract*. 2010;11(1):97.
66. Smeulders ESTF, Van Haastregt JCM, Ambergen T, Uszko-Lencer NHKM, Janssen-Boyne JJJ, Gorgels APM, et al. Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2010;66(7):1487–99.

67. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliği, Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü; 08.03.2010. Sayı: 27515.
68. WHO, Recognizing adolescence. Yayın Yılı: 2014. [Erişim Tarihi: 02.01.2017]. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>.
69. Steinberg L, Eamon Dolan Book Houghton Mifflin Harcourt A. Age of Opportunity Lessons from the New Science of Adolescence. First Edition. New York: Houghton Mifflin Harcourt; 2014.
70. Marceau K, Ruttle PL, Shirtcliff EA, Essex MJ, Susman EJ. Developmental and contextual considerations for adrenal and gonadal hormone functioning during adolescence: Implications for adolescent mental health. *Dev Psychobiol.* 2015;57(6):742–68.
71. Ortega FB, Ruiz JR, Castillo MJ, Sjöström M. Physical fitness in childhood and adolescence: A powerful marker of health. *International Journal of Obesity.* 2008;32(1):1–11.
72. Hofmann AD, Greydanus DE. Adolescent medicine. Stamford, CT: Appleton & Lange; 1997.
73. Qidwai W, Ishaque S, Shah S, Rahim M. Adolescent lifestyle and behaviour: A survey from a developing country. *PLoS ONE.* 2010; 27(9):1-6.
74. Steinberg L. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences.* 2005; 9(2): 69-74.
75. Albuhairan F, Areemit R, Harrison A, Kaufman M. Adolescent Psychosocial Development and Evaluation: Global Perspectives. Dr. Öner Özdemir (Ed.) *Complementary pediatrics*; 2012. Available from: <http://www.intechopen.com/books/complementarypediatrics/adolescent-psychosocial-development-and-evaluation-global-perspectives>.
76. Blakemore SJ, Burnett S, Dahl RE. The role of puberty in the developing adolescent brain. *Human Brain Mapping.* 2010; 31(6): 926–33.
77. Call KT, Riedel AA, Hein K, McLoyd V, Petersen A, Kipke M. Adolescent health and well-being in the twenty-first century: A global perspective. *Journal of Research on Adolescence.* 2002; 12(1): 69–98.
78. Dahl RE. Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 2004;1021(1):1–22.
79. Larson RW, Brown JR. Emotional development in adolescence: What can be learned from a high school theater program? *Child Development.* 2007;78(4):1083–99.
80. Lerner RM, Lerner J V., Almerigi JB, Theokas C, Phelps E, Gestsdottir S, et al. Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth-grade adolescents: Findings

from the first wave of the 4-H study of positive youth development. *Journal of Early Adolescence*. 2005;25(1):17–71.

81. Stang J, Story M. Adolescent Growth And Development. (Chapter 1). Guidelines for adolescent nutrition services. 2005; 1(6). Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/b0e4/7622b41a6f31179ab15970f069bd66c74255.pdf>.
82. Choudhury S, Blakemore S-J, Charman T. Social cognitive development during adolescence. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2006;1(3):165–74.
83. Dijkstra JK, Veenstra R. Peer relations. In Brown BB, Prinstein MJ. *Encyclopedia of Adolescence*, San Diego: Academic; 2011.
84. Vanhalst J, Luyckx K, Goossens L. Experiencing loneliness in adolescence: A matter of individual characteristics, negative peer experiences, or both?. *Soc Dev*. 2014;23(1):100–18.
85. Kaufmann DR, Wyman PA, Forbes-Jones EL, Barry J. Prosocial involvement and antisocial peer affiliations as predictors of behavior problems in urban adolescents: Main effects and moderating effects. *J Community Psychol*. 2007;35(4):417–34.
86. Brown BB, Larson J. *Handbook of Adolescent Psychology*. Volume 2. Australia: John Wiley & Sons; 2009. Chapter 3, Peer Relationships in Adolescence; 74-103.
87. Pindus DM, Cumming SP, Sherar LB, Gammon C, Coelho e Silva M, Malina RM. Maturity-Associated Variation in Physical Activity and Health-Related Quality of Life in British Adolescent Girls: Moderating Effects of Peer Acceptance. *Int J Behav Med*. 2014;21(5):757–66.
88. Oldfield J, Humphrey N, Hebron J. The role of parental and peer attachment relationships and school connectedness in predicting adolescent mental health outcomes. *Child Adolesc Ment Health*. 2016;21(1):21–9.
89. Ma CQ, Huebner ES. Attachment relationships and adolescents' life satisfaction: Some relationships matter more to girls than boys. *Psychol Sch*. 2008;45(2):177–90.
90. Tanti C, Stukas A, Halloran M, Foddy M. Social identity change: Shifts in social identity during adolescence. *J Adolesc*. 2011;34(3):555–67.
91. Tarrant M, North A, Edridge M, et al. Social identity in adolescence. *J Adolesc*. 2001;24(5):597–609.
92. Evans W, Powers A, Hersey J, Renaud J. The influence of social environment and social image on adolescent smoking. *Heal Psychol*. 2006;25(1):26.
93. Tarrant M. Adolescent peer groups and social identity. *Soc Dev*. 2002;11(1):110–23.
94. Riegle-Crumb C, Farkas G, Muller C. The role of gender and friendship in advanced course taking. *Sociol Educ*. 2006;79(3):206–28.

95. Lansford JE, Criss MM, Pettit GS, Dodge KA, Bates JE. Friendship quality, peer group affiliation, and peer antisocial behavior as moderators of the link between negative parenting and adolescent externalizing behavior. *Journal of Research on Adolescence*. 2003; 13(2):161–84.
96. Steinberg L. Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Curr Dir Psychol Sci*. 2007;16(2):55–9.
97. Okumura M, Saunders M, Rehm R.S. The role of health advocacy in transitions from pediatric to adult care for children with special health care needs: bridging families, provider and community services. *J Pediatr Nurs*. 2015;30(5):714–23.
98. Compas BE, Jaser SS, Dunn MJ, Rodriguez EM. Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2012;8(1):455–80.
99. Kohut SA, Stinson J, van Wyk M, Giosa L, Luca S. Systematic Review of Peer Support Interventions for Adolescents with Chronic Illness. *Int J Child Adolesc health*. 2014;7(3):183.
100. Pinquart M, Teubert D. Academic, Physical, and Social Functioning of Children and Adolescents With Chronic Physical Illness: A Meta-analysis. *J Pediatr Psychol*. 2012;37(4):376–89.
101. Kyngas H. Support network of adolescents with chronic disease: Adolescents' perspective. *Nurs Heal Sci*. 2004;6(4):287–93.
102. Powers LE, Turner A, Westwood D, Matuszewski J, Wilson R, Phillips A. Take Charge For The Future: A Controlled Field-Test of a Model to Promote Student Involvement in Transition Planning. *Career Dev Except Individ*. 2001;24(1):89–104.
103. Shaw SR, McCabe PC. Hospital-to-school transition for children with chronic illness: Meeting the new challenges of an evolving health care system. *Psychol Sch*. 2008;45(1):74–87.
104. Masuda JR, Anderson S, Letourneau N, Sloan Morgan V, Stewart M. Reconciling Preferences and Constraints in Online Peer Support for Youth With Asthma and Allergies. *Health Promot Pract*. 2013;14(5):741–50.
105. O'Mahar K, Holmbeck G, Jandasek B, Zukerman J. A camp-based intervention targeting independence among individuals with spina bifida. *J Pediatr Psychol*. 2009;35(8):848–56.
106. Stewart M, Barnfather A, Magill-Evans J, Ray L, Letourneau N. Brief report: An online support intervention: Perceptions of adolescents with physical disabilities. *J Adolesc*. 2011;34(4):795–800.
107. Rhee H, Belyea MJ, Hunt JF, Brasch J. Effects of a Peer-Led Asthma Self-management Program for Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011; 165(6), 513-519.

108. Shah S, Peat J, Mazurski E, Wang H, et al. Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomised controlled trial. *Bmj*. 2001;322(7286):583.
109. Dennis C-L. Peer support within a health care context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2003;40(3):321–32.
110. Hartman EE, Deurloo JA, Groothoff J, Grootenhuis MA. Young adult patients with a history of pediatric disease: impact on course of life and transition into adulthood. *J Adolesc Health*. 2006;39(1):4–13.
111. Elwell L, Grogan S, Coulson N. Adolescents living with cancer: The role of computer-mediated support groups. *J Health Psychol*. 2011;16(2):236–48.
112. Yeo M, Sawyer S. Chronic illness and disability. *Bmj*. 2005;330(7493):721–3.
113. Alderfer MA, Wiebe DJ, Hartmann DP. Social behaviour and illness information interact to influence the peer acceptance of children with chronic illness. *Br J Health Psychol*. 2001;6(3):243–55.
114. McCarroll EM, Lindsey EW, MacKinnon-Lewis C, Chambers JC, Frabutt JM. Health status and peer relationships in early adolescence: The role of peer contact, self-esteem, and social anxiety. *J Child Fam Stud*. 2009 ;18(4):473–85.
115. Kurtz L. *Self-help and support groups: A handbook for practitioners*. 1 st edition. SAGE Sourcebooks for the Human Services. United States of America; 1997.
116. Fjelnseth KP, Owren SK. Emotional communication in support groups An explorative study of youth and therapist assessments of communication in support groups for siblings of children with chronic illness or disability [A thesis for the Professional Program Department of Psychology]. Oslo: University Of Oslo; 2016.
117. Mackner LM, Ruff JM, Vannatta K. Focus Groups for Developing a Peer Mentoring Program to Improve Self-Management in Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;59(4):487–92.
118. Olsson CA, Boyce MF, Toumbourou JW, Sawyer SM. The Role of Peer Support in Facilitating Psychosocial Adjustment to Chronic Illness in Adolescence. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2005;10(1):78–87.
119. Creedy D, Collis D, Ludlow T, Cosgrove S, Houston K, Irvine D, et al. Development and evaluation of an intensive intervention program for children with a chronic health condition: a pilot study. *J Aust Nurs Prof*. 2004;18(1–2):46–56.
120. Pulgaron ER, Salamon KS, Patterson CA, Barakat LP. Paediatric - A problem-solving intervention for children with persistent asthma: A pilot of a randomized trial at a pediatric summer camp. *J Asthma*. 2010;47(9):1031–9.

121. Gillard A, Witt PA, Watts CE. Outcomes and Processes at a Camp for Youth With HIV/AIDS. *Qual Health Res.* 2011;21(11):1508–26.
122. Letourneau N, Stewart M, Masuda JR, Anderson S, Cicutto L, McGhan S, et al. Impact of Online Support for Youth With Asthma and Allergies: Pilot Study. *J Pediatr Nurs.* 2012;27(1):65–73.
123. Rhee H, McQuillan BE, Belyea MJ. Evaluation of a Peer-Led Asthma Self-Management Program and Benefits of the Program for Adolescent Peer Leaders. *Respir Care.* 2012;57(12):2082–9.
124. Markowitz JT, Laffel LMB. Transitions in care: support group for young adults with Type 1 diabetes. *Diabet Med.* 2012;29(4):522–5.
125. Elafros MA, Mulenga J, Mbewe E, Haworth A, Chomba E, Atadzhanov M, et al. Peer support groups as an intervention to decrease epilepsy-associated stigma. *Epilepsy Behav.* 2013;27(1):188–92.
126. Cook S, Herold K, Edidin D V., Briars R. Increasing Problem Solving in Adolescents With Type 1 Diabetes: The Choices Diabetes Program. *Diabetes Educ.* 2002;28(1):115–24.
127. Cano-Garcinuño A, Díaz-Vázquez C, Carvajal-Urueña I, Praena-Crespo M, Gatti-Viñoly A, García-Guerra I. Group Education on Asthma for Children and Caregivers: a Randomized, Controlled Trial Addressing Effects on Morbidity and Quality of Life. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2007; 17(4): 216-26.
128. Mupambireyi Z, Bernays S, Bwakura-Dangarembizi M, Cowan F. “I don’t feel shy because I will be among others who are just like me”: The role of support groups for children perinatally infected with HIV in Zimbabwe. *Child Youth Serv Rev.* 2014;45:106–13.
129. Villanacci V, Ceppa P, Tavani E, Vindigni C, Volta U. Coeliac disease: the histology report. *Digestive and Liver Disease.* 2011; 43:385-395.
130. Guandalini S. Historical perspective of celiac disease. *Karger Publ.* 2008; 12:1–11.
131. Stojanović B, Janković S, Đonović N, Radlović V, Jovanović S, Vuletić B. Historical development of the understanding of coeliac disease. *Vojnosanitetski preglod,* 2019 ;1(1): 65-65.
132. Zawahir S, Safta A, Fasano A. Pediatric celiac disease. *Curr Opin Pediatr.* 2009;21(5):655–60.
133. Catassi C, Gatti S, Fasano A. The New Epidemiology of Celiac Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014; 59(Suppl 1):7–9.
134. Rubio-Tapia A, Hill ID, Kelly CP, Calderwood AH, Murray JA, American College of Gastroenterology. ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Celiac Disease. *Am J Gastroenterol.* 2013;108(5):656–76.

135. White LE, Merrick VM, Bannerman E, Russell RK, Basude D, Henderson P, et al. The Rising Incidence of Celiac Disease in Scotland. *Pediatrics*. 2013;132(4):924–31.
136. Riddle MS, Murray JA, Porter CK. The incidence and risk of celiac disease in a healthy US adult population. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(8):1248–55.
137. Aljebreen AM, Almadi MA, Alhammad A, Al Faleh FZ. Seroprevalence of celiac disease among healthy adolescents in Saudi Arabia. *World J Gastroenterol*. 2013;19(15):2374–8.
138. Barada K, Bitar A, Mokadem MA-R, Hashash JG, Green P. Celiac disease in Middle Eastern and North African countries: a new burden? *World J Gastroenterol*. 2010;16(12):1449–57.
139. Yuan J, Li X, Tong P, Zhou C, Gao J, Li J, et al. Prevalence of Celiac Disease Autoimmunity Among Adolescents and Young Adults in China. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2017; 15(10): 1572-1579.
140. Freeman H. Risk factors in familial forms of celiac disease. *World J Gastroenterol*. 2010;16(15):1828.
141. Nisticò L, Fagnani C, Coto I, Percopo S, Cotichini R, Limongelli MG, et al. Concordance, disease progression, and heritability of coeliac disease in Italian twins. *Gut*. 2006;55(6):803–8.
142. Cataldo F, Marino V. Increased prevalence of autoimmune diseases in first-degree relatives of patients with celiac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2003;36(4):470–3.
143. Doğan Y, Yıldırım S, Özercan İH. Prevalence of Celiac Disease Among First-degree Relatives of Patients With Celiac Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2012;55(2):205–8.
144. Bourgey M, Calcagno G, Tinto N, Gennarelli D, Margaritte-Jeannin P, Greco L, et al. HLA related genetic risk for coeliac disease. *Gut*. 2007;56(8):1054–9.
145. Di Sabatino A, Corazza GR. Coeliac disease. *Lancet*. 2009;373(9673):1480–93.
146. Ciclitira P, Ellis H. Gluten-free diet—what is toxic? *Clin Gastroenterol*. 2005;19(3):359–71.
147. Wieser H. Chemistry of gluten proteins. *Food Microbiol*. 2007;24(2):115–9.
148. De Re V, Caggiari L, Tabuso M, Cannizzaro R. The versatile role of gliadin peptides in celiac disease. *Clin Biochem*. 2013;46(6):552–60.
149. Kochhar GS, Singh T, Gill A KD. Celiac disease: Managing a multisystem disorder. *Cleve Clin J Med*. 2016;83(3):217–27.
150. Catassi C, Fasano A. Celiac Disease. *N Engl J Med*. 2012; 367(25): 2419-2426.
151. Wolters VM, Wijmenga C. Genetic background of celiac disease and its clinical implications. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(1):190

152. Rostom A, Murray JA, Kagnoff MF. American Gastroenterological Association (AGA) Institute technical review on the diagnosis and management of celiac disease. *Gastroenterology*. 2006;131(6):1981–2002.
153. Troncone R, Auricchio S. Rotavirus and celiac disease: clues to the pathogenesis and perspectives on prevention. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2007;44(5):527-8
154. Stene L, Honeyman M, et al. Rotavirus infection frequency and risk of celiac disease autoimmunity in early childhood: a longitudinal study. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(10):2333.
155. Myléus A, Hernell O, Gothefors L, Hammarström ML, Persson LÅ, Stenlund H, et al. Early infections are associated with increased risk for celiac disease: An incident case-referent study. *BMC Pediatr*. 2012;12 (1): 194.
156. Norris JM, Barriga K, Hoffenberg EJ, Taki I, Miao D, Haas JE, et al. Risk of Celiac Disease Autoimmunity and Timing of Gluten Introduction in the Diet of Infants at Increased Risk of Disease. *Jama*. 2005;293(19):2343–51.
157. Akobeng A, Ramanan A, et al. Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child*. 2006;91(1):39–43.
158. Koning F. Celiac disease: sandwiched between innate and adaptive immune responses induced by gluten. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008;46 (Suppl 1): 8-9.
159. Kagnoff M. Celiac disease: pathogenesis of a model immunogenetic disease. *J Clin Invest*. 2007;117(1):41–9.
160. Parzanese I, Qehajaj D, Patrinicola F, Aralica M, Chiriva-Internati M, Stifter S, et al. Celiac disease: From pathophysiology to treatment. *World J Gastrointest Pathophysiol*. 2017; 8(2):27-38.
161. Sanders DS, Hurlstone P, Stokes RO, Rashid F, Milford-Ward A, Hadjivassiliou M. Changing face of adult coeliac disease: experience of a single university hospital in South Yorkshire. *Postgrad Med J*. 2002;78(915):31–3.
162. Vivas S, Morales J De, et al. Age-related clinical, serological, and histopathological features of celiac disease. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(9):2360-5.
163. Mearin ML, Montoro-Huguet M, Polanco I, Ribes-Köninckx C, Santolaria S. Clinical Manifestations of Celiac Disease and Diagnostic Criteria: Differences Among Children, Adolescents and Adults. In Arranz E, Fernández-Bañares F, Rosell CM, Rodrigo L, Peña AS, editors. *Advances in the Understanding of Gluten Related Pathology and the Evolution of Gluten-Free Foods*. Barcelona, Spain: OmniaScience; 2015. p. 291-339.

164. McGowan K, Castiglione D, Pediatrics JB-. The changing face of childhood celiac disease in North America: impact of serological testing. *Pediatrics*. 2009;124(6):1572–8.
165. Rodrigo L, Pérez-Martínez I, Alvarez N, De-Francisco-García R. Differences between pediatric and adult celiac disease Article in *Revista española de enfermedades digestivas: organo oficial de la Sociedad Española de Patología Digestiva · Clinical aspects IBD View project Tourette’s syndrome and Non-celiac gluten sens*. *Rev Esp enfermedades Dig*. 2011;103(5):238.
166. Lowth M, PGCertMedEd MBBcF. Coeliac disease: clinical features, diagnosis and management. *Pract Nurse*. 2014;44(8):36–40.
167. Ludvigsson JF, Leffler DA, Bai JC, Biagi F, Fasano A, Green PHR, et al. The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. *Gut*. 2013;62(1):43–52.
168. Walker-Smith JA. Report of Working Group of European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Revised criteria for diagnosis of coeliac disease. *Arch Dis Child*. 1990;65: 909–11.
169. Bardella M T, Minoli G, Radaelli F, Quatrini M, Bianchi PA, & Conte D. Reevaluation of duodenal endoscopic markers in the diagnosis of celiac disease. *Gastrointestinal endoscopy*. 2000;51(6): 714-716.
170. Rashtak S, Murray JA. Review article: Coeliac disease, new approaches to therapy. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012; 35(7): 768-781.
171. Koerner TB, Cléroux C, Poirier C, Cantin I, Alimkulov A, Elamparo H. Gluten contamination in the Canadian commercial oat supply. *Food Addit Contam Part A*. 2011;28(6):705–10.
172. Arentz-Hansen H, Fleckenstein B, Molberg Ø, Scott H, Koning F, Jung G, et al. The molecular basis for oat intolerance in patients with celiac disease. Londei M, editor. *PLoS Med*. 2004;1(1):1.
173. Lundin KEA, Nilsen EM, Scott HG, Løberg EM, Gjøen A, Bratlie J, et al. Oats induced villous atrophy in coeliac disease. *Gut*. 2003;52(11): 1649–52.
174. Pinto-Sánchez MI, Causada-Calo N, Bercik P, Ford AC, Murray JA, Armstrong D, et al. Safety of Adding Oats to a Gluten-Free Diet for Patients With Celiac Disease: Systematic Review and Meta-analysis of Clinical and Observational Studies. *Gastroenterology*. 2017;153(2):395-409.
175. Leivers C, Martin G, Gasparetto M, Shelley H, Valente M. Coeliac disease. *Paediatr Child Health*. 2014;24(11):481–4.
176. Grossman MR. USA: FDA: Labels for Gluten-Free Food. *European Food and Feed Law Review*, 2014; 9(5):332-334.
177. Crowe JP, Falini NP. Gluten in pharmaceutical products. *Am J Health Syst Pharm*. 2001; 58(5): 396-401.

178. Skjerning H, Mahony RO, Husby S, DunnGalvin A. Health-related quality of life in children and adolescents with celiac disease: patient-driven data from focus group interviews. *Qual Life Res.* 2014;23(6):1883–94.
179. Bongiovanni TRS, Clark AL, Garnett EA, Wojcicki JM, Heyman MB. Impact of Gluten-free Camp on Quality of Life of Children and Adolescents with Celiac Disease. *Pediatrics.* 2010;125(3):525–9.
180. Zarkadas M, Dubois S, MacIsaac K, Cantin I, Rashid M, Roberts KC, et al. Living with coeliac disease and a gluten-free diet: a Canadian perspective. *J Hum Nutr Diet.* 2013;26(1):10–23.
181. Olsson C, Hrnell A, Ivarsson A, Sydner YM. The everyday life of adolescent coeliacs: issues of importance for compliance with the gluten-free diet. *J Hum Nutr Diet.* 2008;21(4):359–67.
182. Ahn J-A, Lee S. Peer Attachment, Perceived Parenting Style, Self-concept, and School Adjustments in Adolescents with Chronic Illness. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2016 Dec;10(4):300–4.
183. Embuldeniya G, Veinot P, Bell E, Bell M, Nyhof-Young J, Sale JEM, et al. The experience and impact of chronic disease peer support interventions: A qualitative synthesis. *Patient Educ Couns.* 2013;92(1):3–12.
184. Arnone J, Fitzsimons V. Adolescents With Celiac Disease. *Gastroenterol Nurs.* 2012;35(4):248–54.
185. Ludvigsson JF, Agreus L, Ciacci C, Crowe SE, Geller MG, Green PHR, et al. Transition from childhood to adulthood in coeliac disease: the Prague consensus report. *Gut.* 2016;65(8):1242–51.
186. Rashid M, Cranney A, Zarkadas M, Graham ID, Switzer C, Case S, et al. Celiac Disease: Evaluation of the Diagnosis and Dietary Compliance in Canadian Children. *Pediatrics.* 2005;116(6):754–9.
187. Roma E, Roubani A, Kolia E, Panayiotou J, Zellos A, Syriopoulou VP. Dietary compliance and life style of children with coeliac disease. *J Hum Nutr Diet.* 2010 ;23(2):176–82.
188. Rosén A, Ivarsson A, Nordyke K, Karlsson E, Carlsson A, Danielsson L, et al. Balancing health benefits and social sacrifices: a qualitative study of how screening-detected celiac disease impacts adolescents' quality of life. *BMC Pediatr.* 2011;11(32): 1-10.
189. Silvester JA, Weiten D, Graff LA, Walker JR, Duerksen DR. Is it gluten-free? Relationship between self-reported gluten-free diet adherence and knowledge of gluten content of foods. *Nutrition.* 2016;32(7–8):777–83.
190. Meyer S, Rosenblum S. Daily Experiences and Challenges Among Children and Adolescents With Celiac Disease: Focus Group Results. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018;66(1):58–63.

191. Farage P, Puppini Zandonadi R, Cortez Ginani V, Gandolfi L, Yoshio Nakano E, Pratesi R. Gluten-Free Diet: From Development to Assessment of a Check-List Designed for the Prevention of Gluten Cross-Contamination in Food Services. *Nutrients*. 2018;10(9):1274.
192. Simpson S, Lebowitz B, Lewis SK, Tennyson CA, Sanders DS, Green PH. Awareness of gluten-related disorders: A survey of the general public, chefs and patients. *Eur J Clin Nutr Metab*. 2011;6(5):227–31.
193. Freeman HJ. Mucosal Recovery and Mucosal Healing in Biopsy-Defined Adult Celiac Disease. *Int J Celiac Dis*. 2017;5(1):14–8.
194. Bacigalupe G, Plocha A. Celiac is a social disease: family challenges and strategies. *Fam Syst Health*. 2015;33(1):46–54.
195. Cederborg A-C, Hultman E, Magnusson KF. Living with children who have coeliac disease: a parental perspective. *Child Care Health Dev*. 2012;38(4):484–9.
196. Paul SP, McVeigh L, Gil-Zaragozano E, Basude D. Diagnosis and nursing management of coeliac disease in children. *Nurs Child Young People*. 2016; 28(1):18–24.
197. Ludvigsson JF, Card T, Ciclitira PJ, Swift GL, Nasr I, Sanders DS, et al. Support for patients with celiac disease: A literature review. *United European Gastroenterology Journal*. 2015;3(2):146–59.
198. Roos S, Kärner A, Hallert C. Gastrointestinal Symptoms and Well-Being of Adults Living on a Gluten-Free Diet. *Gastroenterology Nurs*. 2009;32(3):196–201.
199. Barbero EM, McNally SL, Donohue MC, Kagnoff MF. Barriers impeding serologic screening for celiac disease in clinically high-prevalence populations. *BMC Gastroenterol*. 2014;14(1):42.
200. Jacobsson LR, Friedrichsen M, Göransson A, Hallert C. Impact of an active patient education program on gastrointestinal symptoms in women with celiac disease following a gluten-free diet: a randomized controlled trial. *Gastroenterology Nurs. : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*. 2012 ;35(3):200–6.
201. Keil MF. Patient Support Groups are an Important Component of Your Toolbox for Patient Education. *J Pediatr Nurs*. 2019 ;44:137–8.
202. Haldar S, Mishra SR, Khelifi M, Pollack AH, Pratt W. Opportunities and Design Considerations for Peer Support in a Hospital Setting. *Proceedings of the SIGCHI conference on human factors in computing systems CHI Conference*. 2017;2017:867–79.
203. Massimi A, De Vito C, Brufola I, Corsaro A, Marzuillo C, Migliara G, et al. Are community-based nurse-led selfmanagement support interventions effective

- in chronic patients? Results of a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2017;12(3): 1-22.
204. Varni J, Seid M, Rode CA. The PedsQLTM: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical Care*. 1999; 37: 126-139.
 205. Varni J, Seid M, Kurtin PS. PedsQLTM 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. *Medical Care*. 2001; 39(8): 800-812.
 206. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri OS, Karakaya I. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*. 2007; 18(4): 353-363.
 207. Varni JW, Seid M, Knight TS, Uzark K, Szer IS. The PedsQLTM 4.0 Generic Core Scales: Sensitivity, Responsiveness, and Impact on Clinical Decision-Making. *J Behav Med*. 2002;25(2):175–93.
 208. Bukowski WM, Hoza B, Boivin M. Measuring Friendship Quality During Pre- and Early Adolescence: The Development and Psychometric Properties of the Friendship Qualities Scale. *J Soc Pers Relat*. 1994;11(3):471–84.
 209. Atik, E. The Turkish Adaptation of the Friendship Qualities Scale: A Validity and Reliability Study. *Educational Sciences: Theory and Practice*. 2014;14(2): 440-446.
 210. Spirito A, Stark LJ, Williams C. Development of a Brief Coping Checklist for Use with Pediatric Populations. *J Pediatr Psychol*. 1988; 13(4): 555-574.
 211. Carona C. Pediatric Health-Related Stress, Coping and Quality of Life. *Paediatrics Today*. 2014;10(2):112–28.
 212. Spirito A, Stark LJ, Tyc VL. Stressors and coping strategies described during hospitalization by chronically ill children. *J Clin Child Psy*. 1994 ;23(3):314–22.
 213. Donaldson D, Prinstein MJ, Danovsky M, Spirito A. Patterns of children's coping with life stress: Implications for clinicians. *Am J Orthopsychiatry*. 2000; 70(3):351–9.
 214. Bedel A, Işık E, Hamarta E. Psychometric Properties of the KIDCOPE in Turkish Adolescents. *Education and Science*. 2014;39:227–35.
 215. Grey M, Boland EA, Davidson M, Li J, Tamborlane W V. Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *J Pediatr*. 2000;137(1):107–13.
 216. Snead K, Ackerson J, Bailey K, Schmitt MM, Madan-Swain A, Martin RC. Taking charge of epilepsy: The development of a structured psychoeducational group intervention for adolescents with epilepsy and their parents. *Epilepsy Behav*. 2004;5(4):547–56.
 217. Last B, Stam H, Onland-van NAM, Grootenhuis MA. Positive effects of a psycho-educational group intervention for children with a chronic disease: first results. *Patient Educ Couns*. 2007;65(1):101-112.

218. Al-sheyab N, Gallagher R, Crisp J, Shah S. Peer-led Education for Adolescents With Asthma in Jordan: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Pediatrics* 2012; 129(1):106–12.
219. Kalyva E, Malakonaki E, Eiser C, Mamoulakis D. Health-related quality of life (HRQoL) of children with type 1 diabetes mellitus (T1DM): Self and parental perceptions. *Pediatric Diabetes*. 2011;12(1):34–40.
220. Bearman SK, Presnell K, Martinez E, Stice E. The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*. 2006;35(2):229–41.
221. Helfert S, Warschburger P. A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys. *Body Image*. 2011;8(2):101–9.
222. Sanders RA. Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review*. 2013; 34(8): 354-8.
223. D’Auria J, Christian B, Henderson ZG, Haynes B. The company they keep: the influence of peer relationships on adjustment to cystic fibrosis during adolescence. *J Pediatr Nurs*. 2000; 15(3): 175-182.
224. Stewart M, Letourneau N, et al. Impacts of online peer support for children with asthma and allergies: “it just helps you every time you can’t breathe well.” *J Pediatr Nurs*. 2013;28(5):439–52.
225. Rabaglietti E, Ciairano S. Quality Of Friendship Relationships And Developmental Tasks in Adolescence. *Cognition, Brain, Behavior*. 2008;12(2):183–203.
226. Kaplan B, Aksel EŞ. Ergenlerde Bağlanma Ve Saldırganlık Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Nesne Psikoloji Derg*. 2013; 1(1): 20-49.
227. Parlaz EA, Tekgül N, Karademirci E, Öngel K. Ergenlik dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. *Turkish Family Physician*. 2012; 3(2):10-16.
228. Çiftçi H. Akran İlişkileri Düzeylerinin Karşılaştırılması: Lise Öğrencileri Üzerine Bir İnceleme. *Journal Of The Human & Social Science Researches*.2018; 7(3):1516-1535.
229. Karakuş Ö. Ergenlerde Bağlanma Stilleri ve Yalnızlık Arasındaki İlişki. *Journal Of Society & Social Work*. 2012; 23(2):33-46.
230. Abrams DB, Turner JR, Baumann LC, Karel A, Collins SE, Witkiewitz K, et al. Active Coping. In: *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. 2013; 2:21–21.
231. Luyckx K, Seiffge-Krenke I, Hampson SE. Glycemic control, coping, and internalizing and externalizing symptoms in adolescents with type 1 diabetes: a cross-lagged longitudinal approach. *Diabetes care*.2010; 33(7): 1424-1429.

232. Bedel A, Kutlu A. Başa Çıkma Stratejilerinin Algılanan Sosyal Desteğe Göre İncelenmesi. Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Derg. 2018;8(15):107–21.
233. Akkoyunlu S, Türkçapar MH. Bir Teknik :Alternatif Düşünce Oluşturulması. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2013;2:53–9.
234. D’Zurilla TJ, Chang EC, Sanna LJ. Self-esteem and social problem solving as predictors of aggression in college students. J Soc Clin Psychol. 2003;22(4):424–40.
235. Eldred KT. Coping with Chronic Illness : Do Strategies Differ by Illness Type? [Master thesis]. Florida: University Of North Florida; 2011.
236. Vatan S. Bilişsel Davranışçı Terapilerde Üçüncü Kuşak Yaklaşımlar. Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry. 2016;8:190–203.
237. Öngen D. Ergenlerde sorunlarla başa çıkma davranışları. Eğitim ve Bilim,2002; 27(125):54-61.
238. Kulari G. Art therapy techniques to improve coping strategies in children 7-18 years old with a chronic disease. [PhD Thesis]. Lisbon: Universidade Nova de Lisboa: 2017.
239. Plante WA, Lobato D, Engel R. Review of group interventions for pediatric chronic conditions. J Pediatr Psychol. 2001; 26(7): 435-453.
240. Ebata AT, Moos RH. Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. J Appl Dev Psychol. 1991;12(1):33–54.
241. Griffith MA, Dubow EF, Ippolito MF. Developmental and cross-situational differences in adolescents’ coping strategies. J Youth Adolesc. 2000;29(2):183–204.
242. Ataman E. Stres veren yaşam olayları karşısında bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon ve kaygı düzeyini belirlemedeki rolü [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2011.
243. Rubin KH, Coplan RJ, Bowker JC. Social withdrawal in childhood. Annu Rev Psychol. 2009;60:141–71.
244. Sigall H, Kruglanski A, Fyock J. Wishful Thinking and Procrastination. J Soc Behav Pers. 2000;15(5):283–96.
245. Lynch TR, Robins CJ, Morse JQ. Couple functioning in depression: The roles of sociotropy and autonomy. J Clin Psychol. 2001;57(1):93–103.
246. Gomez R, McLaren S. The association of avoidance coping style, and perceived mother and father support with anxiety/depression among late adolescents: Applicability of resiliency models. Pers Individ Dif. 2006;40(6):1165–76.

247. Holahan CJ, Holahan CK, Moos RH, Brennan PL, Schutte KK. Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: A 10-year model. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(4):658–66.
248. Edgar A, Skinner TC. Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol.* 2003; 28(7): 485-493.
249. Tiggelman D, Van De Ven MOM, Van Schayck OCP, Kleinjan M, Engels RCME. Sport club participation of adolescents with asthma: Maternal factors and adolescent cognitions. *Pediatric Pulmonology.* 2014;49(9):835–41.
250. Seiffge-Krenke I, Klessinger N. Long-term effects of avoidant coping on adolescents' depressive symptoms. *J Youth Adolesc.* 2000;29(6):617–30.
251. Evans LD, Kouros C, Frankel SA, McCauley E, Diamond GS, Schloretdt KA, et al. Longitudinal Relations between Stress and Depressive Symptoms in Youth: Coping as a Mediator. *J Abnorm Child Psychol.* 2014;43(2):355–68.
252. Gray SE, Rutter DR. Illness representations in young people with Chronic Fatigue Syndrome. *Psychol Health.* 2007 ;22(2):159–74.
253. Awasthi P, Mishra RC. Illness Beliefs and Coping Strategies of Diabetic Women. *Psychological Studies.* 2011;56(2):176–84.
254. Kaptein AA, Helder DI, Scharloo M, Van Kempen GMJ, Weinman J, Van Houwelingen HJC, et al. Illness perceptions and coping explain well-being in patients with Huntington's disease. *Psychology & Health.* 2006; 21(4): 431-446.
255. Phipps S, Fairclough D, Mulhern RK. Avoidant coping in children with cancer. *J Pediatr Psychol.* 1995; 20(2): 217-232.
256. Marsac ML, Funk JB, Nelson L. Coping styles, psychological functioning and quality of life in children with asthma. *Child: Care, Health and Development.* 2007;33(4):360–7.
257. Jaser SS, White LE. Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child: Care, Health and Development.* 2011;37(3):335–42.
258. Clavé S, Tsimaratos M, Boucekine M, Ranchin B, Salomon R, Dunand O, et al. Quality of life in adolescents with chronic kidney disease who initiate haemodialysis treatment. *BMC Nephrology.* 2019; 14:20(1).
259. Eisenberg SA, Shen BJ, Schwarz ER, Mallon S. Avoidant coping moderates the association between anxiety and patient-rated physical functioning in heart failure patients. *J Behav Med.* 2012 ;35(3):253–61.
260. Klein DM, Turvey CL, Pies CJ. Relationship of coping styles with quality of life and depressive symptoms in older heart failure patients. *J Aging Health.* 2007 ;19(1):22–38.

261. Trivedi R B, Blumenthal JA, O'Connor C, Adams K, Hinderlite A., Dupree, C.et al. Coping styles in heart failure patients with depressive symptoms. *J Psychosom Res.* 2009; 67(4): 339-346.
262. Wagner G, Zeiler M, Grylli V, Berger G, Huber WD, Woeber C, et al. Coeliac disease in adolescence: Coping strategies and personality factors affecting compliance with gluten-free diet. *Appetite.* 2016;101:55–61.
263. Heffer T, Willoughby T. A count of coping strategies: A longitudinal study investigating an alternative method to understanding coping and adjustment. *PLoS ONE.* 2017;12(10): 1-16.
264. Bedel A, Ulubey E. Ergenlerde başa çıkma stratejilerini açıklamada bilişsel esnekliğin rolü. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi.* 2015; 14(55):291-300.
265. Eryılmaz A. Ergenler Öznel İyi Oluş Düzeylerini, Çevreyle İlişkiler Aracılığıyla Nasıl Artırırlar? *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2012; 11(4): 407-414.