



T.C.
KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

**ÇOCUK ACİL SERVİSİNE AĞRI ŞİKAYETİ İLE
BAŞVURAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN
AĞRI İNANÇLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

HAKAN KORKMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KIRŞEHİR- AĞUSTOS 2023



T.C.
KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

**ÇOCUK ACİL SERVİSİNE AĞRI ŞİKAYETİ İLE
BAŞVURAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN
AĞRI İNANÇLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

HAKAN KORKMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Gökçe DEMİR

KIRŞEHİR- AĞUSTOS 2023

KABUL ONAY

‘Çocuk Acil Servisine Ağrı Şikayeti ile Başvuran Çocukların Ebeveynlerinin Ağrı İnançları ve Etkileyen Faktörler’ adlı bu çalışma, 14.08.2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Doç. Dr. Betül ÖZEN

Erciyes Üniversitesi

(Başkan)

Doç. Dr. Gökçe DEMİR

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

(Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Erdal AKDENİZ

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

(Üye)

TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm.

Hakan KORKMAZ

ÖNSÖZ

Yüksek lisans öğrenimim ve tez dönemi boyunca her aşamada tecrübeleri ve bilgisiyle bana yol gösterip meslek hayatımın gelişimine katkı sağlayan, sabrı, hoşgörüsü ve güler yüzüyle beni cesaretlendiren değerli danışman hocam Doç. Dr. Gökçe DEMİR' e,

Tez çalışmam sürecinde çalışmaya gönüllü olarak katılıp, değerli vakitlerini bana ayırarak verilerin toplanmasına katkı sağlayan çok değerli ebeveynlere,

Çalışmamı yürütmemde desteklerini esirgemeyen Konya Şehir Hastanesi çocuk acil ekibine,

Yüksek Lisans hayatımda bilgilerini benimle paylaşan değerli arkadaşım Gözde Tevrat YILDIRIM ve Nagihan HARMANCI'ya,

Hayatımın her anında ve aldığım bütün kararlarda her zaman yanımda olan ve desteğini her zaman aldığım hayat arkadaşım Beyza KORKMAZ'a,

Hayatımın her alanında olduğu gibi, eğitim hayatımda da desteklerini ve sevgilerini esirgemeyen, bugünlere gelmemde büyük emekleri olan aileme,

Teşekkür ederim.

Hakan KORKMAZ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
KISALTIMA LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Ağrının Tanımı	3
2.2. Ağrının Fizyopatolojisi.....	4
2.3. Ağrının sınıflandırılması.....	6
2.4. Ağrı Teorileri.....	6
2.4.1. Kapı Kontrol Teorisi.....	7
2.4.2.Endorfin Teorileri	8
2.4.3. Patern (Model) Teori	8
2.4.4. İnteraktif Ağrı Modeli.....	8
2.4.5. Psikolojik Teoriler	8
2.5. Çocuklarda Ağrı	9
2.6.Çocuklarda Gelişim Dönemlerine Göre Ağrı.....	10
2.7. Çocuklarda Ağrının Değerlendirilmesi	11
2.7.1. Çocuklarda Ağrının Değerlendirilme Ölçekleri.....	13
2.8. Ağrıda Tedavi Yöntemleri.....	15
2.8.1. Farmakolojik Yöntemler.....	15

2.8.2.Non-farmakolojik Yöntemler	16
2.8.4.Ağrı Yönetiminde Ebeveyn Katılımı	20
2.9. Ağrı İnançları.....	20
3.GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1.Araştırmanın Şekli	22
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	22
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	23
3.3.1. Araştırmaya dahil edilme ölçütleri:	23
3.4.Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.4.1. Bağımlı Değişkenler:	23
3.4.2. Bağımsız Değişkenler:	23
3.5.Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	23
3.5.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bilgi Formu	24
3.5.2. Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ)	24
3.6.Araştırma Verilerinin Toplanması.....	24
3.7.Verilerin Analizi	25
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
3.9.Araştırmanın Etik Yönü.....	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR.....	49
EKLER.....	62

ŒEKİL LİSTESİ

Œekil 2.1: Ağrı deneyimini etkileyen unsurlar

Œekil 2.2: Ağrının boyutları

Œekil 2.3: Ağrı kaynakları

Œekil 2.4: Ağrının iletim sistemi

Œekil 2.5: Kapı kontrol teorisi mekanizması

Œekil 2.6: Çocuklarda ağrı Œiddetini değerlendirme bileŒenleri

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: Ağrının sınıflandırılması tablosu

Tablo 2.2: Çocuklarda ağrı algılamalarını etkileyen durumsal fiziksel ve duygusal faktörler

Tablo 2.3: Yaş dönemlerine göre ağrı değerlendirilme ölçekleri

Tablo 2.4: Kontrol edilemeyen ağrının komplikasyonları

Tablo 4.1: Ebeveynlerin demografik özelliklerinin dağılımları

Tablo 4.2: Ebeveynin çocuklarına uyguladıkları tedaviler

Tablo 4.3: Çocuğun demografik özelliklerinin dağılımları

Tablo 4.4: Katılımcıların AİÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

Tablo 4.5: Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerine göre ağrı inançları ölçeği ve ölçeğin alt boyut madde puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.6: Çocukların kronik hastalık durumu ve daha önce ağrı nedeniyle hastaneye yatma durumuna göre ağrı inançları ölçeği alt boyut madde puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.7: Ebeveynlerin yaşları ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tablo 4.8: Ebeveynlerin psikolojik inançlar puanına etki eden faktörlerin lineer regresyonla incelenmesi

Tablo 4.9: Çocukların psikolojik inançlar puanına etki eden faktörlerin lineer regresyonla incelenmesi

Tablo 4.10: Ebeveynlerin organik inançlar puanına etki eden faktörlerin lineer regresyonla incelenmesi

Tablo 4.11: Çocuğunun organik inançlar puanına etki eden faktörlerin lineer regresyonla incelenmesi

KISALTIMA LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AIÖ: Ağrı İnançları Ölçeği

APA: Amerikan Pediatri Akademisi

AAT: Amerikan Ağrı Topluluğu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

OAIÖ: Organik Ağrı İnançları Ölçeği

PAIÖ: Psikolojik Ağrı İnançları Ölçeği

SSS: Sempatik Sinir Sistemini

TENS: Transkutan Sinir Stimülasyonu

COVID-19: Korona Virüs Hastalığı

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUK ACİL SERVİSİNE AĞRI ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN AĞRI İNANÇLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hakan KORKMAZ

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans
Programı

Danışman: Doç. Dr. Gökçe DEMİR

Ağrı inançlarını etkileyen faktörlerin bilinmesi, yaygın bir sorun olan ağrının kontrol altına alınmasında önemlidir. Çalışmanın amacı, Çocuk acil servisine ağrı şikayeti ile başvuran çocukların ebeveynlerinin ağrı inançları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesidir. Tanımlayıcı türdeki bu çalışma, Konya Şehir Hastanesi Çocuk Acil Servisine çocuklarını ağrı şikayetiyle getiren gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilen 350 ebeveyn ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında tanıtıcı özelliklere ilişkin bilgi formu ve ağrı inançları ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin “Ağrı inançları ölçeği puanı” genel ortalaması $2,5\pm 0,78$, “Psikolojik inançlar puanı” ortalaması $2,08\pm 1,07$, “Organik inançlar puanı” ortalaması $2,78\pm 0,86$ olarak saptanmıştır. Ebeveynlerin psikolojik inançlarının cinsiyet, eğitim seviyesi, yaşadığı yer ve ekonomik durum değişkenlerinden etkilendiği belirlenmiştir. Ebeveynlerin organik inançlarının, ebeveynlerin hastaneye getirdiği kaçınıcı çocuğunun olduğu, çocuğunun kronik bir hastalığının olup olmadığı ve tedavi uygulama durumundan etkilendiği belirlenmiştir. Ağrı inançları ölçeği toplam puanını ise ebeveynlerin eğitim seviyesi, yaşadığı yer ve çocuğunun kronik bir hastalığının olup olmaması etkilemektedir. Araştırmada, bazı sosyo-demografik özelliklerin ebeveynlerin ağrı inancını etkilediği belirlenmiş olup ebeveynlerin ağrı inançlarını değerlendirmeye yönelik çalışmaların farklı bölgelerde kültürel faktörleri içine alarak değerlendirilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Ağustos 2023, 89 Sayfa.

Anahtar kelimeler: Ağrı, İnançlar, Sosyal değerler, Ebeveynler

ABSTRACT

M. Sc. THESIS

**PAIN BELIEFS AND INFLUENCING FACTORS OF PARENTS OF CHILDREN
ADMITTED TO THE PEDIATRIC EMERGENCY DEPARTMENT WITH THE
COMPLAINT OF PAIN**

Hakan KORKMAZ

Kırşehir Ahi Evran University Health Sciences Institute

Department of Nursing Master of Child Health And Disease Nursing

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Gökçe DEMİR

Understanding the factors that influence pain beliefs is crucial for managing pain, a prevalent issue. The objective of this study was to assess the pain beliefs of parents whose children sought care at the Pediatric Emergency Department with complaints of pain, as well as the factors influencing these beliefs. This descriptive study involved 350 parents selected through random sampling, who had brought their children to the Konya City Hospital Pediatric Emergency Department due to pain complaints. Data were collected using a information form for descriptive characteristics and a pain beliefs scale. The average "Pain beliefs scale score" for the participating parents was 2.5 ± 0.78 , while the "Psychological beliefs score" averaged 2.08 ± 1.07 , and the "Organic beliefs score" averaged 2.78 ± 0.86 . It was determined that parents' psychological beliefs were influenced by factors such as gender, education level, place of residence, and economic status. Additionally, the organic beliefs of parents were found to be influenced by the number of children they brought to the hospital, whether their child had a chronic disease, and the status of treatment application. Furthermore, the total score on the pain beliefs scale was affected by parents' level of education, place of residence, and whether their child had a chronic disease. In this study, it was identified that certain socio-demographic characteristics had an impact on parents' pain beliefs, underscoring the importance of evaluating studies on parents' pain beliefs across different regions with consideration for cultural factors. In the study, it was determined that some socio-demographic characteristics affected the pain

beliefs of parents and it was concluded that studies to evaluate the pain beliefs of parents should be evaluated by including cultural factors in different regions.

August 2023, 89 Pages.

Keywords: Pain, Beliefs, Social values, Parents

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Bireyi sağlık kuruluşlarından yardım almaya yönelten en önemli sağlık problemlerinin başında ağrı gelmektedir (1,2). Ağrı, bireyin erken yaşam deneyimlerinden kaynaklanan fiziksel, duygusal ve bilişsel bileşenlerden oluşan subjektif bir deneyimdir. Ağrı genetik yatkınlık, cinsiyet ve ağrıya dair duygusal ve bilinçsel yaklaşımlar gibi zihinsel süreçlerden etkilenen dinamik bir yapıdır (3). Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği yaptığı açıklamasında ağrıyı “vücudun herhangi bir bölgesinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, bireyin geçmişteki deneyimleriyle ilgili, hoş olmayan duygusal, efektif bir duyu” olarak tanımlamıştır (4). Mc Caffery'nin ağrı ile ilgili yaptığı tanım ise “Ağrının kişiye özel olduğudur. Bir kişi vücudunun herhangi bir yerinde ağrısı olduğunu söylüyorsa ona inanmamız gerekir.” tanımı ise yapılan en doğru ağrı tanımı olarak ifade edilmiştir (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise ‘ağrının giderilmesi bir insan hakkı olmalıdır’ ifadesine yer vermiştir (6).

Vücutta bir uyarı sinyali olarak ortaya çıkan ağrı, periferik ve santral sinir sistemindeki (SSS) bir seri elektriksel ve kimyasal olaylar sonucunda meydana gelmektedir. Tedavi edilmeyen ağrı hayatı olumsuz manada etkileyebilmektedir bu nedenle ağrı bireyi fizyolojik ve psikolojik olarak etkileyen kompleks deneyim olarak karşımıza çıkmaktadır (7,8). Ağrı inancı ise bu deneyimin merkezinde yer alan ve bireylerin ağrıya dair sahip olduğu düşünceleri, tutumları ve beklentileri ifade eder (9). Bilişsel faktörler arasında yer alan ağrı inançları, bireylerin ağrı deneyimini şekillendiren önemli etkenlerden biri olarak öne çıkar ve ağrının algılanma biçimini, ağrıya tepki verme şeklini ve ağrının yönetimi üzerinde etkili olabilir (10). Ağrı inancının oluşumunu ve niteliğini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır; kişinin kültürü, eğitim düzeyi, ağrı deneyimi, çevresel etkiler ve sosyo-demografik özellikleri gibi unsurlar, ağrı inancının şekillenmesinde belirleyici rol oynar (11,12).

Ağrı, çocukların yaşam kalitesini ve genel sağlık durumunu ciddi şekilde etkileyebilen bir durumdur. Çocukların primer bakımından sorumlu olan ebeveynler, çocuklarının sağlığını ve refahını en üst düzeyde tutmak için hassas ve dikkatli bir şekilde çaba gösteren bireylerdir. Ebeveynlerin ağrı inançları çocuklarının ağrı deneyimini etkileyen kritik faktörlerden biridir. Ebeveynlerin ağrı inançları, kültürel faktörler, bireysel deneyimler ve eğitim düzeyi gibi bir dizi

etkenden etkilenebilir. Kimi ebeveynler, çocuklarının ağrılarını hafife alabilirken, bazıları ağrıyı ciddi bir sorun olarak görebilir. Ağrıya ilişkin inançlar, bireylerin ağrıya karşı duyarlılığı, tepkileri ve bu deneyimi ele alma biçimlerini şekillendirebilir (13-16).

Ağrıya yüklenen anlam, ağrı inançları ve bireylerin ağrıya karşı kullandıkları baş etme mekanizmalarının bilinmesi, ağrının kontrol altına alınmasında ve ağrıya yönelik verilen sağlık bakım hizmetlerinde bu bilgilerin kullanılması önemlidir. Ebeveynlerin ağrıya yaklaşımları, ağrıya olan inançları ve ağrıya yükledikleri anlamların bilinmesi ise çocukların ağrı ile baş etmelerinde ve çocukların yaşam kalitelerinin artmasında önem arz etmektedir (17-19). Aynı zamanda, ülkemize ağrı inancının değerlendirildiği çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Konu ile ilgili literatür gereksinimi olması nedeniyle bu çalışma çocuk acil servisine ağrı şikayetiyle başvuran çocukların ebeveynlerinin ağrı inançları ve ağrı inançlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Soruları

1. Çocuk acil servisine başvuran ebeveynlerin ağrı inançları nelerdir?
2. Çocuk acil servisine başvuran ebeveynlerin ağrı inançlarını etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

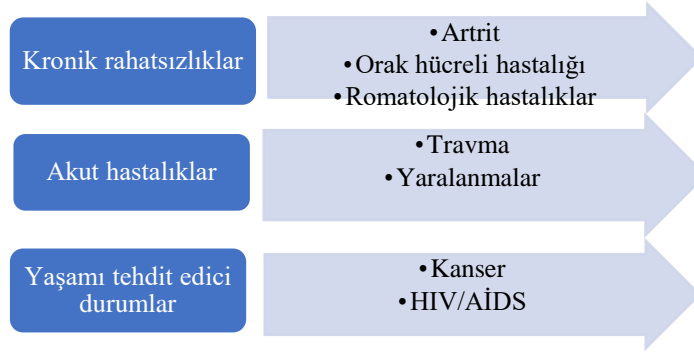
2.1. Ağrının Tanımı

Ağrı kelimesinin İngilizce karşılığı olan “pain” ceza, işkence, intikam anlamlarına gelen Latince “poena” kelimesinden gelmektedir. Uluslararası Ağrı Araştırma Derneğine göre; “var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duysal ve emosyonel deneyim” olarak tanımlanmaktadır (4,20). Mc Caffery’nin yaptığı ağrı tanımında ise “Ağrı bireyin söylediği şeydir. Kişi her ne zaman olursa olsun vücudunun bir yerinde ağrı var diyorsa ona inanmak gerekir.” sözü genel kabul görmüştür (5). Ağrının ifade edilmesi sözlü ifadenin yanında kendini ifade edemeyen bireylerde davranışlarla gösterilmektedir. Ağrı fiziksel, psikolojik, bilişsel, sosyokültürel etmenlerden oluşan çok katmanlı bir yapıdır, kişinin cinsiyeti, eğitimi, yaşadığı çevre, kültürü ve deneyimleri gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir (21,22). Ağrı kişinin hem fiziksel hem de zihinsel sağlığı etkileyerek kişinin yaşam kalitesinin düşmesine neden olurken, ağrının algılanması oluşan bölgeye, ağrının şiddetine ve bireyin ağrı inanışlarına göre değişebilmektedir (23-25).



Şekil 2.1: Ağrı deneyimini etkileyen unsurlar (26).

Ağrı duyusunun yaşanması yaralanma, travma, cerrahi operasyon, otitis media veya farenjit gibi akut hastalıklar neden olurken; aşı uygulamaları kan alma damar yolu açma gibi tıbbi işlemler ve orak hücreli anemi gibi kronik rahatsızlıklar nedeniyle ağrı duyusunu yaşamaktadırlar.



Şekil 2.3. Ağrı Kaynakları (26).

2.2. Ağrının Fizyopatolojisi

Ağrı fizyopatolojisi ağrının vücutta nasıl oluştuğunu ve yayıldığını açıklayan bir bilim dalıdır. Vücudun hasar görmesi veya uyarılması sonucunda ağrı uyarıcıları sinir hücrelerinde elektriksel sinyallere dönüşür. Bu sinyallerin algılanması özel nöronlar tarafından sağlanır ve ağrı uyarıcıları özelleşmiş sinir ağları aracılığıyla omurilik ve beyne iletilerek beynin çeşitli bölgelerinde ağrının değerlendirilmesi ve algılanması sağlanır (27,28). Vücudun ağrıyı algılanma süreci dört aşamadan oluşur ve bu sürecin tamamına nosisepsiyon adı verilir. Ağrının algılanması dört fizyolojik aşamadan gerçekleşir. Bu aşamalar “transdüksiyon, transmisyon, modülasyon, persepsiyon” şeklindedir.

Transdüksiyon: Uyarının sinir uçlarında elektriksel aktiviteye dönüştürülmesi kimyasal, ısı kaynaklı veya mekanik hasar sebebiyle meydana gelen fiziksel bir iletinin elektriksel aktivite halini aldığı ağrı oluşumunun ilk başladığı evredir.

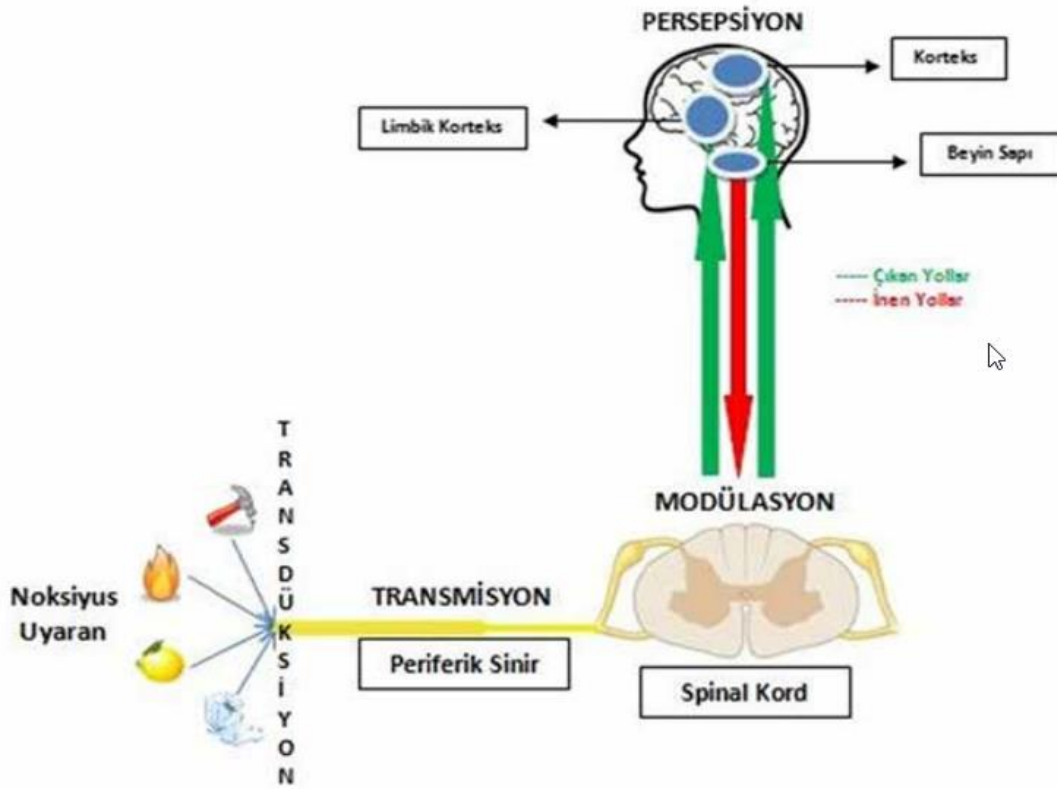
Transmisyon: Ağrının oluşumu sırasında nosiseptif impulsun sinir sistemi boyunca ağrının iletildiği evredir.

Modülasyon: Ağrılı uyarının medulla spinaliste değişime uğrayarak ağrılı uyarının üst merkeze iletilmesidir.

Persepsiyon: Omurilikten diğer üst merkezlere aktarılan iletinin bireyin deneyimleri ile etkileşime geçerek ağrı olarak algılanmasıdır. Ağrı uyarıcılarının kişi tarafından farkında olunan son aşaması olarak adlandırılır (25,29-31).

Ağrı uyarıcıları ‘A’ (A-alfa ve A-beta) ve ‘C’ lifleri ile spinal korda ulaştırılır. Miyelinli A lifleri iletimi hızlı şekilde iletirken ağrı akut, keskin ve lokal özelliktedir. Miyelinsiz ve kısa olan C

liflerinde ise ağrı daha yavaş iletilir, dağınık, sürekli, donuk, sızı verici ve yanma şeklinde hissedilir (32). Nöroseptörler, gebeliğin yedinci haftasından itibaren çalışmaya başlar ve 20. haftadan sonra tüm vücuda yayılır. Spinal liflerin doğumdan sonra miyelizasyonlarının devam etmesi nedeniyle yenidoğanlarda ağrı impulslarının çoğu A-delta liflerinden çok miyelinli olmayan C liflerinden taşınarak ağrı iletimi daha yavaş gerçekleşmektedir. Bu nedenle preterm bebekler ve term yenidoğanlar ağrı uyarılarına büyük çocuklardan daha duyarlıdır. İntrauterin dönemde başlamakta olan ağrı ve ağrıya verilen tepkiler yaşla beraber farklılık göstererek ileri yaşlarda yaşanan olayların hatırlanması şeklinde olmasa da aktif bilinç düzeyinde olmayan işlemsel hafızaya kaydedilerek çocuğun sonraki yaşlarda ağrılı işlemlere daha fazla tepki vermesiyle sonuçlanır (33-35).



Şekil 2.4: Ağrının iletim sistemi (29).

Ağrı duyusu beyne iletiildiğinde, algılanan ağrının şiddetini kişinin ağrı ile ilgili deneyimleri ve duyuşsal yanıtlarından etkilenebilmektedir (27). Ağrının kontrol edilmesi beyinde farklı bölgelerde yapılmaktadır bunlar; talamus, primer ve sekonder somatosensöriyel korteks, insula, amigdala, prefrontal korteks, anterior singulat korteksi içeren ve nöromatriks adı verilen bölgelerdir. Bu bölgeler düşünme faaliyetlerinin ve duyuşsal işlemlerin meydana geldiği yerler

olduğundan dolayı ağrı duyusunun hissedilme sürecinde bireyi fizyolojik ve psikolojik olarak etkileyebilmektedir (36,37).

2.3. Ağrının sınıflandırılması

Ağrının sınıflandırılması, ağrının tanımlanmasında ve etkili bir biçimde kontrol altına alınmasında önemli bir yere sahiptir. Ağrının sınıflandırılması ile tedavi biçimi belirlenmektedir. Ağrı; kaynağına, süresine, etiyolojik faktörlere veya bölgesine göre sınıflandırılabilir (28,38-40)

Tablo 2.1: Ağrının sınıflandırılması tablosu.

Kaynağına göre	Süresine göre	Etiyolojik faktörlere göre	Bölgeye göre
1. Nosiseptif ağrı	1. Akut ağrı	1. Kanser ağrısı	1. Baş ağrısı
- Somatik ağrı	2. Kronik ağrı	2. Postherpetik nevralji	2. Yüz ağrısı
- Visseral ağrı	3. Aralıklı ve tekrarlayan ağrı	3. Orak hücreli anemiye bağlı ağrı	3. Bel ağrısı
2. Nöropatik ağrı	4. Ani artan ağrı	4. Artrit ağrısı	4. Pelvik ağrı
- Santral ağrı	5. Aktivitede ağrı		
- Periferik ağrı	6. Doz sonu ağrısı		
3. Miks ağrı			
4. Psikojenik ağrı			

(26,28,40).

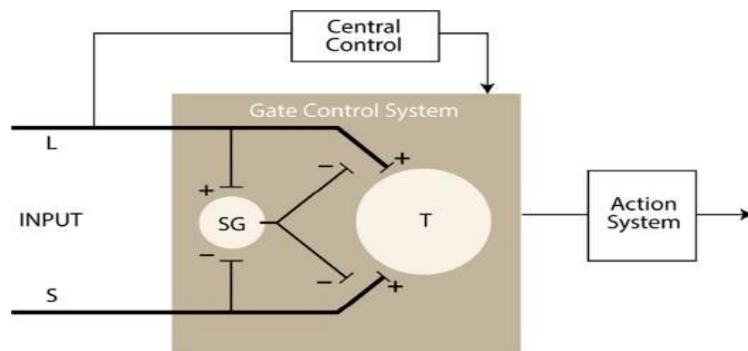
2.4. Ağrı Teorileri

Ağrı teorisyenleri insanların deneyimledikleri andan itibaren ağrının nedenleri ve tedavisi üzerinde araştırmalar yapmışlardır. Ağrının fizyolojik temelleri 1880'li yıllarda geliştirilmeye başlanılmıştır. Nörofizyolojik, psikolojik ve sosyal araştırmaların da katkısıyla çok yönden ele alınan ağrı fizyolojik temelini açıklamak için çeşitli teoriler ortaya konmuştur. Bu teorilerden

bazıları spesifik teori, patern teori, endorfin ve kapı kontrol teorisi, intensivite teorisi ve psikolojik teorilerdir (28,41,42).

2.4.1. Kapı Kontrol Teorisi

Melzack ve Wall'un 1965'te geliştirmiş olduğu kapı kontrol teorisi ağrı nörofizyolojisinde önemli bir atılım gerçekleştirmiştir. Kapı kontrol teorisi ağrı teorileri arasında en yaygın olanıdır bu teoriyle birlikte merkezi sinir sisteminin rolü önem kazanmıştır. Periferik sinir sisteminden gelen ağrı uyarılarını santral sinir sistemine iletilmeden önce spinal kordun dorsal boynuzundaki ağrı geçişini kontrol eden kapı benzeri mekanizma ile çeşitli modülasyonlara tabi tutulur. Kapı kontrol teorisinin vurguladığı üç önemli nokta vardır. Bunlar ise ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır. Sinir sistemindeki kapı kontrol mekanizmaları ağrının geçişinden sorumludur. Ağrı geçişini kontrol eden nörolojik sistemdeki kapı açık ise uyarılar bilinç düzeyine ulaşarak ağrı hissi ile sonuçlanır, kapı kapalı ise ağrı uyarıları bilinç düzeyine ulaşmadığı için ağrı duyusu hissedilmez (42-45). Kapı Kontrol Teorisi 'A' ve 'C' lifleri ile spinal korda ulaştırılan ağrı iletisinin düzenlenmesi ve değiştirilmesinin substantia gelatinoza hücrelerinin aktivasyonu ile gerçekleştiğini ve bu hücrelerin uyarıların geçişini etkilediği öne sürülmektedir. Bu durum iki yolla gerçekleşir. A ve C lifleri aksonlar üzerinde uyarı bloğu yaparak iletinin geçişini kapatır A ve C lifleri ile substantia gelatinozaya geldikten sonra ağrı uyarılarını kortekse gider ve korteks geçmişte yaşanan deneyimleri göz önüne alarak kapının açık veya kapalı kalmasını sağlar. Duyusal ve psikolojik yönlerin önemini açıklayan bu teori uygulanan non-farmakolojik yöntemlerin sıcak ve soğuk uygulama, masaj, Transkutan Sinir Stimülasyonu (TENS) gibi yöntemlerin temelini açıklar (46). Deride birçok büyük çaplı lif vardır. Deriye yapılan uygulamalar; masaj, akupunktur, dokunma, sıcak-soğuk uygulamalar gibi uygulamalar büyük lifleri harekete geçirir ve küçük çaplı liflerle taşınan ağrı uyarılarını engeller bu sayede ağrının giderilmesini sağlamış olur (38,47).



Şekil 2.5: Kapı kontrol teorisi mekanizması (46).

2.4.2. Endorfin Teorileri

Bu teori, 1970'lerde John Hughes ve Hans Kosterlitz tarafından yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur. Hughes ve Kosterlitz, endorfinlerin opioid alıcılarına bağlanarak zevk ve ağrı kontrolünde rol oynadıklarını keşfetmişlerdir. Endorfin terimi 'endojen' ve 'morfin' kelimesinin birleşiminden oluşarak oluşturulmuştur. Endorfin maddesi, beyin ve spinal kord uçlarında bulunan opioid uğlarda tutunup, ağrı iletimini bloke ederek ağrı yonetiminde etkin rol alırlar. Endorfinler vucudun kendisi tarafından uretilen dogal morfin olmasından dolayi kişilerin kendi endorfinlerini arttırmaya yonelik ęalıřmalar hız kazanmıştır. Endorfinler kan ve spinal sıvıya da geçerek, ağrı liflerini uyaran kimyasal maddelerin salınımını baskılayarak ağrı algılanmasını azaltırlar. Akut ağrı, yenileyen stres, morfinin uzun süre kullanımı, endorfin düzeyini azaltırken, hafif ağrı, masaj, fiziksel egzersiz, akupunktur ve TENS uygulamaları endorfin düzeyini arttırmaktadır (28,38,47).

2.4.3. Patern (Model) Teori

Patern teorisine göre ağrı duyusunun oluşması için belirli bir süre devam eden ağrılı uyaran spinal korda ulaştıktan sonra beyinde birikerek belirli bir seviyeye ulaşması gerekir. Ağrının yoğunluğu, uyarının gücü ve devam eden etkisiyle ilgilidir (48).

2.4.4. İnteraktif Ağrı Modeli

Bu modele göre, hastaların yaşadığı ağrı, sosyal sistemler içinde deneyimlenen psikofizyolojik bir fenomene dayanır. Ağrısı olan ve ona reaksiyon gösteren hastalar ęeřitli sosyal sistemlerin içindedir.

Bunlar aile, kültür, bakım sistemi ve hatta sosyal ağların kullanımı olarak sayılabilir. Bu sosyal sistemler ağrının yorumlanmasını, ifade edilif biçimini ve ağrı giderilmesi için neyin yapıp neyin yapılamayacağı konusunda hastayı ve bakım verenlerin davranışlarını düzenleyerek ağrı giderilmesini etkiler (49).

2.4.5. Psikolojik Teoriler

Bu teoriye göre ağrı bir duyu olarak değerlendirilir ve kişinin kendini algılamasından ortaya çıkar. Ağrı duyusu birçok durumda düşmanlık, suçluluk ve depresyon gibi duygulardan kaynaklanabilir. Bunun yanında özellikle çocuklar ebeveynin ilgisini çekmek için ağrıyı bir iletişim aracı olarak kullanabilmektedir (50).

2.5. Çocuklarda Ağrı

Her yaşta kültürde sosyoekonomik durumda görülen ağrı, çocukların yaşamlarını etkileyen, yaşla birlikte artış gösteren semptomlardan biridir. Çocuklarda ağrının fark edilmesi güçtür. Bazı çocuklar ağrılarını sözel olarak söyleyemezken bazı çocuklar hastalıkları ve klinik durumlarından, mizaçları ve kültürel nedenlerden dolayı ağrılarını ifade etmekten kaçınabilmektedir. Çocuklarda küçük yaşlarda oluşmaya başlayan ağrı algısı çocuğun yaşına, gelişim düzeyine, kültürüne, cinsiyetine, ebeveynlerin eğitimine, geçmiş deneyimlerine ve sosyokültürel etmenlerine göre değişkenlik göstermektedir. Çocuğun ağrıyı algılama, yorumlama ve ifade etmedeki sürekli değişimler ağrının belirlenmesini ve tedavisini zorlaştırmaktadır. Ağrının çocuklar üzerinde fiziksel ve psikososyal etkileri göz önüne bulundurulmalı, ağrıya neden olan durumun tespit edilmeli ve her bireye özgü tedavi planlanması gerekmektedir. Günümüzde ilerleyen tedavi yöntemlerine rağmen duygusal veya sözel olarak ağrılarını ifade etmekte zorlanan çocuklarda ağrının doğru bir şekilde değerlendirilmesi yapılamamakta tedavisinde gecikmelere neden olmaktadır (51-53). Çocuklarda ağrı tedavisi etkin bir şekilde yapılmadığında ileriki dönemlerde nörolojik ve davranışsal bozukluklara, strese, öğrenme güçlüğüne, dikkat dağınıklığına neden olabilmektedir (54-58).

Tablo 2.2: Çocuklarda ağrı algılamalarını etkileyen durumsal fiziksel ve duygusal faktörler.

Durumsal faktörler	Fiziksel faktörler	Duygusal faktörler
-Beklenti, -Kontrol, -İlgi, -Ağrının nedeni ve niteliği, -Sosyokültürel faktörler, -Hastalıklar.	-Yaş, -Gelişimsel düzey, -Cinsiyet, -Mizaç, -Çocuk ve ailenin öğrenme durumu, -Geçmiş ağrı deneyimi, -Baş etme şekli, -Ailenin ağrıya bakış açısı ve inanışları.	-Korku, -Öfke, -Engellenme, -Huzursuzluk.

Çocuğun fizyolojik ve psikolojik olarak sağlıklı bireyler olarak yetişmesinde ebeveynlerin ağrı yönetim davranışları önem teşkil etmektedir. Çocukların ağrıya yaklaşımları ebeveynleri ile birlikte oluşmaktadır. Ebeveynlerin ağrıyı algılama ve yaklaşımları, çocukların ve ağrı algısını oluşturmada ilerleyen dönemlerde ağrıya olan yaklaşımları da ebeveynleriyle benzerlik göstermektedir (59-61).

2.6.Çocuklarda Gelişim Dönemlerine Göre Ağrı

Çocuklarda ağrıya vermiş oldukları tepkiler yaş, cinsiyet, gelişim düzeyleri, ailenin ağrıya yönelik tutumları ve geçmiş deneyimlerine göre değişmektedir.

0-12 Ay Arası Çocuklar

Bebeklerde ağrı duyusu bilişsel düzeyde hafızaya kaydedilir. Ebeveynlerin stres ve kaygı durumları doğrultusunda ağrıyı algılayıp tepki gösterirler. Beden hareketlerinde değişiklikler olmaktadır bu hareketler, çekilme, alında kırışıklık, kaşlarda çatılması, dudaklarda gerginlik ve ağlama meydana gelmektedir. Bebeklerde, uyku bozukluğu, huzursuzluk, üzüntü ve öfke uyarandan olarak kaçma hareketleri görülür (28).

1-3 Yaş

1-3 yaş grubundaki çocuklar ağrıya neden olan durumu algılayamaz, yoğunluğunu ve ağrının tipini ifade edemezler. Kelime olarak acı sözcüğünü ifade edebilirler. Bu yaş grubundaki çocuklar ağrıdan korkarlar. Ağrı durumunda çocuklar, kaçınma, saldırgan davranışlar, bağırma, içine kapanma, uyku düzeninde bozulma görülür.

3-6 Yaş

3-6 yaş arası çocuklar ağrının psikolojik yönlerinden daha çok ağrının fizyolojik yönleri üzerinde dururlar. Ağrının durumunu ifade edebilir, ağrıyan yerlerini gösterir, ağrının şiddetini ve özelliklerini tanımlayabilirler. Bilişsel baş etme yöntemlerini kullanabilirler. Ağrının kendilerine verilmiş bir ceza olduğunu düşünürler fiziksel direnç uygularlar ve ağlama çığlık atma gibi agresif davranışlarda bulunurlar (62-64).

7-12 Yaş

7-11 yaş arası çocuklar ağrı konusunda, yaralanmalara bağlı ağrılardan ve iç organlardan kaynaklanan ağrıları ifade ederler. Bu yaş grubundaki çocuklar ağrıyı duyuşsal ve bilişsel olarak

ifade ederler. Beden imgesine yönelik kaygıları vardır. Çevresindekilere cesaretli görünmek için rahat gibi görünürler (65,66).

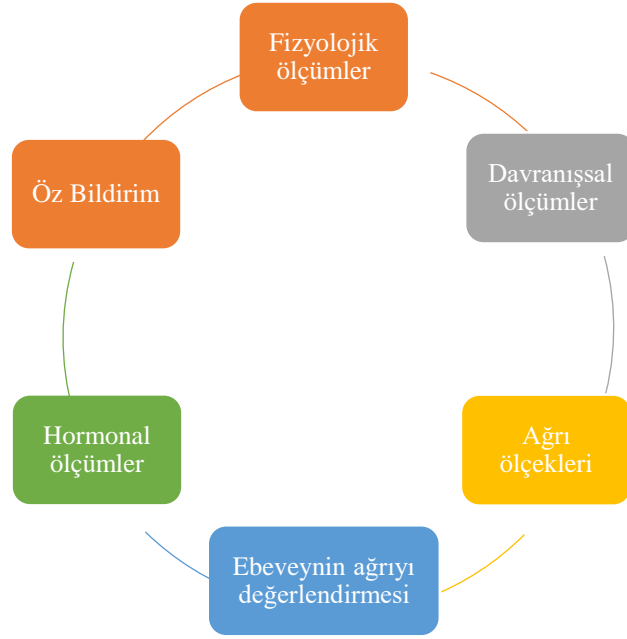
13-18 Yaş

13-18 yaş grubundaki çocuklar ağrıyı sözel olarak ifade etmeye en az baş vuran gruptur. Ağrıyı olumsuz psikososyal durumların sebep olduğu duyuşsal bir neden olarak görürler. Bu yaş grubunda bedensel imgesine yönelik kaygı duyarlar. Ağrı yaşayan ergenler davranışlarını kontrol etmekte, konsantre olmakta zorlanırlar ve okul başarısında azalma yaşayabilirler. Yaşadıkları ağrı durumlarını ile bilgileri detaylı ifade edebilirken ağrısını söylerken çekinme utanma davranışları gösterebilirler (67).

2.7. Çocuklarda Ağrının Değerlendirilmesi

İntrauterin dönemden itibaren ağrının hissedildiği ve çocukların ağrıyı çok iyi algıladıkları ve hatırladıkları bildirilmektedir. Ağrı yönetiminin ilk basamağı olan ağrının fark edilmesi ve doğru değerlendirilmesi, ağrı yönetiminin en önemli bileşenidir (68). Çocuklarda ağrı değerlendirilmesi, çocuğun sağlık durumunu anlamak ve ağrısının nedenini belirlemek için önemli bir süreçtir. Çocuğun ağrı ifadesi ağrı değerlendirilmesinde en önemli bulgu olarak kabul edilmektedir (69). Ağrının doğru bir şekilde değerlendirilmesi, uygun tedavi planının oluşturulmasına ve çocuğun yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olur. Çocukların ağrıdan dolayı korku ve endişe duymaları ağrı belirtilerini kaygı, açlık, ebeveynlerden ayrılma gibi belirtilerle karıştırılması, ebeveynlerin ağrı ile eğitiminin olmaması ağrının değerlendirilmesini güçleştirmektedir (70,71). Ağrının etkin bir şekilde değerlendirilmesi ağrının şiddetini belirlenmesini sağlayarak doğru tanı, tedavi ve bakım yönetimini sağlar (72). Ağrının değerlendirilmesi çocuğun yaşına ve gelişimine düzeyine uygun yapılmalıdır. Değerlendirme aşamasında ise bazı değerlendirmeler yapılmalıdır. Gözlem ve izleme, soru sorma, ölçek kullanma, çocuğun kendisini ifade etmesine izin verme, ebeveyn ve bakıcı yorumları ve fizik muayene ile yapılması ağrı değerlendirilmesinde yardımcı olabilmektedir. Çocukta ağrı değerlendirilmesinde ve tedavisinde çok yönlü bir yaklaşım sergilenmeli ağrının niteliği ve niceliği doğru bir şekilde tanımlanmalıdır (73). Niteliksel tanılamada ağrının yeri süresi özellik etmenleri değerlendirilirken, niceliğinde sayısal, görsel ve sözel ölçeğinin kullanılması ağrının şiddetinin belirlenmesi gerekmektedir (28,74-76). Çocuklar yaşadıkları ağrıya fizyolojik, davranışsal ve hormonal yanıt verirler (77).

Fizyolojik ölçümler: Fiziksel değerlendirme ağrının belirlenmesinde önemli bir bileşendir. Ağrı durumunda çocuklarda nabız, kan basıncı, solunum sayısı ve intrakranial basınçta artış görülürken, oksijen saturasyonunda düşme, avuç içlerinde terleme sayılabilir bu değişikliklere ek olarak solunum paterni, deri rengi ve pupil boyutlarında da ağrılı uyaranlarla birlikte değişiklikler olduğu bilinmektedir. Fizyolojik yanıtlar çocuğun stres reaksiyonuyla karıştırılabilir bundan dolayı değerlendirmeler yapılırken davranışsal yanıtlar ve öz bildirim yanıtları göz önünde bulundurulmalıdır (55,78-80).



Şekil 2.6: Çocuklarda ağrı şiddetini değerlendirme bileşenleri.

Davranışsal ölçümler: Sözel iletişimi olmayan, bilişsel geriliği bulunan, öz bildirimde bulunmak istemeyen, bilinci kapalı çocukların ağrı değerlendirilmesinde ve öz bildirimde ek olarak davranışsal yanıtlara bakılmalıdır. Bu davranışlar; ağlama, yüz ifadesinde değişiklikler, beslenme güçlüğü, postür, ekstremitelerde gerginlik, kaşların çatılması, gözleri kısma ve ajitasyon olarak özetlenebilir (81,82).

Hormonal ölçümler: Hormon düzeyindeki değişiklikleri yansıtır. Büyüme hormonu, katekolaminler (norepinefrin ve epinefrin), kortizol, b-endorfin, glukagon, renin, aldosteron artarken, insülin salgılanması genellikle baskılanır Hormonal değişikliklerin laboratuvar tetkikleri ile saptanması zaman alabilir. Bu sebeple hormonal değişkenler, akut ağrı yanıtının değerlendirilmesinde pratik kullanıma sahip değildir (83).

Öz bildirim: Ağrının subjektif bir deneyim olmasından dolayı öz bildirim çocuğun ağrısının yeri, şiddeti, özelliklerinin değerlendirilmesinde kullanılır. Üç yaşından sonra etkili bir şekilde kullanılabilen yöntem çocuğun sözel ve bilişsel durumundan etkilenmektedir (28,84).

Ebeveynin Çocuğun Ağrısının Değerlendirilmesi: Ebeveynler çocuklarını çok iyi tanıdıkları, çocuklarının isteklerini, sözlerini ve davranışlarını kolay bir şekilde yorumlamaları, çocuklarındaki ağrıyı arttıran ve azaltan etkileri bilmelerinden dolayı ebeveynlerin çocuklarıyla ilgili görüşleri etkili bir ağrı değerlendirmesi için önemlidir.

Ağrı Ölçekleri: Çocuğun yaşı, genel durumu, ağrı algısı, iletişim düzeyi gibi etmenler göz önüne alınarak yapılacak olan ölçümlerde ağrı ölçekleri kullanılmaktadır. Çocuklarda ağrı değerlendirilmesi için güvenilirliği sağlanmış birçok ölçek bulunmaktadır (7).

2.7.1. Çocuklarda Ağrının Değerlendirilme Ölçekleri

Ağrının pediatrik grupta şiddetini değerlendirmek için kullanılan yöntemlerin belirlenmesi yaş, bilinç durumu, ağrıyı algılama durumu göz önüne alınarak değerlendirmeler gerekmektedir ve bu değerlendirmeler belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır. Değerlendirme yöntemleri seçilirken ağrının durumu, çocuğun yaşı, çocuğun fonksiyonel durumu, yetenekleri, duyuşsal durumu ve iletişim kurma becerileri göz önüne alınır. Literatürde geçerliliği ve güvenilirliği sağlanmış birçok pediatrik ağrı değerlendirme ölçeği bulunmaktadır (85).

Tablo 2.3: Yaş dönemlerine göre ağrı değerlendirilme ölçekleri.

Çocukların Yaş Grubu ve Özellikleri	Ağrı Değerlendirme Ölçekleri
0-1 Ay	-PIPP- Pramatüre Yenidoğan Ağrı Profili -NIPS- Yenidoğan Bebek Ağrı Ölçeği -CRIES-Ağlama, Oksijen gereksinimi, Yaşamsal bulgulara artış, Görünüm, Uykusuzluk -NFCS- Yenidoğan Yüz Kodlama Sistemi -NPASS- Yenidoğan Ağrı, Ajitasyon ve Sedasyon Ölçeği -FLACC- Yüz, Bacaklar, Aktivite, Ağlama, Avutabilirlik -COMFORT- Konfor Ağrı Değerlendirme Ölçeği

Tablo 2.3 (devam): Yaş dönemlerine göre ağrı değerlendirilme ölçekleri.

1 Ay – 1 Yaş	-CRIES-Ağlama, Oksijen gereksinimi, Yaşamsal bulgularda artış, Görünüm, Uykusuzluk -FLACC- Yüz, Bacaklar, Aktivite, Ağlama, Avutabilirlik -COMFORT- Konfor Ağrı Değerlendirme Ölçeği
1– 3 Yaş	-FLACC- Yüz, Bacaklar, Aktivite, Ağlama, Avutabilirlik -COMFORT- Konfor Ağrı Değerlendirme Ölçeği
3- 12 Yaş	-FPS- Yüzler Ağrı Ölçeği -FPS-R Revize Edilmiş Yüzler Ağrı Ölçeği -VAS- Görsel Kıyaslama Ölçeği -FLACC- Yüz, Bacaklar, Aktivite, Ağlama, Avutabilirlik -OUCHER -Renkler Ölçeği -Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği -Fişler Ölçeği
12-18 Yaş	-Sözel Tanımlayıcı Ölçek -Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği -FPS- Yüzler Ağrı Ölçeği -FPS-R Revize Edilmiş Yüzler Ağrı Ölçeği -VAS- Görsel Kıyaslama Ölçeği -Renkler Ölçeği -Fişler Ölçeği
İletişim Kurulamayan Çocuklar	-İletişim Kurulamayan Çocuklar İçin Ağrı Kontrol Listesi -PICIC-İletişim Engelli Çocuklarda Ağrı İndikatörü -FLACC- Yüz, Bacaklar, Aktivite, Ağlama, Avutabilirlik -COMFORT- Konfor Ağrı Değerlendirme Ölçeği

(86-92).

2.8. Ağrıda Tedavi Yöntemleri

Ağrı tedavi yöntemleri, oluşan bölgeye çocuğun yaşına, ağrının şiddetine ağrı inanışlarına, ağrıyla baş etme yöntemlerine ve ağrının tipine bağlı olarak değişiklik gösterir. Çocuklarda ağrı yönetimi bütüncül ve öznel bir yaklaşım gerektirmektedir. Yapılan araştırmalarda çocuk hastalarda ağrı prevalansının artmakta olduğu ve çocuklar üzerinde olumsuz duygusal ve duygusal tepkilere yol açtığı belirlenmiştir. Çocukların yaşadığı ağrıların çoğunun evde ebeveynleri tarafından tedavi edildiğine dikkat çekilmiştir (93-96). Çocuklarda gelişim düzeyi, yaş durumu, iletişim becerileri, ağrı deneyimleri ve ağrı tedavisi üzerinde etkili olmaktadır (83,97). Ağrı ile baş etme yöntemleri farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler olarak iki gruba ayrılır. Yapılan çalışmalarda farmakolojik çalışmaların non-farmakolojik çalışmalarla desteklendiğinde daha olumlu sonuçlar alındığını bilinmektedir (98).

2.8.1. Farmakolojik Yöntemler

Farmakolojik yöntemlere baktığımız zaman bu yöntemleri üç kısımda inceleyebiliriz; çocuklardaki akut ve kronik ağrıların tedavisinde en sık ilaç tedavisi kullanılmaktadır. Analjezik ilaçlar tek başına veya ilaç kombinasyonu şeklinde kullanılabilir. Bu amaçla, non-opioid analjezikler, opioid analjezikler ve adjuvan analjezikler kullanılmaktadır (99).

Opioid Olmayan Analjezikler

Non- opioid analjezikler hafif ağrılarda tek başlarına veya orta şiddetteki ağrılarda opioidlerle birlikte kullanılır. En sık kullanılan non-opioidler, parasetamol, aspirin ve non-steroid antiinflamatuarlardır. Non-Opioid analjeziklerde ilacın dozunu arttırmak ağrının tedavisinde etkili olmadığı gibi yan etkilerinin görülme sıklığını arttırabilir. Nonsteroidal antiinflamatuvar analjeziklerin kanama riski olan bebeklerde ve çocuklarda kullanılmasına dikkat edilmelidir (100).

Opioid Analjezikler

Şiddetli ağrıların tedavisi için opioid analjezikler kullanılır. Opioid analjezikler grubunda, morfin, meperidin, metadon, fentanil, kodein ve hidromorfon yer alır ve bu grupta en sık kullanılan morfindir. Morfin kullanımına bağlı tolerans ve bağımlılık gelişimi erişkinlere göre çocuklarda daha az görülmektedir (101). Opioidlerin en sık görülen yan etkileri; konstipasyon,

bulantı ve kusmadır. Diğer yan etkileri; öfori, konvülsiyon, miyozis, ağız kuruluğu, üriner retansiyondur (3).

Yardımcı İlaçlar

Tek başına ya da opioidlerle birlikte ağrı kontrolünde ve analjeziklerin yan etkileri azaltmak için kullanılan yardımcı ilaçlar anksiyeteyi azaltmak ve sedasyon sağlamak için kullanılır. Yardımcı ilaçlar antikonvulsanlar, antidepresanlar, oral lokal anestetikler, nöroleptikler, kas gevşeticiler, antihistaminikler, psikostimulanlar, kortikosteroidler ve kalsiyum kanal blokerlerinden oluşmaktadır (101).

2.8.2.Non-farmakolojik Yöntemler

Non-farmakolojik yöntemler, ilaçlarla birlikte kullanıldığında ilacın etkinliğini artırıp, tek başlarına kullanıldıklarında ise vücutta morfin, endorfin gibi hormonların üretilmesine katkı sağlayarak ağrı tedavisinde etkili olan ilaç dışı uygulamaların tamamına denir (90,97). Çocukların ağrılarını yönetmek için bilişsel, duygusal, duyusal ve davranışsal tepkilerini düzenleyen non-farmakolojik yaklaşımlar, çocukların ağrı, sıkıntı, kaygı ve korku duygularını azaltmasına yardımcı olur. Literatürde, çocuklarda yaş gruplarına göre çeşitli non-farmakolojik ağrı kontrol teknikleri bulunmaktadır (102).

Dokunma ve Masaj

Terapötik dokunma, vücuttaki enerji noktaları olarak geçen bölgelere belirli bir süre dokunma yöntemiyle uygulanan ağrı giderme yöntemidir. Masaj ve dokunma en çok başvurulmuş non-farmakolojik yöntemlerden biridir. Özellikle küçük çocuklar için kolay uygulanabilir güvende olma hissini güçlendirilmesi açısından önemlidir (35). Son dönemlerde yapılan araştırmalarda, masajın çocuklarında uzun süreli ağrıların azaltılmasında etkili olduğu bildirilmiştir (28). Kapı kontrol mekanizmasına göre, masaj yoluyla iletilen dokunsal bilgiler ağrı kapılarının kontrollerinden geçebilen geniş miyelinli liflerle aktarılır ve bu da ağrının algılanmasını azaltır (15). Son zamanlarda, çocuklarda kronik ağrıların tedavisinde dokunma ve masaj uygulamasının kullanılması çocuklarda ağrının azaltılmasında veya ortadan kaldırılmasında yardımcı olduğu bulunmuştur (103,104). Yapılan bir çalışmada kanserli çocuklarda masaj tedavisinin intratekal tedavi veya kemik iliği aspirasyonundan kaynaklanan ağrı ve anksiyeteye etkisini araştırdıkları çalışmada masaj yapılan çocukların ağrı ve anksiyete düzeylerinin anlamlı

olarak azaldığını tespit etmişlerdir. Masajın çocuklar üzerinde ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında olumlu etkisi olduğunu göstermektedir (105).

Pozisyon Verme

Araştırmalar incelendiğinde pozisyon verme (prone, cenin pozisyonu verme, sarmalama gibi) dokunsal uyarı ve ısı sağlayarak, bebeklerin düzenleyici sistemlerini harekete geçirdiği, dış ortamdan gelen ağrılı uyarıyı engellediği ve ağrıyı azalttığı yenidoğanlarda önemli rahatlık sağladığı belirtilmektedir. Prone pozisyonun ağrı ve stresi azalttığı, stabiliteyi sağladığı, Cenin pozisyonunun ise işlem sonrasındaki ağlama süresini ve ağrıyı azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (102,106).

Kanguru Bakımı

Ten-tene temas olarak tanımlanan kanguru bakımı, kolay uygulanabilir bir yöntem olması nedeniyle yenidoğan bebeklerde yaygın şekilde kullanılmaktadır. Kanguru bakımı aynı zamanda ebeveynlerin bebekleriyle ilgili anksiyete ve korkularını, bebeklerin de endorfin salınımını arttırılmasını sağlayarak hem ebeveynlerin hem bebeğin sağlığına katkıda bulunur. Yapılan çalışmalar sonucunda preterm yenidoğanlarda otonomik ağrı yanıtlarını azaltmada kanguru bakımının etkili olduğu vurgulanmıştır (107-110).

Transkutan Elektriksel Sinir Stimülasyonu-TENS

Transkutan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS) tekniği deriye uygulanan elektrotlar aracılığıyla sinirlerin uyarılması yöntemidir. Transkutan Elektriksel Sinir Stimülasyonu ağrıyı hafifletme veya tamamen ortadan kaldırmak için güvenli bir ağrı giderme yöntemidir. Transkutan Elektriksel Sinir Stimülasyonu, boyun, sırt ve baş ağrılarında, osteoartrit, romatoid artrit, kırıklar ve cerrahi sonrası kas ağrıları için kullanılmaktadır. Transkutan Elektriksel Sinir Stimülasyonunun analjezik etkisi, kapı kontrol teorisi ile ilişkilendirilmiştir. Bu teoriye göre, geniş yayılım gösteren afferent sinir liflerinin uyarılması sonucu kapıyı kapatabileceğini iddia etmektedir (111). Yapılan bir çalışmada TENS uygulamasının 5-17 yaş aralığındaki çocuklardaki ağrıyı azalttığı belirlenmiştir (112).

Sıcak Uygulama

Sıcak uygulama; bedeninin herhangi bir bölgesi üzerine ısı veren nesnenin yerleştirilmesidir (15). Sıcak uygulama, damarlarda vazodilatasyon ve artan kan dolaşımı toksik metabolitlerin

ortamdan uzaklaştırılmasını oksijen iletiminin ve lökosidin taşınmasını hızlandırarak doku iyileşmesine katkıda bulunur. Sıcak uygulama ısı reseptörleri aracılığıyla ağrıyı azaltan refleksi hareketi geçirir. Aynı zamanda kasların gevşemesini ve kas ağrılarının azalmasını sağlar (113).

Soğuk uygulama

Bedenin herhangi bir bölgesini soğutma amacıyla bir nesne uygulamasıdır. Soğuk uygulama, yapıldığı bölgedeki damarlarda vazokonstriksiyona neden olarak kan akımını, metabolik hızı, enzim reaksiyonlarını ödemi ve kas ısısını düşürmekte ve ısı reseptörlerinin refleks etkisi ile kas liflerinin gerilme hassasiyeti üzerinde azalmalar olur bu sayede deri duyarlılığı azalarak ağrı sinyallerinin iletimini engellemektedir. Soğuk uygulama inflamatuvar aracılarının yoğunluklarını azaltarak doku hasarının önüne geçmektedir (113-117).

Müzik dinletme

Müzik terapisi, iyileşmeyi ve konforun artmasını sağlayan bir araçtır. Müziğin tedavi edici özelliği yüzyıllar boyunca görülmüştür. Dikkatin ağrı dışında başka bir uyaranda odaklaşmasını sağlayan müzik terapisi, endorfin salgılanmasını artırarak rahatlık sağlar (103). Hartling ve arkadaşlarının, çocuk acil serviste 3-11 yaş arasındaki çocuklarda ağrı ve sıkıntıyı azaltmak için müziğin etkisini araştırdığı çalışmada müziğin, intravenöz kateter takılan çocuklarda anlamlı şekilde ağrı ve sıkıntı üzerinde olumlu etkisi olduğu ifade etmiştir (118). Kristjansottir, başı sıkıntılı işlemleri yapılan randomize kontrollü çalışmada, müzik terapisi alan adolesanların, ağrısının daha düşük olduğu sonucuna varmıştır (119).

Dikkati Başka Yöne Çekme

Dikkat dağıtma, dikkatin ağrıdan uzaklaştırılması ve başka bir şeye yoğunlaştırılması yoluyla ağrının daha az hissedilmesini sağlar. Kapı kontrol teorisi, dikkatin ağrıdan uzaklaştırılması ve ağrının kapının dışında tutulması fikrini destekler. Çocukların ağrılı bir işlem sırasında daha az acı çekmelerine yardımcı olmak amacıyla dikkat dağıtma yöntemlerini kullanır. Yapılan araştırmalar, dikkatin ağrıdan uzaklaştırılmasının çocuklarda ağrı ve stresi azalttığını göstermektedir. Bu nedenle, bu yöntem ağrı yönetimini kolaylaştırmada etkili bir strateji olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalarda dikkati başka yöne çekmeye dönük çeşitli yaklaşımların çocuklarda ağrı yönetiminde etkili bir yöntem olduğu ağrı ve stresi azalttığı gösterilmiştir (120-125).

Düşleme/Hayal Kurma

Düşleme veya hayal kurma yöntemi bireyde kontrol duygusunu bırakarak gevşemeyi amaçlar. Düşleme veya hayal kurma yönteminde kişi kendisini ortamdan uzaklaştırarak başka bir yerde olduğunu düşünme işlemidir. Bu yöntem sayesinde kişi ritmik solunuma kavuşur kaslar gevşer anksiyete ve ağrı azalmış olur. Veya tam tersi işlemle dikkat ağrıya yönlendirilir ve ağrılı bölgenin buza dönüşmüş olduğu ya da ağrılı bölge üzerinde ağırlık yapan bir nesnenin var olduğunu hayal etmesi söylenir (103).

Çocuklarda Tedavi Edilmeyen Ağrının Olumsuz Etkileri

Ağrı uzun süre kontrol edilmediğinde günlük yaşam aktivitelerini etkilemekte, yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemekte, sosyal ilişkilerde bozulmalara yol açmakta ve bağışıklık sisteminin baskılanmasına neden olmaktadır. Kontrol edilemeyen ağrı hastanede kalış süresini uzatmakta ekonomik maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Ağrının etkin bir şekilde değerlendirilememesi, ağrı konusunda bilgi eksikliğinin olması, ağrı ile yanlış inanışlar ağrının etkin bir şekilde tedavi edilmesini güçleştirmektedir (126,127).

Tablo 2.4: Kontrol edilemeyen ağrının komplikasyonları.

Kontrol Edilemeyen Ağrının Komplikasyonları	
Bağışıklık Sistemi	Enfeksiyon, Yara iyileşmesinde gecikme
Endokrin sistem	Hiperглиsemi, Glukoz İntoleransı
Gasrointestinal Sistem	Kontipasyon, Paralitik İleus, Bulantı, Kusma, Abdominal Distansiyon
Solunum Sistemi	Atelaktazi, Pnömoni, Hipoksi
Kas- İskelet Sistemi	Derin ven Trombozu, Venöz Tramboemboli
Üriner Sistem	Üriner Retansiyonu
Kardiyovasküler Sistem	Taşikardi, Hipertansiyon, Aritmi, Miyokard İnfarktüsü
Psikolojik Etkiler	Huzursuzluk, Depresyon, Öfke, Uyku Bozuklukları, Anksiyete

(23,128,129).

Yapılan araştırmalarda çocukluk döneminde uzun süreli ağrıya maruz kalmamanın yetişkinlik döneminde problemlerin ortaya çıkma riskini kolaylaştırdığı ve çocukların davranışlarını, aileleriyle olan etkileşimlerini, beslenme düzenini, duyu ve beyin gelişimini etkileyerek büyümeyi olumsuz etkilediği bulunmuştur (86,90). Çocuklarda ağrının tanımlanması, değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması çocukların fiziksel psikolojik ve sosyal sağlığı açısından çok önemlidir (6).

2.8.4.Ağrı Yönetiminde Ebeveyn Katılımı

Çocuğun ağrıya verdiği tepkiler ve ağrıyı algılayış biçiminde ebeveynin büyük önemi vardır. Ebeveynler çocukları hasta olduğunda stresin arttığı, kaygı durumunun arttığı ve kendilerini çaresiz hissettiklerini bildirmektedirler. Yapılan araştırmalarda, ebeveynin ağrıya karşı gösterdiği tutum ve davranışlar çocuğun ağrı algısını ve ağrıyla baş etme becerilerini önemli düzeyde etkilediği bulunmuştur. Bu nedenle çocukların ağrı tedavisinde uygulanan planın ebeveynin ağrı tutumlarına ve inançlarına uygun hazırlanması ve ebeveynlerin ağrı yönetimine dahil edilmesi çocuğun ağrısının etkin bir şekilde tedavisi için önemlidir. Aile merkezli bakımın çocukların ağrı yönetiminde oldukça önemlidir. Başarılı bir ağrı yönetimi için çocuğun tedavisi ve bakımı ile ilgili kararlarda ebeveynlerin katılımı görüşleri ağrı ile ilgili tutumları önemlidir. Ağrı yaşayan çocuklar durumla baş etmek için ebeveynlerin yanlarında bulunmasına ve desteğine gereksinim duymaktadırlar. Ebeveynlerin anksiyete stres düzeylerinin yüksek olması, çocukların stres kaygı düzeyini arttırmaktadır. Ebeveynlerin ağrıyı olumsuz yaklaşımları çocukların ağrı bildirimlerini arttırmaktadır. Ebeveynlerin ağrı durumunda çocuğun dikkatini başka yöne çekmeye çalışması ve mizah kullanmaları çocukların ağrı bildirimlerini azaltmaktadır (130).

2.9. Ağrı İnançları

İnançlar, “Kişinin doğru veya gerçek olarak kabul ettiği bir şey; kesin bir görüş” olarak tanımlanmaktadır. İnançlar aynı zamanda “davranışı yöneten temel gerçekler.” olarak da tanımlanabilir. Ellis’e göre inançlar sabit gerçekler değil hipotezlerdir; test edilebilir, gözlenebilir ve değiştirilebilirler. Bilişsel bakış açısına göre ağrı inançları kaynağını kişinin düşünce sisteminden alır (10). Ağrı inançları kavramı, ağrının özelliği, nedeni, süresi sonuçları ve kişinin ağrı deneyimlerine göre değişkenlik gösterir (23,131,132). Kişinin kültürel değerleri ve inançları bireyin ağrı ile başa çıkma durumlarını etkiler (12,133,134). Bireyin ağrı inancı organik, psikolojik ve çevresel faktörlerden oluşmakta bu inançlar bireysel deneyimlere ve

kişisel özelliklere bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir (132,135,136). Ağrı inançlarının organik ve psikolojik olmak üzere iki boyutu vardır. Organik ağrı inançları fiziksel zarara işaret eden fizyolojik ağrı deneyimlidir, psikolojik ağrı inançları ise iyi olma halini potansiyel olarak tehdit edebilecek depresyon, anksiyete gibi duygular deneyimidir (137,138). Ağrının organik ya da psikolojik doğasına ilişkin inançları bireylerin ağrıyla başa çıkma becerilerini, duygu ve düşünce durumlarını etkileyebilen önemli bir terim olarak karşımıza çıkmaktadır (139,140). Ancak çocukların ağrılarıyla ilgili karşılaşabilecekleri düşünce ve inançlar hakkında çok az şey bilinmektedir. Çocuğun kronik ağrı ile nasıl başa çıktığı ve ağrıyı sosyal, kişisel ve ilişkisel bir çerçevede nasıl etiketlediği bilgisi kısıtlı olduğundan dolayı çocuklarda ağrı tedavisi zor olmaktadır. Bakım verici rolde olan ebeveynlerin ağrı inancı çocukların ağrılarını anlama, değerlendirme ve tedavisinde önem kazanmaktadır. Bazı ebeveynlerin duygu ve inançları çocukların yaşadığı ağrıyı ciddi bir sorun algılayabilirken bazı ebeveynler ağrının hayatın normal bir parçası olduğunu düşünmektedir Ebeveynlerin çocuklarındaki ağrıya yaklaşımları, ağrı konusundaki bilgileri, uygun tedavi yöntemlerini uygulamaları çocuklarındaki ağrının etkin bir şekilde tedavi edilmesini sağlamakta çocuklarının inançlarını olumlu yönde gelişmesini etkileyebilmektedir (141,142).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya Şehir Hastanesi çocuk acil servisinde 01.08.2022- 01.12.2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Konya Şehir Hastanesi Ekim 2020 tarihinden itibaren, 256 yoğun bakım, 108 acil ve 30 diyaliz yatağı olmak üzere toplam 1250 yataklı olarak hizmet vermektedir. Çocuk acil kliniğinde ise iki triyaj odası, iki ayrı müdahale odası (yataklı polikliniklerin olduğu alanda), beş aktif çalışan poliklinik odası, tescilli 31 müşahede yatağı ve bu alandaki iki ayrı müdahale odası, özel havalandırma sistemi olan tamamen izole bir oda ve bir resüsitasyon odasından oluşmaktadır. Çocuk acil kliniğinde her gün bir çocuk acil uzmanı, bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, iki çocuk sağlığı ve hastalıkları araştırma görevlisi, üç aile hekimliği araştırma görevlisi, iki deneyimli pratisyen hekim, bir sorumlu hemşire ve 14 çocuk acil hemşiresi görev yerlerinde hizmet vermektedir. Hemşireler 08-16 mesai, 16-08 ve 08-08 nöbet sistemi olmak üzere üç vardiya şeklinde çalışmaktadır. Çocuk acil servisi toplamda beş alandan oluşmaktadır bunlar; resüsitasyon, triaj, müdahale, gözlem-1 sarı alan ve gözlem-2 sarı alandır. Resüsitasyon alanında bir hemşire, triaj alanında bir hemşire, müdahale alanında dört hemşire, gözlem-1 sarı alanda dört hemşire ve gözlem-2 sarı alanda dört hemşire çalışmaktadır. Çocuk acil servisine 0-17 yaş arası çocuk hastalar ebeveynleri ile birlikte kabul edilmekte tüm acil çocuk hastalar için 24 saat kesintisiz muayene ve tedavi imkanı sağlamaktadır. Günlük ortalama 600 çocuk hastanın başvurduğu çocuk acil klinikliğinde tedavi süresi boyunca ebeveynlerin çocuklarının yanlarında kalmasına izin verilmektedir. Hastalara müdahalenin yanı sıra kas içi enjeksiyon, ağızdan ve damar içi sıvı ve ilaç tedavileri, kan, plazma infüzyonları, oksijen, buhar, nebülize ilaç tedavileri, gözlem ve monitörizasyon hizmetleri verilmektedir. Çocuk acil polikliniğini çocuk cerrahi, çocuk enfeksiyon, çocuk gastroenteroloji, çocuk hastalıkları, çocuk kardiyoloji, çocuk nefroloji, çocuk nöroloji, çocuk alerji gibi birçok anabilim dalıyla iş birliği yapmakta gerek görüldüğünde bu alanda takipli çocukların yatışı olmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Konya Şehir Hastanesi çocuk acil servisine başvuran çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. Literatürdeki çalışmalarda çocukların ağrı nedeniyle acile başvuru yapmalarının sıklığı %30-%64,7 olarak belirlenmiştir (143-145). Bu oran göz önüne bulundurularak ve %95 güvenle 0,05 hata ile gerekli olan örneklem büyüklüğü Dünya Sağlık Örgünü tarafından önerilen p'yi d kadarlık mutlak yüzde puanı içinde %95 güvenle kestirmek için gerekli örneklem büyüklüğü 350 ebeveyn olarak belirlenmiştir (146).

Örnekleme yöntemi olarak, olasılıksız yöntemlerden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılacak olup, araştırmaya alınma ölçütlerine uyan bireyler çalışmaya dahil edilecektir.

3.3.1. Araştırmaya dahil edilme ölçütleri:

- 0-17 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynler
- Çocuk acil servisine ağrı şikâyeti ile çocuklarını getiren ebeveynler
- Travma nedeniyle hastaneye başvurmayan ebeveynler
- İletişim engeli bulunmayan ebeveynler
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ebeveynler alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler:

Ağrı İnançları Ölçeği.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler:

Ebeveynlerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyo-demografik özellikleri bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir.

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veriler ‘Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bilgi Formu’ (EK-1) ve ‘Ağrı İnançları Ölçeği’ (EK-2) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bilgi Formu

Araştırmanın verilerini elde etmek için, konu ile ilgili literatür taraması yapıldıktan sonra araştırmacılar tarafından oluşturulan bu formda Konya Şehir Hastanesi çocuk acil servisine başvuran çocukların ebeveynlerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, hastaneye getirdiği çocuk sayısı, aile yapısı, eğitim düzeyi, mesleği, nerede ikamet ettiği, ekonomik durumu, ağrı ile ilgili eğitim durumu, ağrı ile ilgili eğitim kaynağı, ağrı yönetiminin kontrolünün kimde olduğu ve çocuk acil servise başvurmadan önce uyguladığı bir tedavi uygulama durumu olup olmadığı ve hangi tedavi yöntemini uyguladığı aynı zamanda çocuğunun yaşı, ağrı bölgesi, ağrı süresi, sıklığı ve ağrıdan dolayı hastanede yatma durumunu sorgulayan 20 soru bulunmaktadır (EK-1).

3.5.2. Ağrı İnançları Ölçeği (AİÖ)

Bu ölçek 1992 yılında ağrının nedenlerine yönelik psikolojik ve organik ağrı inançlarını ifade etmek amacıyla Edwards ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sertel Berk (2006) tarafından yapılmıştır (132). Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı birinci kısım olan psikolojik ağrı inançları alt boyutu için 0.71 bulunurken ikinci kısım olan organik inançlar ağrı alt boyutu için ise 0.64 şeklinde tanımlanmıştır. Bu çalışmada “Ağrı İnançları Ölçeği”nin “Organik İnançlar” alt boyutu Cronbach alfa katsayısı 0.69, “Psikolojik İnançlar” alt boyutu Cronbach alfa katsayısı 0.62 olduğu belirlendi. Ölçek altılı likert yapıdan oluşmaktadır. Bunlar; hiçbir zaman, sık sık, nerdeyse her zaman, nadiren, her zaman, bazen, şeklinde olup sıfır ile altı puan arasında puanlanmış 12 maddeden oluşmuştur. Ölçek içerisinde ağrının nedenine ve kaynağının ne olduğuna yönelik olmak üzere psikolojik ve organik alt inanç ağrı türleri şeklinde sınıflandırılmıştır. Bu sınıfsal şekillendirme sonucunda psikolojik ve organik ağrı inanç türleri kendi arasında bir puanlama oluşmaktadır. Bu puanlamaların bir kesim noktası yoktur. Ölçekte bulunan alt boyuttaki puanlamanın artması o alt boyuta inancın yüksek olduğunu gösterirken puanlamanın az olması ise o alt boyut grubuna inancın az olduğunu ifade etmektedir (132,136) (EK-2).

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

Konya Şehir Hastanesi çocuk acil servisine ağrı şikayetiyle başvuran 0-17 yaş aralığındaki hastaların, yeşil alanda doktor tarafından değerlendirilmesi yapılmakta tedavisinin uygulanması için çocuk acil gözlem birimine ebeveynleri ile yönlendirilmektedir. Çalışmanın verileri

hastaların verilen tüm tedavisi uygulandıktan ve hastanın akut ağrı durumu geçtikten sonra sarı alanda çocuk hastaların ebeveynleri ile yürütülmüştür. Ebeveynlerden onam alındıktan sonra veriler çalışmaya katılmaya gönüllü katılımcılardan yüz yüze görüşme tekniği ile tedaviyi aksatmayacak şekilde 20-25 dakikada toplanmıştır.

3.7.Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ve Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. İkili gruplarda normal dağılıma uymayan parametrelerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, üç ve üzeri gruplarda normal dağılıma uymayan parametrelerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar Dunn testi ile yapılmıştır. Ölçek puanları üzerine etki eden bağımsız değişkenlerin incelenmesinde Lineer Regresyon Analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları kategorik değişkenler için frekans (yüzde) şeklinde nicel değişkenler için ortalama \pm standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) şeklinde sunulmuştur. İstatiksel önem düzeyi $p < 0,050$ olarak alınmıştır.

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Ebeveynlerin çocuklarının rahatsızlığından dolayı stresli ve endişeli olması ve tek bir hastaneden veri toplanmış olması araştırmanın sınırlılıklarıdır. Verilerin öz bildirimine dayalı olması araştırmanın bir diğer sınırlılığı olarak sıralanabilir.

3.9.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (27.10.2021 tarihinde Karar No: 2022-02/07) (EK-3) onay ve araştırmanın gerçekleştirileceği Konya Şehir Hastanesi'nden kurum izni 04.08.2022 tarihinde 34028083-799 sayılı yazılı izin (EK-4) alınmıştır. Araştırmada kullanılacak ölçeklerin yazarlarından elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (EK-5). Araştırmaya dâhil olan ebeveynlerin haklarını korumak amacıyla; araştırmanın yapılma amacı, süresi ve ne yapılacağı hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" formu doldurulmuştur (EK-6). Ayrıca katılımcılara diledikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri söylenmiş, bireysel bilgilerin araştırmacı tarafından korunacağı başka hiçbir yerde kullanılmayacağı belirtilmiştir

4. BULGULAR

Konya şehir hastanesi çocuk acil servisine çocuklarındaki ağrı şikayetiyle başvuran; araştırmaya katılan 350 ebeveyninden elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.1: Ebeveynlerin demografik özelliklerinin dağılımları.

	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)
Yaşı	36,35 ± 6,81	36 (19- 60)
	Frekans	Yüzde
Cinsiyeti		
Erkek	99	28,3
Kadın	251	71,7
Medeni Durumu		
Evli	326	93,1
Bekar	24	6,9
Aile Yapısı		
Çekirdek aile	298	85,1
Geniş aile	29	8,3
Parçalanmış aile	23	6,6
Çocuk Sayısı		
1	42	12
2	118	33,7
3	118	33,7
4	57	16,3
5 ve fazlası	15	4,3
Hastaneye Getirdiği Kaçınıcı Çocuğu		
1.Çocuk	140	40
2.Çocuk	104	29,7
3.Çocuk	77	22
4.Çocuk	22	6,3
Diğer	7	2
Yaptığı Meslek		
Çalışmıyor	219	62,6
İşçi	34	9,7
Memur	32	9,1
Özel Sektör	65	18,6
Yaşadığı Yer		
İl	168	48
İlçe	174	49,7
Köy	8	2,3
Ekonomik Durumu		
Gelir giderden az	140	40
Gelir gidere eşit	171	48,9
Gelir giderden fazla	39	11,1
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	6	1,7
Sadece okur yazar	2	0,6
İlköğretim	129	36,9
Ortaöğretim	137	39,1
Yükseköğretim ve üstü	76	21,7

Tablo 4.1 (devam): Ebeveynlerin demografik özelliklerinin dağılımları.

Ağrı ile İlgili Eğitim Alma Durumu		
Evet	42	12
Hayır	308	88
Ağrı ile İlgili Eğitim Kaynağı		
Yok	310	88,6
Hemşire	4	1,1
Doktor	15	4,3
Basın-yayın araçları	8	2,3
Doktor ve basın yayın araçları	2	0,6
Doktor ve hemşire	5	1,4
Hemşire ve diğer sağlık personelleri	1	0,3
Diğer	5	1,4
Ağrının Kontrolünü Sağlayan Kimse?		
Kişinin kendisinde	94	26,9
Doktorda	76	21,7
Hemşirede	5	1,4
Doktor ve hemşire	23	6,6
Allah	28	8
Kişinin kendisinde ve doktorda	4	1,1
Allah ve doktorda	4	1,1
Allah ve hemşirede	1	0,3
Allah ve kişinin kendisinde	1	0,3
Ebeveynde	83	23,7
Kimsenin elinde değil	19	5,4
Doktorda ve ebeveynde	5	1,4
İlaçlar	6	1,7
Ebeveyn ve ilaç	1	0,3

Çalışmaya katılan ebeveynlerin %71,7'si kadın, %93,1'ü evli ve %62,6'sı herhangi bir işte çalışmıyor. Ebeveynlerin %85,1'i çekirdek aileden oluşmakta ve %49,7'si ilçede yaşamaktadır. Ebeveynlerin eğitim durumları incelendiğinde %39,1'i ortaöğretim mezunudur. Ebeveynlerin %48,9'unun geliri giderine eşittir. Ebeveynlerin %66,4'ünün iki ve üç çocuğu vardır ve ebeveynlerin hastaneye en fazla 1. çocuğunu (%40), sonra 2. çocuğunu (%29,7) getirmiştir. Ebeveynlerin %88'i ağrı ile ilgili bir eğitim almamıştır. Ebeveynlerin "ağrının kontrolünü sağlama kimdedir?" sorusuna %26,9'u kişinin kendisinde, %21,7'si doktorda yanıtını vermiştir. Ebeveynlerin %88'inin ağrı ile ilgili eğitimi yoktur (Tablo4.1).

Tablo 4.2: Ebeveynlerin çocuklarına uyguladıkları tedaviler.

	Frekans	Yüzde
Uygulanan tedavi		
Ağrı kesici ilaç verme	272	88,3
Kas gevşetme yöntemi	17	5,5
Soğuk uygulama	58	18,8
Sıcak uygulama	96	31,2
Masaj yapma	150	48,7
Vibrasyon	1	0,3
Deriye mentol uygulama	29	9,4
TENS	0	0
Müzik terapisi	14	4,5
Dikkati başka yöne çekme	80	26
Emzik verme	4	1,3
Tatlı madde verme	5	1,6
Kanguru bakımı	1	0,3
Düşleme yöntemi	1	0,3
Davranış terapisi	7	2,3
Bilişsel terapi	3	1
Terapötik dokunma	3	1
Gevşeme yöntemi	11	3,6
Plasebo yöntemi	1	0,3
Akupunktur	0	0
Pozisyon değiştirme	46	14,9
Bitkisel yöntem	91	29,5
Diğer	11	3,6

*Çoklu Yanıt

Ebeveynlerin en fazla kullandığı tedavi yöntemi %88,3 ile ağrı kesici ilaç verme yöntemi iken bunu %48,7 ile masaj yapma takip etmektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3: Çocuğun demografik özelliklerinin dağılımları.

	Ortalama \pm s.sapma	Ortanca (min-mak)
Yaşı	8,69 \pm 4,75	8 (1- 17)
	Frekans	Yüzde
Ağrı Sıklığı		
Nadiren	139	39,7
Bazen	100	28,6
Sıklıkla	78	22,3
Neredeyse her zaman	23	6,6
Her zaman	10	2,9
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	47	13,4
Yok	303	86,6
Ağrı Bölgesi		
Baş-boyun	60	17,2
Göğüs ağrısı	33	9,5
Karın ağrısı	243	69,6
Kol-bacak ağrısı	30	8,6
Boğaz ağrısı	62	17,8
Sırt-bel ağrısı	21	6
Göz ağrısı	3	0,9
Eklemler ağrısı	24	6,9
Dismenore	2	0,6
Diğer	32	9,2

Ebeveynler çocuklarının %39,7'si nadiren, %28,6'sı bazen, %22,3'ü sıklıkla, ağrı yaşadığını belirtmişlerdir. Ebeveynler çocukların genelde ağrı bölgesinin karın bölgesi (%69,6) baş-boyun bölgesi (%17,2) ve boğaz (%17,8) olarak belirtmişlerdir. Çocukların %13,4'ü kronik bir hastalığa sahiptir.

Tablo 4.4: Katılımcıların AIÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar.

	Ortalama \pm s.sapma	Ortanca (min-mak)
Psikolojik inançlar	2,08 \pm 1,07	1,75 (1- 6)
Organik inançlar	2,78 \pm 0,86	2,67 (1- 5,67)
Ağrı İnançları ölçeği genel puanı	2,5 \pm 0,78	2,4 (1- 5,8)

Ebeveynlerin psikolojik inançlar puanı ortalaması 2,08, ortanca değeri 1,75 olarak elde edilmiştir. Organik inançlar puanı ortalaması 2,78, ortanca değeri 2,67 olarak elde edilmiştir. Ağrı inançları ölçeği genel puanı ortalaması 2,5, ortanca değeri 2,4 olarak elde edilmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerine göre ağır inançları ölçeği ve ölçeğin alt boyut madde puanlarının karşılaştırılması.

	Psikolojik İnançlar		Organik İnançlar		Ağır İnançları Ölçeği Genel	
	Ortalama \pm s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama \pm s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama \pm s.sapma	Ortanca (min-mak)
Cinsiyeti						
Erkek	2,27 \pm 1,1	2 (1- 5,5)	2,66 \pm 0,8	2,5 (1- 5)	2,5 \pm 0,73	2,4 (1- 4,9)
Kadın	2 \pm 1,05	1,75 (1- 6)	2,82 \pm 0,88	2,83 (1- 5,67)	2,49 \pm 0,8	2,4 (1- 5,8)
Test İst.		10494		13695		12220,5
p*		0,022		0,135		0,811
Medeni durumu						
Evli	2,06 \pm 1,06	1,75 (1- 6)	2,78 \pm 0,84	2,67 (1- 5,67)	2,49 \pm 0,76	2,4 (1- 5,8)
Bekar	2,29 \pm 1,16	2,25 (1- 4,75)	2,76 \pm 1,14	2,83 (1- 4,83)	2,57 \pm 1,03	2,5 (1- 4,5)
Test İst.		4367		4038,5		4103
p*		0,335		0,791		0,689
Çocuk sayısı						
1	2,43 \pm 1,16	2,38 (1- 4,75)	2,86 \pm 0,74	2,83 (1- 4,5)	2,69 \pm 0,77	2,6 (1- 4,4)
2	2,02 \pm 1,11	1,75 (1- 5,5)	2,82 \pm 0,83	2,83 (1- 5,17)	2,5 \pm 0,73	2,4 (1,1- 4,9)
3	2,08 \pm 1,09	1,75 (1- 6)	2,82 \pm 0,94	2,75 (1- 5,67)	2,52 \pm 0,85	2,4 (1- 5,8)
4	1,97 \pm 0,93	1,75 (1- 4,25)	2,54 \pm 0,75	2,75 (1- 4,17)	2,31 \pm 0,69	2,2 (1- 4,2)
5 ve fazlası	1,87 \pm 0,73	2 (1- 3,25)	2,81 \pm 1,01	2,67 (1,5- 4,67)	2,43 \pm 0,78	2,5 (1,3- 4,1)
Test İst.		4,895		5,654		6,527
p**		0,298		0,227		0,163
Hastaneye getirdiği kaçınıcı çocuğu						
1.Çocuk	2,14 \pm 1,09	2 (1- 5,5)	2,89 \pm 0,82	2,83 (1- 5,17) ^b	2,59 \pm 0,74	2,5 (1- 4,9)
2.Çocuk	2,1 \pm 1,17	1,75 (1- 6)	2,74 \pm 0,86	2,67 (1- 5,67) ^{ab}	2,49 \pm 0,82	2,3 (1- 5,8)
3.Çocuk	2,01 \pm 1,02	1,75 (1- 4,75)	2,75 \pm 0,88	2,67 (1- 5) ^{ab}	2,45 \pm 0,78	2,4 (1- 4,6)
4 ve üzeri çocuk	1,84 \pm 0,69	1,75 (1- 3,25)	2,43 \pm 0,91	2,17 (1- 4,67) ^a	2,2 \pm 0,75	2,2 (1- 4,1)
Test İst.		1,22		8,47		7,597
p**		0,748		0,037		0,055

Tablo 4.5 (devam): Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerine göre ağrı inançları ölçeği ve ölçeğin alt boyut madde puanlarının karşılaştırılması.

	Psikolojik İnançlar		Organik İnançlar		Ağrı İnançları Ölçeği Genel	
	Ortalama \pm s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama \pm s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama \pm s.sapma	Ortanca (min-mak)
Yaptığı meslek						
Çalışmıyor	2,05 \pm 1,09	1,75 (1- 6)	2,82 \pm 0,9	2,83 (1- 5,67)	2,51 \pm 0,82	2,4 (1- 5,8)
İşçi	1,82 \pm 0,91	1,63 (1- 4)	2,74 \pm 0,8	2,75 (1- 4,17)	2,37 \pm 0,67	2,4 (1- 3,7)
Memur	2,17 \pm 0,94	1,88 (1- 4)	2,7 \pm 0,66	2,75 (1,5- 4)	2,49 \pm 0,65	2,45 (1,3- 3,9)
Özel Sektör	2,27 \pm 1,13	2 (1- 5,5)	2,68 \pm 0,84	2,5 (1- 5)	2,51 \pm 0,75	2,4 (1,3- 4,9)
Test İst.		5,711		2,018		0,305
p**		0,127		0,569		0,959
Yasadığı yer						
İl	2,32 \pm 1,03	2,25 (1- 5,5) ^b	2,82 \pm 0,8	2,83 (1- 5)	2,62 \pm 0,76	2,5 (1,1- 4,9) ^b
İlçe	1,84 \pm 1,05	1,5 (1- 6) ^a	2,72 \pm 0,91	2,67 (1- 5,67)	2,37 \pm 0,78	2,3 (1- 5,8) ^a
Köy	2,09 \pm 1,38	1,75 (1- 4,5) ^{ab}	3,02 \pm 0,74	2,75 (2,33- 4,5)	2,65 \pm 0,85	2,3 (1,8- 4,5) ^{ab}
Test İst.		27,519		2,011		10,328
p**		<0,001		0,366		0,006
Ekonomik durumu						
Gelir giderden az	1,93 \pm 1,06	1,75 (1- 5,5)	2,7 \pm 0,88	2,58 (1- 5)	2,39 \pm 0,78	2,25 (1- 4,7)
Gelir gidere eşit	2,16 \pm 1,07	2 (1- 6)	2,81 \pm 0,86	2,83 (1- 5,67)	2,55 \pm 0,77	2,5 (1- 5,8)
Gelir giderden fazla	2,22 \pm 1,11	2 (1- 5,5)	2,91 \pm 0,77	2,67 (1,5- 4,5)	2,64 \pm 0,75	2,5 (1,4- 4,9)
Test İst.		6,309		2,496		5,19
p**		0,043		0,287		0,075
Eğitim durumu						
Sadece okur yazar/Okur-yazar değil	2,44 \pm 1,03	2,25 (1- 4,25) ^{ab}	3,04 \pm 1,22	2,83 (1,5- 4,67)	2,8 \pm 1,06	2,7 (1,3- 4,2) ^{ab}
İlköğretim	1,88 \pm 1,06	1,75 (1- 6) ^b	2,63 \pm 0,97	2,5 (1- 5,67)	2,33 \pm 0,87	2,2 (1- 5,8) ^b
Ortaöğretim	2,21 \pm 1,08	2 (1- 5,5) ^a	2,86 \pm 0,75	2,83 (1- 5)	2,6 \pm 0,67	2,5 (1,2- 4,5) ^a
Yükseköğretim ve üstü	2,13 \pm 1,05	1,88 (1- 5,5) ^{ab}	2,85 \pm 0,77	2,83 (1,17- 5,17)	2,56 \pm 0,72	2,5 (1,1- 4,9) ^{ab}
Test İst.		10,044		7,159		13,795
p**		0,018		0,067		0,003

*Mann Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi, ^{a-b}Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 4.5 (devam): Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerine göre ağrı inançları ölçeği ve ölçeğin alt boyut madde puanlarının karşılaştırılması.

	Psikolojik İnançlar		Organik İnançlar		Ağrı İnançları Ölçeği Genel	
	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)
Ağrı ile ilgili eğitim alma durumu						
Evet	2,11 ± 1,09	1,75 (1- 5,5)	2,85 ± 0,9	2,67 (1,17- 4,5)	2,55 ± 0,82	2,35 (1,1- 4,9)
Hayır	2,07 ± 1,07	1,75 (1- 6)	2,77 ± 0,85	2,67 (1- 5,67)	2,49 ± 0,77	2,4 (1- 5,8)
Test İst.		6283,5		6159,5		6247,5
p*		0,761		0,615		0,719
Aile yapısı						
Çekirdek aile	2,05 ± 1,05	1,75 (1- 5,5)	2,76 ± 0,81	2,67 (1- 5,17)	2,47 ± 0,73	2,4 (1- 4,9)
Geniş aile	2,23 ± 1,29	2 (1- 6)	3,02 ± 1,11	3 (1,33- 5,67)	2,71 ± 1,07	2,6 (1,2- 5,8)
Parçalanmış aile	2,21 ± 1,05	2,25 (1- 4,25)	2,73 ± 1,11	2,83 (1- 4,83)	2,52 ± 0,97	2,5 (1- 4,5)
Test İst.		0,819		1,039		0,532
p**		0,664		0,595		0,767
Tedavi uygulama						
Evet	2,03 ± 1,02	1,75 (1- 6)	2,82 ± 0,84	2,83 (1- 5,67)	2,5 ± 0,76	2,4 (1- 5,8)
Hayır	2,35 ± 1,27	2,25 (1- 5,5)	2,55 ± 0,94	2,5 (1- 5)	2,47 ± 0,88	2,3 (1- 4,7)
Test İst		7017,5		6399,5		7650,5
p*		0,107		0,013		0,502

*Mann Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi, ^{a-b}Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 4.6: Çocukların kronik hastalık durumu ve daha önce ağrı nedeniyle hastaneye yatma durumuna göre ağrı inançları ölçeği alt boyut madde puanlarının karşılaştırılması.

	Psikolojik İnançlar		Organik İnançlar		Ağrı İnançları Ölçeği Genel	
	Ortalama \pm s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama \pm s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama \pm s.sapma	Ortanca (min-mak)
Kronik hastalığı var mı?						
Var	1,9 \pm 1,05	1,5 (1- 4,25)	2,49 \pm 0,74	2,5 (1- 4,17)	2,25 \pm 0,7	2,2 (1- 4,2)
Yok	2,1 \pm 1,07	2 (1- 6)	2,82 \pm 0,87	2,67 (1- 5,67)	2,54 \pm 0,78	2,4 (1- 5,8)
Test İst.		8093		8597		8547
p*		0,126		0,022		0,027
Daha önce ağrı nedeniyle hastaneye yattı mı?						
Evet	2,07 \pm 0,99	1,75 (1- 4,5)	2,66 \pm 0,83	2,58 (1- 4,67)	2,42 \pm 0,71	2,4 (1- 4,6)
Hayır	2,08 \pm 1,1	1,75 (1- 6)	2,83 \pm 0,87	2,67 (1- 5,67)	2,53 \pm 0,8	2,4 (1- 5,8)
Test İst.		12569		14051		13317
p*		0,794		0,145		0,544

*Mann Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi, ^{a-b}Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 4.7: Ebeveynlerin yaşları ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.

		Ebeveynlerin yaşı
Psikolojik inançlar	r	-0,042
	p	0,435
Organik inançlar	r	-0,134
	p	0,012
Ağrı inançları ölçeği genel	r	-0,122
	p	0,022

r: Spearman's rho Korelasyon Katsayısı, p: Anlamlılık Değeri

Ebeveynlerin yaşları ile psikolojik inançlar puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,435$). Ebeveynlerin yaşları ile organik inançlar puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde çok zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,134$; $p=0,012$). Ebeveynlerin yaşları ile ağrı inançları ölçek puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde çok zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,122$; $p=0,022$).

Ebeveynlerin cinsiyetine göre psikolojik inanç puanı ortanca değerleri farklılık göstermektedir ($p=0,022$). Erkeklerde psikolojik inanç puanı ortanca değeri 2 iken kadınlarda psikolojik inanç puanı ortanca değeri 1,75 olarak elde edilmiştir. Cinsiyete göre organik inançlar ve ağrı inançları ölçeği ortanca değerleri farklılık göstermemektedir ($p>0,050$). “Ebeveynlerin hastaneye getirdiği kaçınıcı çocuğu” sorusunun cevaplarına göre psikolojik inançlar puanı ve ağrı inançları ölçeği genel puanı ortanca değerleri farklılık göstermemektedir ($p>0,050$). Ebeveynlerin hastaneye getirdiği çocuk sayısına göre organik inançlar puanı ortanca değerleri farklılık göstermektedir ($p=0,037$). Ebeveynlerin hastaneye getirdiği 1.çocuk ile 4 ve üzeri çocuk organik inançlar puanı ortanca değerleri birbirinden farklılık gösterirken 1. çocuk ile 2. ve 3. çocuk organik inançlar puanı ortanca değerleri benzerlik göstermektedir. Aynı zamanda 4 ve üzeri çocuk ile 2. ve 3. çocuk organik inançlar puanı ortanca değerleri benzerlik göstermektedir. Ebeveynlerin eğitim durumuna göre psikolojik inanç ölçek puanı ortanca değerleri farklılık göstermektedir ($p=0,018$). İlköğretim mezunu ile ortaöğretim mezunu psikolojik inanç ölçek puanı ortanca değerleri birbirlerinden farklılık gösterirken, diğer eğitim durumlarının ortanca değerleriyle benzerlik göstermektedir. Ebeveynlerin eğitim durumuna göre organik inançlar ölçek puanı ortanca değerleri farklılık göstermemektedir ($p=0,067$). Ebeveynlerin eğitim durumuna göre ağrı inançları ölçeği genel puanı ortanca değerleri farklılık göstermektedir ($p=0,003$). İlköğretim mezunu ile ortaöğretim mezunu ağrı inançları ölçeği genel puanı ortanca değerleri birbirlerinden farklılık gösterirken, diğer eğitim durumlarının ortanca değerleriyle benzerlik göstermektedir.

Ebeveynlerin yaşadığı yere göre psikolojik inançlar ölçek puanı ortanca değerleri farklılık göstermektedir ($p<0,001$). İl ve ilçede yaşayanların psikolojik inançlar ölçek puanı ortanca değerleri birbirinden farklılık gösterirken, köyde yaşayanların psikolojik inançlar ölçek puanı ortanca değerleri il ve ilçede yaşayanların psikolojik inançlar ölçek puanı ortanca değerleri ile benzerlik göstermektedir. Ebeveynlerin yaşadığı yere göre organik inançlar ölçek puanı ortanca değerleri farklılık göstermemektedir ($p<0,366$). Ebeveynlerin yaşadığı yere göre ağrı inançları genel ölçek puanı ortanca değerleri farklılık göstermektedir ($p=0,006$). İl ve ilçede yaşayanların genel ölçek puanı ortanca değerleri birbirinden farklılık gösterirken, köyde yaşayanların ortanca

değerleri, il ve ilçede yaşayanların genel ölçek puanı ortanca değerleri ile benzerlik göstermektedir. Ebeveynlerin ekonomik durumlarına göre psikolojik inançlar ölçeği ortanca değeri farklılık göstermektedir ($p=0,043$). İkili karşılaştırmalara bakıldığında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ebeveynlerin ekonomik durumuna göre organik inançlar ve ağrı inançları ölçeği genel puanı farklılık göstermemektedir ($p>0,050$). Ebeveynlerin tedavi uygulama durumuna göre psikolojik inançlar ölçeği ortanca puanları farklılık göstermemektedir ($p=0,107$). Tedavi uygulama durumuna göre organik inançlar ölçeği ortanca puanları farklılık göstermektedir ($p=0,013$). Tedavi uygulananların organik inançlar puanı ortanca değeri 2,83 iken uygulanmayanlarda bu değer 2,5 olarak elde edilmiştir. Tedavi uygulama durumuna göre ağrı inançları ölçeği genel puanı ortanca puanları farklılık göstermemektedir ($p=0,502$).

Çocuğun kronik hastalığı varlığına göre psikolojik inançlar puanı ortanca değerleri farklılık göstermemektedir ($p=0,126$). Çocuğun kronik hastalığı varlığına göre organik inançlar puanı ortanca değerleri farklılık göstermektedir ($p=0,022$). Çocuğunun kronik hastalığı olanların organik inançlar puanı ortanca değeri 2,5 iken çocuğunun kronik hastalığı olmayanların organik inançlar puanı ortanca değeri 2,67 olarak elde edilmiştir. Çocuğunun kronik hastalığının varlığına göre ağrı inançları genel ölçek puanı ortanca değerleri farklılık göstermektedir($p=0,027$). Çocuğunun kronik hastalığı olanların ağrı inançları genel ölçek puanı ortanca değeri 2,2 iken çocuğunun kronik hastalığı olmayanların ağrı inançları genel ölçek puanı ortanca değeri 2,4 olarak elde edilmiştir. Ebeveynlerin medeni durumu, aile yapısı, yaptığı meslek, çocuk sayısı, ebeveynlerin ağrıyla ilgili eğitim alma durumu, çocuğunun ağrıyla hastaneye yatma durumuna göre ölçek puanları ortanca değerleri farklılık göstermemektedir ($p>0,050$).

Tablo 4.8: Ebeveynlerin psikolojik inançlar puanına etki eden faktörlerin lineer regresyonla incelenmesi.

	β_0 (%95 CI)	S. Hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	2,841 (1,721- 3,961)	0,568		5,003	0			
Cinsiyeti (Erkek)			Referans					
Kadın	-0,328 (-0,81- 0,155)	0,245	-0,137	-1,339	0,182	-0,107	-0,094	2,668
Yaşı	0,01 (-0,019- 0,04)	0,015	0,069	0,7	0,485	-0,053	0,049	2,49
Medeni durumu (Evli)			Referans					
Bekar	0,533 (-0,68- 1,745)	0,615	0,126	0,866	0,387	0,063	0,061	5,376
Çocuk sayısı (I)			Referans					
2	-0,585 (-1,081--0,089)	0,252	-0,265	-2,326	0,021	-0,033	-0,162	3,3
3	-0,544 (-1,106- 0,019)	0,285	-0,243	-1,907	0,058	-0,04	-0,133	4,124
4	-0,491 (-1,199- 0,216)	0,359	-0,175	-1,369	0,173	-0,054	-0,096	4,149
5 ve fazlası	-0,376 (-1,315- 0,563)	0,476	-0,077	-0,789	0,431	-0,028	-0,056	2,411
Hastaneye getirdiği kaçınıcı çocuğu (1.çocuk)			Referans					
2.Çocuk	0,473 (0,098- 0,849)	0,19	0,208	2,485	0,014	0,103	0,173	1,782
3.Çocuk	0,147 (-0,353- 0,648)	0,254	0,059	0,58	0,562	-0,036	0,041	2,638
4 ve üzeri çocuk	-0,124 (-0,871- 0,623)	0,379	-0,036	-0,328	0,743	-0,085	-0,023	3,014
Yaptığı meslek (Çalışmıyor)			Referans					
İşçi	-0,402 (-0,982- 0,179)	0,294	-0,113	-1,365	0,174	-0,129	-0,096	1,749
Memur	0,327 (-0,422- 1,077)	0,38	0,072	0,861	0,39	0,118	0,061	1,796
Özel Sektör	0,027 (-0,466- 0,52)	0,25	0,01	0,108	0,914	0,076	0,008	2,298
Yaşadığı yer (İl)			Referans					
İlçe	-0,450 (-0,755--0,146)	0,154	-0,216	-2,919	0,004	-0,226	-0,202	1,395
Köy	-0,551 (-1,507- 0,405)	0,485	-0,077	-1,136	0,257	-0,081	-0,08	1,167
Ekonomik durumu (Gelir giderden az)			Referans					
Gelir gidere eşit	0,009 (-0,295- 0,313)	0,154	0,004	0,058	0,954	0,087	0,004	1,396
Gelir giderden fazla	-0,078 (-0,583- 0,427)	0,256	-0,023	-0,304	0,762	0,011	-0,021	1,483

Tablo 4.8 (devam): Ebeveynlerin psikolojik inançlar puanına etki eden faktörlerin lineer regresyonla incelenmesi.

Eğitim durumu (Sadece okur yazar/Okur-yazar değil)	Referans							
İlköğretim	-0,026 (-0,372- 0,32)	0,176	-0,012	-0,149	0,882	-0,125	-0,01	1,74
Yükseköğretim ve üstü	-0,466 (-0,892- -0,04)	0,216	-0,171	-2,155	0,032	0,006	-0,15	1,6
Ağrı ile ilgili eğitim (Hayır)	Referans							
Evet	-0,202 (-0,645- 0,242)	0,225	-0,061	-0,898	0,370	-0,022	-0,063	1,183
Aile yapısı (Çekirdek aile)	Referans							
Geniş aile	-0,323 (-0,825- 0,18)	0,255	-0,083	-1,266	0,207	-0,086	-0,089	1,093
Parçalanmış aile	-0,486 (-1,743- 0,77)	0,637	-0,111	-0,764	0,446	0,027	-0,054	5,414

F=1,787, p=0,010, R²=%21,1, Düzeltilmiş R²=%9,3, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r¹: Zero-order korelasyon, r²: Partial korelasyon

Tablo 4.9: Çocukların psikolojik inançlar puanına etki eden faktörlerin lineer regresyonla incelenmesi.

	β_0 (%95 CI)	S. Hata	β_1	t	p	r ¹	r ²	VIF
Yaşı	-0,031 (-0,071- 0,009)	0,02	-0,141	-1,521	0,130	-0,154	-0,107	2,202
Kronik hastalığı var mı? (Yok)	Referans							
Var	-0,239 (-0,676- 0,197)	0,221	-0,075	-1,082	0,281	-0,073	-0,076	1,222
Daha önce ağrı nedeniyle hastaneye yattı mı? (Evet)	Referans							
Hayır	-0,075 (-0,375- 0,225)	0,152	-0,033	-0,491	0,624	-0,027	-0,035	1,173
Ağrı sıklığı (Nadiren)	Referans							
Bazen	0,167 (-0,188- 0,521)	0,18	0,073	0,926	0,355	0,171	0,065	1,562
Sıklıkla	-0,056 (-0,431- 0,318)	0,19	-0,023	-0,296	0,768	-0,067	-0,021	1,517
Neredeyse her zaman	-0,193 (-0,732- 0,347)	0,274	-0,051	-0,704	0,482	-0,11	-0,05	1,325
Her zaman	-0,437 (-1,454- 0,58)	0,516	-0,061	-0,848	0,398	-0,102	-0,06	1,319

F=1,787, p=0,010, R²=%21,1, Düzeltilmiş R²=%9,3, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r¹: Zero-order korelasyon, r²: Partial korelasyon

Psikolojik inançlar puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=1,787$; $p=0,010$). Oluşturulan regresyon modelinde yöntem olarak enter metodu kullanılmış ve bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %9,3'lük kısmı açıklanmıştır. Hastaneye ikinci çocuğunu getirenlerin psikolojik inançlar puanı, birinci çocuğunu getirenlere göre 0,473 birim daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,014$). Eğitim durumu yükseköğretim ve üstü olanların psikolojik inanç puanının sadece okuryazar/okur-yazar değil olanlara göre 0,466 birim daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0,032$). İlçede yaşayanların psikolojik inanç puanının ilde yaşayanlara göre 0,450 birim daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0,004$). 2 çocuğu olanların psikolojik inanç puanının 1 çocuğu olanlara göre 0,585 birim daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0,021$). Diğer bağımsız değişkenlerin psikolojik inanç puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmamıştır ($p>0,050$).

Tablo 4.10: Ebeveynlerin organik inançlar puanına etki eden faktörlerin lineer regresyonla incelenmesi.

	β_0 (%95 CI)	S. Hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	2,565 (1,663- 3,467)	0,457		5,609	0			
Cinsiyeti (Erkek)								
Kadın	0,226 (-0,163- 0,614)	0,197	0,12	1,147	0,253	0,054	0,081	2,668
Yaşı	0,001 (-0,023- 0,025)	0,012	0,01	0,097	0,923	-0,159	0,007	2,49
Medeni durumu (Evli)								
Bekar	0,321 (-0,655- 1,298)	0,495	0,096	0,648	0,518	-0,142	0,046	5,376
Çocuk sayısı (I)								
2	0,007 (-0,393- 0,406)	0,203	0,004	0,034	0,973	0,094	0,002	3,3
3	-0,121 (-0,574- 0,332)	0,23	-0,068	-0,526	0,599	-0,05	-0,037	4,124
4	-0,054 (-0,624- 0,516)	0,289	-0,024	-0,188	0,851	-0,14	-0,013	4,149
5 ve fazlası	0,251 (-0,506- 1,007)	0,384	0,065	0,653	0,514	0,008	0,046	2,411
Hastaneye getirdiği kaçınıcı çocuğu (I.çocuk)								
2.Çocuk	0,039 (-0,263- 0,342)	0,153	0,022	0,256	0,798	0,025	0,018	1,782
3.Çocuk	-0,033 (-0,437- 0,37)	0,205	-0,017	-0,164	0,87	-0,056	-0,012	2,638
4 ve üzeri çocuk	-0,309 (-0,911- 0,292)	0,305	-0,113	-1,014	0,312	-0,127	-0,071	3,014
Yaptığı meslek (Çalışmıyor)								
İşçi	0,142 (-0,326- 0,609)	0,237	0,051	0,598	0,55	-0,003	0,042	1,749
Memur	-0,124 (-0,727- 0,48)	0,306	-0,035	-0,404	0,687	-0,009	-0,028	1,796
Özel Sektör	-0,067 (-0,464- 0,33)	0,201	-0,032	-0,332	0,74	-0,052	-0,023	2,298
Yaşadığı yer (İl)								
İlçe	0,272 (0,027- 0,517)	0,124	0,166	2,189	0,03	0,037	0,153	1,395
Köy	0,372 (-0,399- 1,142)	0,391	0,066	0,951	0,343	0,013	0,067	1,167
Ekonomik durumu (Gelir giderden az)								
Gelir gidere eşit	0,151 (-0,094- 0,396)	0,124	0,092	1,212	0,227	0,073	0,085	1,396
Gelir giderden fazla	0,372 (-0,035- 0,778)	0,206	0,14	1,802	0,073	0,063	0,126	1,483
Eğitim durumu (Sadece okur yazar/Okur-yazar değil)								
İlköğretim	-0,393 (-0,671--0,114)	0,141	-0,234	-2,777	0,006	-0,19	-0,192	1,74
Yükseköğretim ve üstü	-0,048 (-0,392- 0,295)	0,174	-0,022	-0,278	0,781	0,084	-0,02	1,6
Ağrı ile ilgili eğitim (Hayır)								
Evet	-0,082 (-0,439- 0,275)	0,181	-0,032	-0,453	0,651	-0,041	-0,032	1,183
Aile yapısı (Çekirdek aile)								
Geniş aile	-0,057 (-0,462- 0,348)	0,205	-0,019	-0,277	0,782	0,005	-0,02	1,093
Parçalanmış aile	-0,736 (-1,748- 0,276)	0,513	-0,214	-1,434	0,153	-0,16	-0,101	5,414

Tablo 4.11: Çocuğunun organik inançlar puanına etki eden faktörlerin lineer regresyonla incelenmesi.

	β_0 (%95 CI)	S. Hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	2,565 (1,663- 3,467)	0,457	5,609	0				
Yaşı	-0,012 (-0,044- 0,021)	0,016	-0,068	-0,716	0,475	-0,176	-0,05	2,202
Çocuğunun kronik hastalığı var mı? (Yok)								
Var	-0,333 (-0,685- 0,018)	0,178	-0,132	-1,869	0,063	-0,124	-0,131	1,222
Çocuğu daha önce ağrı nedeniyle hastaneye yattı mı? (Evet)								
Hayır	0,13 (-0,112- 0,371)	0,123	0,073	1,057	0,292	0,112	0,074	1,173
Çocuğun ağrı sıklığı (nadiren)								
Bazen	0,123 (-0,163- 0,408)	0,145	0,068	0,847	0,398	0,098	0,06	1,562
Sıklıkla	-0,185 (-0,487- 0,117)	0,153	-0,095	-1,208	0,228	-0,151	-0,085	1,517
Neredeyse her zaman	0,155 (-0,28- 0,59)	0,22	0,052	0,702	0,483	-0,002	0,049	1,325
Her zaman	0,071 (-0,748- 0,89)	0,415	0,012	0,17	0,865	0	0,012	1,319

F=1,435, p=0,077, R²=%17,6, Düzeltilmiş R²=%5,4, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r^1 : Zero-order korelasyon, r^2 : Partial korelasyon

Organik inançlar puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F=1,435; p=0,077).

5. TARTIŞMA

Araştırma verilerinin analizi sonucunda elde edilen bulgular, ilgili literatür doğrultusunda bu bölümde tartışılmaktadır.

Ağrı inançlarına yönelik yapılan çalışmalarda ağrının psikolojik ya da organik kökenli oluşuna ilişkin inançların, ağrıyla baş etme yöntemlerinde ve ağrı tedavisinde farklılıklar meydana getirebileceği ifade edilmektedir (12,147). Ağrı inançları, organik inançlar ve psikolojik inançlar olmak üzere iki alt başlık üzerinden değerlendirilmektedir. Organik inanç kavramında ağrıların; yaralanma, doku hasarı, travma gibi fiziksel etkenlere bağlı olduğu düşünülmektedir. Kişiler ne kadar yaralanma varsa o kadar ağrı olduğu inancına sahiptirler. Buna göre; organik inançların yönetiminde biyomedikal düşüncenin hakim olduğu, ağrının tedavisinde ise sorunun ortadan kaldırılmasına öncelik verildiği görülmektedir. Psikolojik inanç kavramında ise ağrıların; depresyon ve anksiyete gibi psikolojik etmenlere bağlı olduğu düşünülmekte, yönetiminde ise dikkati başka yöne çekme, rahatlama- gevşeme gibi tekniklerden yararlanıldığı belirtilmektedir. Ağrının organik bir nedeni olduğuna inanan bireylerin, psikolojik bir nedeni olduğuna inanan bireylere göre yardım arama olasılığı daha yüksektir. Organik ağrı inançlarına sahip bireyler, ağrı miktarının yaralanmayla doğrudan ilgili olup, ağrının zararlı olduğuna inanırlarken, psikolojik ağrı inançlarına sahip olan bireyler ise ağrıya neden olan durumun hislerinin olduğuna inanmaktadırlar (16,132,148,149).

Bu çalışmamızda ebeveynlerin organik inançlar puanı ortalaması psikolojik inançlar puanı ortalamasından yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4). Bu farkın nedeni çocukların ağrılarını tam olarak ifade edememesinden dolayı, ebeveynlerin çocuklarındaki ağrının kaynağını; yaralanma ve doku hasarından dolayı oluştuğu düşünülmektedir. Öztürk Birge ve Mollaoğlu dahiliye ve cerrahi servisinde yatan hastaların ağrı inançlarını değerlendirdiği çalışmasında, organik inanç puan ortalamalarının psikolojik inanç puan ortalamalarından daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (150). Gümüş ve arkadaşlarının huzurevinde yaşlılarla yaptıkları çalışmada bireylerin organik inançlar puanı ortalamasının psikolojik inançlar puanı ortalamasından yüksek olduğunu bulmuşlardır (151). Topçu'nun kronik ağrılı hastalarla yaptığı çalışmada organik inançlar puan ortalaması psikolojik inançlar puanı ortalamasına

göre daha yüksek bulunmuştur (152). Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak, Babadağ ve ark. (2015)'nin algoloji hastaları ile yapmış olduğu araştırmada ise hastaların organik inançlar puan ortalamasının psikolojik inançlar puan ortalamasından düşük olduğu belirlenmiştir (12). Tıgılı ve ark. (2019) 65 yaş üstü bireylerle yaptıkları çalışmada da organik inançlar puan ortalamasının psikolojik inançlar puan ortalamasına göre daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (153). Yapılan çalışmaların bazılarında psikolojik inançlar puan ortalaması organik inançlar puan ortalamasından daha yüksek iken, bazı çalışmalarda ise organik inançlar puan ortalaması psikolojik inançlar puan ortalamasından daha yüksektir. Yapılan tüm bu çalışmalarda hem organik ağrı inançlar puanı ortalamasının hem de psikolojik ağrı inanç puanı ortalamasının sonuçlarımızdan daha yüksek çıkmasının nedeni ise yapılan çalışmaların ağrı yaşayan bireyler, hastanede yatan bireyler, yaşlılar vb. üzerinde yapılmasından kaynaklanabileceği gibi bireylerin yaşadığı ağrı şiddeti ve süresi gibi değişkenlerden kaynaklanabileceği de düşünülmektedir.

Çalışmada çocuk acil servisine ağrı şikayetiyle ebeveynleri tarafından getirilen çocukların daha çok karın ağrısı, boğaz ağrısı ve baş-boyun ağrısı nedeniyle getirildiği bulunmuştur (Tablo 4.3). Yılmaz ve Küçük Alemdar'ın çocuk acilde yapmış oldukları çalışmada acile başvuruların %77,5'inin karın ağrısı nedeni ile olduğu belirtilmiştir (154). Güdek Seferoğlu ve arkadaşlarının ağrısı olan çocukların ebeveynleri ile yapmış oldukları çalışmada da çocukların en çok boğaz ağrısı ve karın ağrısı yaşadığı belirlenmiştir (155). King ve arkadaşlarının ağrı ile yaptığı sistematik bir derlemede ise çocuklar ve ergenler arasında en sık karın ağrısı, baş ağrısı ve kas-iskelet ağrısı yaşadıkları bulunmuştur (156). Çalışmada ve yapılan diğer çalışmalarda karın ağrısı çocuklarda en sık görülen ağrı türü olmuştur. Çocuklarda diyare, konstipasyon ve viral enfeksiyonların karın ağrısına neden olması ve çocukların bu sağlık sorunlarını sık yaşaması çocuklarda karın ağrısı şikayetinin daha fazla görülmesine neden olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmada ebeveynlerin çocuklarındaki ağrıya yönelik tedavi uygulama durumu incelendiğinde organik inanç puan ortalaması farklılık göstermiş olup tedavi uygulayan ebeveynlerin organik inançlar puan ortalaması, tedavi uygulamayan ebeveynlere göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Ağrının bir organik hasardan kaynaklanıyor düşüncesi ebeveynleri daha fazla medikal bir çözüm aramaya yöneltmiş olabilir. Nitekim çalışmada Tablo 4.2'de ebeveynlerin ağrı tedavi yöntemi olarak en sık ağrı kesici ilaç kullandığı (%88,3) belirlenmiştir. Bey (2021)'in COVID döneminde ağrı ile yaptığı çalışmasında (157) ve Babadağ ve ark. (2015)'nin algoloji hastalarıyla yapmış oldukları çalışmada ağrıyı

kontrol altına almak için bireylerin ilk seçenek olarak ağrı kesici ilaç kullandıkları bulunmuştur (12). Türkiye’de erişkinlerin ağrıdan kurtulmak için ilk yaptıkları uygulamanın ağrı kesici ilaç almak olduğu bilinmektedir (158). Çalışmada ve yapılan çalışmalarda bireyler tarafından ağrının giderilmesinde ağrı kesici ilaç kullanımının fazla olması, ağrı kesicilerin etkisinin hızlı ve kolay ortaya çıkması ve bireyler tarafından kolay ulaşılabilir bir ilaç olması nedeniyle kullanımını arttırdığını düşündürmüştür. Çalışmada ebeveynler çocukların ağrı giderilmesinde farmakolojik yöntemlerin yanı sıra non-farmakolojik yöntemleri de kullanmışlardır. Ebeveynler tarafından en çok uygulanan non-farmakolojik yöntem masaj uygulaması olmuştur (Tablo 4.2). Masaj uygulamasının ebeveynler tarafından daha fazla kullanılmasının nedeni, kolay uygulanabilir olması, çocukların ebeveynleriyle temasının stresi azaltması ve çocuğun kendini güvende hissetmesini sağlamasından dolayı olduğu düşünülmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da ebeveynlerin çocuklarına karın ağrısı durumunda non-farmakolojik yöntemlerden en çok karına masaj yapma, bitki çayları, sıcak uygulama yöntemlerini kullandıklarını/uyguladıklarını bildirmişlerdir (155,159,160).

Çalışmada ebeveynlerin çoğunun (%88) ağrı ile ilgili eğitimi yoktur. Ebeveynlerin çok az bir kısmının ise ağrı ile eğitim kaynağı doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli olmuştur (Tablo 4.1). Yine çalışmada ebeveynlerin çocuğunun ağrıyla ilgili eğitim alma durumunun ağrı inançları ölçek puanları ortalamasında farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 4.5). Yapılan araştırmalarda pediatrik ağrı ile ilgili alınan eğitimlerin bilgi düzeyini arttırdığı belirlenmiştir (161-164). Ağrı eğitimi; ağrıyı anlamayı, bireyleri ağrı hakkında bilinçlendirmeyi, ağrı inançlarını ve ağrı ile başa çıkma yöntemlerini öğretir ve geliştirir.

Çalışmada ebeveynler “ağrının kontrolünü sağlama kimdedir?” sorusuna %26,9’u kişinin kendisinde, %23,7’si ebeveynde ve %21,7’si doktorda yanıtını vermişlerdir. Çalışmada ebeveynlerin %8’i Allah’ta yanıtını vermişlerdir (Tablo 4.1). Babadağ’ın yaptığı araştırmada ise ağrının kontrolü kimdedir sorusuna algoloji hastaların %64,2’si Allah’ta, %49’ü doktorda, %37,3’ü kişinin kendisinde, yanıtını vermiştir (12). Bu sonuçlara göre ebeveynlerin ağrı yönteminin kendinde, doktorda olduğuna inanması ağrının daha çok organik nedenlerle ilişkilendirildiğini düşündürmektedir.

Çalışmada ebeveynlerin çocuklarındaki ağrı yaşama sıklığı, %39,7’si nadiren, %28,6’sı bazen ağrı yaşadığını ifade etmiştir. Bu durumun çocuğun iletişim kurma durumuna, ebeveynin ağrıyı değerlendirme yöntem ve becerisine göre değişkenlik gösterdiği düşünülmüştür.

Çalışmada ebeveynlerin çocuk sayısına baktığımızda %12'si bir çocuğa, %67,4'ü iki ve üç çocuğa sahiptir (Tablo 4.1). İki çocuğu olan ebeveynlerin psikolojik inanç puanının, bir çocuğu olan ebeveynlere göre 0,585 birim daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.8). İki çocuğa sahip olan ebeveynler ilk çocuklarında yaşadıkları çocuk yetiştirme deneyimlerinin yanı sıra hastane deneyimlerinden elde ettikleri bilgiler doğrultusunda ve çocuğun hastanede intravenöz katater takılması intramusküler tedavi yapılması gibi fiziksel ağırlı uyaranlara maruz kalmasından sonra ağrı yaşamaları ebeveynlerin ağrı inançlarının organik inançlarla ilişkilendirdiklerini göstermektedir.

Çalışmada ebeveynlerin ortalama yaşı $36,35 \pm 6,81$ bulunmuştur (Tablo 4.1). Ebeveynlerin yaşları ile organik inançlar puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde çok zayıf bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.7). Yapılan çalışmalarda yaş faktörünün ağrı inancını etkilemediğini bulunmuştur (150,165,166-169). Yaş faktörü kişinin yaşamı boyunca deneyimlediği ağrı durumunun oluşmasında etkili olmasına rağmen, ağrı inancının birçok sosyo-kültürel faktörden etkilenmesinden kaynaklandığı için çalışmalarda anlamlı bir fark yaratmadığı düşünülmektedir.

Çalışmada ebeveynlerin %71,7'si çocukların annesi, %28,3'ünün çocukların babası oluşturmaktadır (Tablo 4.1). Güdek Seferoğlu ve arkadaşları bir üniversite hastanesinin çocuk kliniklerinde tedavi gören çocukların ebeveynleri ile yapmış olduğu çalışmada ebeveynlerin %83,6'sının çocukların annesi, %5,8'ini ise babasının oluşturduğunu bulmuşlardır (155). Çalışmada anne oranının yüksek olmasının nedeni toplumumuzda kadınların erkeklere oranla daha az çalışması ve toplumsal cinsiyet rollerinden bakım verici rolünün anneye verilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmada ebeveynlerin cinsiyete göre psikolojik inanç puan ortalaması farklılık göstermektedir. (Tablo 4.5). Çalışmada ilginç bir bulgu olarak babaların ağrı inancı çocuklarındaki ağrıyı, anksiyete, depresyon gibi psikolojik ağrı inanç faktörlerine bağlamaya annelerden daha yatkın olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda cinsiyet faktörünün ağrının algılanması ve yaşanmasında farklılık gösterdiği bulunmuştur (12,167,170-173). Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak Yorulmaz ve ark.'nın hemşirelik öğrencileriyle, Koçoğlu ve Özdemir'in erişkin bireylerle yaptığı araştırmada, cinsiyetin organik ve psikolojik inanç boyutlarını etkilemediği belirlenmiştir (139,166). Araştırmalardaki bu farklı sonuçlar çalışmaların farklı hasta gruplarında ve farklı örneklerde yapılmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmada ebeveynlerin en çok hastaneye 1. çocuğunu getirdiği belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Ebeveynlerin hastaneye getirdiği kaçıncı sıradaki çocuğu olma durumuna göre organik inançlar puan ortalaması farklılık göstermektedir. Çalışmada ebeveynler ilk çocuğunda ağrının nedenini organik inançlardan kaynaklandığını düşünerek acil servise daha sık başvuru yapmış olabilirler. Aynı zamanda ebeveynin ilk çocukta daha fazla korku anksiyete duyması, çocukların yaşına göre ağrı ifade etme durumunun davranışlardan kelimelere dönüşmesi ebeveynin ağrıyı daha objektif değerlendirmesini sağlarken ebeveynlerin acil servise başvuru durumunu ve ağrı inancını etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmada ebeveynlerin eğitim durumuna göre AİÖ genel puan ortanca değerleri ile psikolojik inanç ölçek puanı ortanca değerleri farklılık göstermektedir (Tablo 4.5). Bu farklılık ilköğretim mezunu ile ortaöğretim mezunlarından kaynaklanmaktadır Aynı zamanda yapılan Lineer regresyon analizinde eğitim durumu yükseköğretim ve üstü olanların psikolojik inanç puan ortalamasının sadece okuryazar/okur-yazar değil olanlara göre 0,466 birim daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.8). Yapılan analiz sonucunda eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynlerin çocuklarının ağrılarının nedenini daha çok organik kaynaklara bağladıkları düşünülebilir. Kablan (174) hemşirelerle yaptığı çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça psikolojik inançlar puan ortalamasının azaldığını bulmuştur. Yıldızeli Topçu'nun kronik ağrısı olan hastalarla yapmış olduğu çalışmada lise veya üzeri diplomaya sahip olanların organik inanç puan ortalamasını daha yüksek bulmuşlardır (141). Çalışmadan farklı olarak Öztürk Birge ve Mollaoğlu yatan hastalarla yaptığı çalışmada okuryazar olanların diğer eğitim düzeylerine sahip olan hastalara göre psikolojik puan ortalamalarının daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (150). Koçoğlu ve Özdemir yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik ve ekonomik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmada yaşam boyunca sıklıkla ağrı yaşama için eğitim düzeyinin ilköğretim ve daha düşük düzeyde olmasını risk faktörlerinden biri olarak belirtmişlerdir. (139). Tayvan'da yüksek eğitim düzeyinin ağrı prevalansını azalttığı, ilköğretim ve altında eğitim düzeyi olanlarda ağrının 1.87 kat arttırdığı bulunmuştur (175). Eğitim seviyesinin yüksek olması ile ebeveynlerin bilişsel ve duygusal deneyimlerini daha bilinçli şekilde değerlendirip yönetebilmesi, ağrının fizyolojisini, nedeni ve tedavisi hakkındaki bilgilerini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Eğitim seviyesi düşük olan ebeveynlerin sosyo-ekonomik faktörlerin sınırlı olması, bilgi kaynaklarına ulaşımında kısıtlılık yaşamaları gibi faktörlerin ağrı inancını etkilediği düşünülmüştür.

Ebeveynlerin yaşadığı yere göre organik inançlar ölçek puanı ortanca değerleri farklılık göstermemektedir. Çeçe'nin diyabetlilerle yaptığı araştırmada yaşadığı yere göre organik

inançlar ölçek puanı ortanca değerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (176). Çalışmada ebeveynlerin psikolojik inançlar ölçek puanı ortanca değerleri ve AİÖ genel puan ortanca değeri farklılık göstermektedir (Tablo 4.5). Yine yapılan lineer regresyon analizinde ilçede yaşayanların psikolojik inanç puanının ilde yaşayanlara göre 0,450 birim daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.8). İlde yaşam koşullarının ilçeye göre gürültülü ve stresli olmasından dolayı ilde yaşayan ebeveynlerin ağrının kaynağını psikolojik faktörlere bağlamaya daha yatkın olduğu düşünülmüştür.

Çalışmada ebeveynlerin ekonomik durumlarına göre psikolojik inanç puan ortanca değeri farklılık göstermektedir (Tablo 4.5). Fakat ikili karşılaştırmalarda anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Tablo 4.8). Tanrıverdi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ağrıyı en fazla yaşayan grubun ev hanımları ve işçiler olduğu, bireylerin ekonomik durumu kötüleştikçe ağrı sıklığının da arttığı tespit edilmiştir (177). Koçoğlu ve Özdemir erişkinlerle yapmış olduğu ağrı inançları çalışmasında, düşük gelir riskinin ağrı yaşama sıklığını arttırdığını belirtmiş ve düşük gelirin psikolojik inançları %11 oranında azalttığını saptamıştır (139). Ekonomik durumun kötü olması sağlık hizmetlerine ulaşımı zorlaştırdığı, stres, endişe ve depresyona yol açtığı, kötü koşullardan dolayı fiziksel ağrılara neden olarak ağrı deneyimini arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmada ebeveynlerin çocuklarının %86,6'sının kronik hastalığı bulunmuyor iken, %13,4'ünün kronik hastalığı vardır (Tablo 4.3). Çocuğunun kronik hastalığının varlığına göre AİÖ puan ortanca değerleri ve organik inançlar puan ortanca değeri farklılık göstermektedir. Çocuğunun kronik hastalığı olan ebeveynlerin ağrı inançları puan ortanca değeri ve organik inançlar puan ortanca değeri, çocuğunda kronik hastalığı olmayanların ağrı inançları puan ortanca değerinden daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.6). Çocuklarında kronik rahatsızlığı olmayan ebeveynler, kronik rahatsızlığı olan ebeveynlere göre ağrı inancını zarar görme, yaralanma gibi organik nedenlere bağlamaktadırlar. Araştırmamızdan farklı olarak Edwards ve arkadaşlarının hastalarla yapmış oldukları ağrının nedenlerini ve sonuçlarını araştıran çalışmasında, kronik hastalığı olanların organik inançlar puanları daha yüksek, kronik hastalığı olmayanların ise psikolojik inanç puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu durum kronik hastalığa göre değişebildiği düşünülmektedir, bazı kronik hastalıklar ağrıya neden olurken bazı hastalıklar ağrıya neden olmamaktadır (136).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuk acil servisine ağrı şikayeti ile başvuran çocukların ebeveynlerinin ağrı inançları ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda;

- Çocukların en çok karın ağrısı yaşadığı ve ebeveynlerin en fazla kullandığı tedavi yöntemi ise ağrı kesici ilaç verme olarak belirlenmiştir.
- Ebeveynlerin en çok kullandığı non-farmakolojik yöntem masaj yapma, sıcak uygulama ve bitkisel yöntemler olduğu belirlenmiştir.
- Ebeveynlerin psikolojik inanç puanı ortalaması 2,08, Organik inanç puanı ortalaması 2,78, Ağrı inançları puan ortalaması 2,5, olarak belirlenmiştir.
- Ebeveynlerin psikolojik ağrı inançlarının cinsiyete göre değiştiği erkek ebeveynlerin kadın ebeveynlere göre psikolojik ağrı inançlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir.
- Ebeveynlerin hastaneye getirdiği çocuk sayısına göre organik inançlar puan ortalaması farklılık göstermektedir. Ebeveynlerin hastaneye getirdiği 1.çocuk ile 4 ve üzeri çocuk organik inançlar puan ortalaması birbirinden farklılık göstermektedir.
- Ebeveynlerin eğitim durumuna göre psikolojik inanç puan ortalaması farklılık göstermektedir ($p=0,018$). İlköğretim mezunu ile ortaöğretim mezunu psikolojik inanç puan ortalaması birbirlerinden farklılık gösterirken, diğer eğitim durumlarının puan ortalaması benzerlik göstermektedir.
- Ebeveynlerin eğitim durumuna göre ağrı inançları puan ortalaması farklılık göstermektedir ($p=0,003$). İlköğretim mezunu ile ortaöğretim mezunu ağrı inançları puan ortalaması birbirlerinden farklılık göstermektedir.
- Ebeveynlerin ekonomik durumlarına göre ve il ve ilçede yaşama durumlarına göre psikolojik inançlar puan ortalaması birbirinden farklılık göstermektedir.
- Çocuğun kronik hastalığı varlığına göre organik inançlar puan ortalaması ($p=0,022$) ve ağrı inançları puan ortalaması ($p=0,027$) farklılık göstermektedir.

- Tedavi uygulama durumuna göre organik inançlar puan ortalaması farklılık göstermektedir ($p=0,013$).

Bu sonuçlar doğrultusunda:

Ebeveynlerin ağrı inançları birçok farklı katmandan oluşmaktadır ve bu katmanları birçok faktör etkilediği görülmektedir. Ebeveynlerin ağrı ile ilgili düşünce ve inanışlarına önem verilmesi,

Ebeveynlerin ağrı konusundaki bilgi ve farkındalığını arttırmak amacıyla eğitim planlanmasının yapılması,

Ebeveynlerin ağrı inançlarının bilinmesi, zamanında uygun tedavi seçeneklerinin seçilerek programlı müdahalenin yapılması ve bütüncül bakım içerisinde çocuk ve ailesinin değerlendirilmesi,

Ebeveynlerin ağrı inançlarını değerlendirmeye yönelik çalışmaların farklı bölgelerde yapılması,

Ebeveynlerin ağrı inançlarını değerlendirmeye yönelik kanıt düzeyi yüksek çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Eti Aslan F, Badır A. Ağrı kontrol gerçeği: hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı*. 2005; 17:44-51.
2. Çalışır H, Karataş P. Pediatri hemşireliğinde travmatik bakım yaklaşımı: ağrı, stres ve anksiyeteyi azaltmada farmakolojik olmayan yöntemler. *Hemşirelik Eğitim Araştırma Dergisi*. 2019;16(3):234-45.
3. Ferri P, Gambaretto, Alberti S, Parogni P, Rovesti S, Di Lorenzo R, ve ark. Pain management in a prehospital emergency setting: A retrospective observational study. *J Pain Res*. 2022; 15:3433-34.
4. Chronic pain in children [İnternet]. 2020 [Erişim Tarihi: 1.07.2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017870>
5. McCaffery M, Beebe A. Pain: clinical manual for nursing practice. *Pain: clinical manual for nursing practice*. *Nurs Stand*. 1994;9(11):55-69.
6. Kangaroo mother care [İnternet]. 2003 [Erişim Tarihi: 14.08.2022]. Erişim adresi: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/
7. Aydın B, Bektaş M. *Pediyatrik ağrıya yaklaşım*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2022.
8. Tsang A, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, ve ark. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression anxiety disorders. *J Pain*. 2008; 9: 883-91.
9. Caneiro J, Bunzli S, O'Sullivan P: Beliefs about the body and pain, the critical role in musculoskeletal pain management. *Braz J Phys Ther*. 2021;25(1):17-29.
10. Ellis A. Using rational emotive behavior therapy techniques to cope with disability. *professional psychology*. *Research and Practice*. 1997;28(1):17-22.
11. Özer Z, Bahçecioğlu TG, Çelikkilek F. Hemodiyaliz hastalarında ağrı inançları ile ağrı yönetimleri arasındaki ilişki. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2020;5(3):226-34.
12. Babadağ B, Alparslan GB, Güleç S. The relationship between pain beliefs and coping with pain of algology patients. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(6):910-19.
13. Pancekauskaitė G, Jankauskaitė L. Paediatric Pain medicine: pain differences, recognition and coping acute procedural pain in paediatric emergency room. *Medicina*. 2018;54(6):1-96.

14. Lasch KE, Culture, pain, and culturally sensitive pain care. *Pain Manag Nurs.* 2000;1(3):16-22.
15. Kuğuoğlu S, Ağrı algısını etkileyen faktörler. Eti Aslan F, editör. Ağrı doğası ve kontrolü. 2. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014.
16. Baird AJ, Haslam RA. Exploring differences in pain beliefs within and between a large nonclinical population and a clinical population using the pain beliefs questionnaire. *Phys Ther.* 2013; 93(12): 1615-24.
17. Linton J, Shaw W. Impact of psychological factors in the experience of pain. *Phys Ther.* 2011; 91(5): 700-11.
18. Dowden SJ. Pharmacology of analgesic drugs. Twycross A, Dowden SJ, Bruce E, editörler. *Managing pain in children A clinical guide for nurses and healthcare professionals palliative care in children.* United Kingdom: Blackwell; 2009.
19. Michsrlides A, Zis P. Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. *Postgraduate Med.* 2019;131(7):438-44.
20. Başbakkal Z, Sönmez S, Esenay F, Celasin N. Determination of behavioral reactions of a child of 3-6 ages group to be hospitalized due to an acute illness. *Journal of Human Sciences.* 2010;7(1):456-68.
21. Richards J, Hubbert AO. Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain Manag Nurs.* 2007;8(1):17-24.
22. Öngel DDK. Ağrı tanımı ve sınıflaması. *Klinik Tıp Aile Hekimliği.* 2017; 9(1): 12-4.
23. Kalkan N, Güler S. Ağrı fizyopatolojisi. Sevilay E, editör. *Ağrı ve kontrolü.* Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2021.
24. Yılmaz F, Atay S. Hemşirelik öğrencilerinin klinik ağrı yönetimi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2014;1(2):32-41.
25. Yücel A. Ağrı mekanizmaları. Aslan FE, editör. *Ağrı doğası ve kontrolü. 2. Baskı.* Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014.
26. Ağrı [İnternet]. 2016 [Erişim Tarihi: 7.06.2022]. Erişim adresi: https://www.ktu.edu.tr/dosyalar/farabikalite_efeaf.pdf
27. Hsu E, Cohen SP, Postamputation pain: epidemiology, mechanisms and treatment. *J Pain Res.* 2013; 6:121-36.
28. Büyükgöneç L, Törüner EK. Çocukluk yaşlarında ağrı ve hemşirelik yönetimi. Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B, editörler. *Pediatric hemşireliği.* Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2018.

29. Uyar M, Köken İ. Neurophysiology of chronic pain. *Totbid Dergisi*. 2017;16(2):70-6.
30. Aydın ON. Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002;3(2):37-48.
31. Yağcı Ü, Saygın M. Ağrı fizyopatolojisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2019;26(2):209-220.
32. Velioglu S.K. Ağrı anatomisi: Ağrı yolları, beyin sapı ve beyin. *Türk Klinikleri Dergisi Nöroloji*. 2017;10(4):329-35.
33. Mitchell A, Boss BJ. Adverse effects of pain on the nervous systems of newborns and young children: a review of the literature. *J Neurosci Nurs*. 2002; 34(5): 228-36.
34. Bhalla T, Shepherd E, Tobias JD. Neonatal pain management. *Saudi J Anaesth*. 2014;8(1):89-97.
35. Hall RW, Anand KJS. Short- and long-term Impact of neonatal pain and stress: more than an ouchie. *Neoreviews*. 2005; 6(2): 69-75.
36. Erdem M, Akarsu S, Gülsün M. Plasebo etkinin nörobiyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013; 5(3): 299-312.
37. Chen SR, Jin XG, Pan HL. Endogenous nitric oxide inhibits spinal NMDA receptor activity and pain hypersensitivity induced by nerve injury. *Neuropharmacology*. 2017; 125: 156–65.
38. Eti Aslan F. Ağrıya ilişkin kavramlar Eti Aslan F, editör. *Ağrı doğası ve kontrolü*. 2.Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014.
39. Melzack R. Evolution of the neuromatrix theory of pain. *Pain Pract*. 2005; 5(2): 85-94.
40. Swieboda P, Filip R, Prystupa A, Drozd M. Assessment of pain: types, mechanism and treatment. *Ann Agric Environ Med*. 2013;1: 2-7.
41. Tütüncü R, Günay H. Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon. *Dicle Tıp Dergisi*. 2011; 38 (2): 257-62.
42. Moayedı M, Davis KD. Theories of pain: from specificity to gate control. *J Neurophysiol*. 2013; 109(1): 5-12.
43. Katz J, Rosenbloom BN. The golden anniversary of melzack and wall's gate control theory of pain: celebrating 50 years of pain research and management. *Pain Res Manag*. 2015; 20(6): 285-6.
44. Mendell LM. Constructing and deconstructing the gate theory of pain. *Pain*. 2014;155(2): 210-16.

45. Treede RD. Pain and hyperalgesia: definitions and theories. *Handb Clin Neurol*. 2006;81: 3-10.
46. Hodgetts SI, Harvey AR. Neurotrophic factors used to treat spinal cord injury. *Vitam Horm*. 2017; 104:405-57.
47. Tel H. Ağrı, ağrıya yönelik uygulamalar ve hasta bakımı. Sabuncu N, Akça Ay F, editörler. *Klinik beceriler sağlığın değerlendirilmesi hasta bakım ve takibi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015.
48. Yaksh TL. Dynamics of the pain processing system. Steven D Waldman, editör. *Pain management*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007.
49. Akbaş M, Köse Tosunöz, İ. Ağrı ile ilişkili girişimler konusunda hemşirelerin bilgi ve yaklaşımları. *Cukurova Medical Journal*. 2019; 44:136-43.
50. Başbakkal Z, Kahraman A. Ağrının psikolojik yönü. Özyazıcıoğlu N, editör. *Çocuklarda ağrı ve hemşirelik yaklaşımları*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019.
51. Henschke N, Kamper SJ, Maher CG. The epidemiology and economic consequences of pain. *Mayo Clin Proc*. 2015; 90(1): 39-47.
52. Ameringer S, Fisher D, Sreedhar S, Ketchum J. Pediatric Pain management education in medical students: impact of a web-based module. *J Palliat Med*. 2012; 15(9): 978-83.
53. Chiang L, Chen H, Huang L. Student's Nurses knowledge attitudes and self efficacy of children's pain management: evaluation of an education program in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*. 2006; 32(1): 82-9.
54. Akcan E, Polat S. Yenidoğanlarda ağrı ve ağrı yönetiminde hemşirenin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;2(1): 64-9.
55. Akcan E, Yiğit R. Türkiye’de yenidoğan kliniklerinde çalışan hemşire ve hekimlerin yenidoğanda ağrı yönetimi ile ilgili yaklaşımları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016; 7(3):147-53.
56. Faye PM, De Jonckheere J, Loogie R, Kuissi E. Newborn Infant pain assessment using heart rate variability analysis. *Clin J Pain*. 2010;26: 777-82.
57. Boztepe H. Pediatri hemşirelerinin ağırlı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunması hakkında görüşleri. *Ağrı*. 2012; 24(4): 171-9.
58. Taylor EM, Boyer K, Campbell FA. Pain in hospitalized children: a prospective cross sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. *Pain Res Manag*. 2018; 13(1): 25-32.

59. Palermo TM, Chambers CT. Parent and family factors in pediatric chronic pain and disability: an integrative approach. *Pain*. 2005; 15(119): 1-4.
60. Evans S, Tsao JC, Zelzter LK. Relationship of child perceptions of maternal pain to children's laboratory and non-laboratory pain. *Pain Res Manag*. 2008; 13(3): 211-18.
61. Hermann C, Zohsel K, Hohmeister J, Flor H. Dimensions of pain-related parent behavior: development and psychometric evaluation of a new measure for children and their parents. *Pain*. 2008; 137(3): 689-99.
62. Widen SC, Russel JA. Children acquire emotion categories gradually. *Cognitive Development*. 2008; 23(2): 291-31.
63. Stanford E, Chambers C, Craig K. A normative analysis of the development of pain related vocabulary in children. *Pain*. 2005; 114(1): 278-84.
64. Brand K, Court C. Pain assessment in children. *Paediatr Anaesth*. 2010; 11(6): 214-6.
65. Flavell JH. Cognitive development: children's knowledge about the mind. *Annu Rev Psychol*. 1999; 50: 21-45.
66. Gaffney A. Pain in children. *Painwise*. 2002;2: 3-6.
67. Brown ML, Rojas E, Gouda SA. A mind-body approach to pediatric pain management. *Children*. 2017;4(6):1-50.
68. Gehdoo RP. Post operative pain management in paediatric patients. *Indian J Anaesth*. 2004; 48(5): 406-14.
69. Kristjánssdóttir Ö, Unruh A, McAlpine L, McGrath P. A systematic review of crosscultural comparison studies of child, parent, and health professional outcomes associated with pediatric medical procedures. *Pain*. 2012; 13(3): 207-19.
70. Cohen LL, Lemanek K, Blount RL, Dahlquist LM, Lim CS, Palermo TM, ve ark. Evidence-based assessment of pediatric pain. *J Pediatr Psychol*. 2008; 33(9): 939-957.
71. Tel Aydın H, Öztürk B. Ağrı, ajitasyon/sedasyon ve deliryum yönetimi. Durmaz Akyol A, editör. Yoğun bakım hemşireliği. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri;2017.
72. Bağdatlı Aydın H, Eşer İ. Hemşirelerin ve kanserli hastaların ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2010; 26(1):11-23.
73. Young JL, Horton F, Davidhizar R. Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *J Adv Nurs*. 2005; 53(4): 412-21.
74. Andersen RD, Langius-Eklöf A, Nakstad B, Bernklev T, Jylli L. The measurement properties of pediatric observational pain scales: A systematic review of reviews. *Int J Nurs Stud*. 2017; 20(73): 93-101.

75. Eccleston C, Fisher E, Howard R, Slater R, Forgeron P, Palermo T, ve ark. Delivering transformative action in paediatric pain: a lancet child and adolescent health commission. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021; 5(1): 47-87.
76. Birnie K, Hundert A, Lalloo C, Nguyen C, Stinson J. Recommendations for selection of self-report pain intensity measures in children and adolescents: a systematic review and quality assessment of measurement properties. *Pain*. 2019; 160(1): 5-18.
77. Yavuz D, Alpar Ş. Yenidoğan ve süt çocuklarında girişimsel ağrı ve non farmakolojik yönetimi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2018; 49(1): 169-78.
78. Eroğlu A, Arslan S. Yenidoğanda ağrının algılanması, değerlendirilmesi ve yönetimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2018; 8(1): 52-60.
79. Slater R, Cornelissen L, Fabrizi L, Patten D, Yoxen J, Worley A, ve ark. Oral sucrose as an analgesic drug for procedural pain in newborn infants: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2010; 376(9748): 1225-32.
80. Fabrizi L, Slater, R, Worley A, Meek J, Boyd S, Olhede S, ve ark. A shift in sensory processing that enables the developing human brain to discriminate touch from pain. *Curr Biol*. 2011; 21(18): 1552-58.
81. Mathew P, Mathew J. Assessment and management of pain in infants. *Postgrad Med J*. 2003; 79: 438-43.
82. Yiğit Ş, Ecevit A, Köroğlu Ö. Türk neonatoloji derneği yenidoğan döneminde ağrı ve tedavisi rehberi. *Türk Pediatri Arşivi*. 2018; 53(1): 161-17.
83. Walter-Nicolet E, Annequin D, Biran V, Mitanchez D, Tourniaire B. Pain management in newborns: From prevention to treatment. *Pediatr Drugs*. 2010; 12(6): 353-65.
84. Fillingim RB. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain*. 2017;158(1):11-8.
85. Çağlar S, Yıldız S. Çocuklarda ağrı yönetiminde non-farmakolojik yöntemlerin kullanıldığı çalışmalar: Sistemik derleme. Özyazıcıoğlu N, editor. *Çocuklarda ağrı ve hemşirelik yaklaşımları*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019.
86. Özçevik D, Ocakçı AF, Yenidoğanda ağrı: değerlendirme, yönetim ve hemşirenin rolü. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2019; 18(1):18-26.
87. Von Baeyer C, Spagrud L. Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. *Pain*. 2007; 127(1):140-50.

88. Hunt A, Goldman A, Seers K, Crichton N, Mastroiannopoulou K, Moffat V, ve ark. Clinical validation of the paediatric pain profile. *Dev Med Child Neurol.* 2004;46(1): 9-18.
89. Malviya S, Voepel-Lewis T, Burke C, Merkel S, Tait A. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Paediatr Anaesth.* 2006;16(3):258-65.
90. Dinçer Ş, Yurtçu M, Günel E. Yenidoğanlarda ağrı ve nonfarmakolojik tedavi. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi.* 2011; 27(1): 46-51.
91. Beytut D, Başbakkal Z. Çocuk yoğun bakımda sedasyon değerlendirmesi ve konfor skalasının kullanımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 2013; 13(2): 52-8.
92. Kahsay H. Assessment and treatment of pain in pediatric patients. *Current Pediatric Research.* 2017; 21(1): 148-157.
93. Finley GA, McGrath PJ, Forward SP, McNeil G, Fitzgerald P. Parents management of children's pain follow 'minor' surgery. *Pain.* 1996; 64: 83-7.
94. Friedrichsdorf SJ, Postier A, Eull D, Weidner C, Foster L, Gilbert M, ve ark. Pain outcomes in a US children's hospital: a prospective cross-sectional survey. *Hosp Pediatr.* 2015; 5(1): 18-26.
95. Shomaker K, Dutton S, Mark M. Pain prevalence and treatment patterns in a us children's hospital. *Hosp Pediatr.* 2015; 5(7): 363-70.
96. Twycross A, Collis S. How well is acute pain in children managed? A snapshot in one English hospital. *Pain Manag Nurs.* 2013; 14(4): 204-15.
97. Srouji R, Ratnapalan S, Schneeweiss S. Pain in children: assesment and nonpharmacological management. *Int J Pediatr.* 2010;4(1):1-11.
98. Demir Y, Yıldırım Usta Y, İnce Y, Türken Gel K, Kayı Akı M. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi.* 2012; 2(3): 162-72.
99. Balice-Bourgeois C, Zumstein-Shaha M, Vanoni F, Jaques C, Newman CJ, Simonetti GD. A systematic review of clinical practice guidelines for acute procedural pain on neonates. *The Clinical Journal of Pain.* 2020; 36:390-8.
100. Karakaya A. Okul çocuklarında kan alma sırasında dikkatin başka yöne çekilmesinin hissedilen ağrı düzeyine etkisi [Yüksek Lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2014.

101. Bedre C. Analgesics for the treatment of pain in children. *N Engl J Med.* 2002; 347(14): 1094-103.
102. Uğurlu ES. Çocuklarda girişimsel işlemlerde nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemleri. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2017; 8(4): 198-200.
103. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2011; 18(1): 83-92.
104. Batalha LM, Mota AA. Massage in children with cancer: effectiveness of a protocol. *J Pediatr.* 2013; 89(6): 595-600.
105. Çelebioğlu A, Üğücü G. Yenidoğan ve bebeklik döneminde ağrı ve hemşirelik yönetimi. Özyazıcıoğlu N, editör. *Çocuklarda ağrı ve hemşirelik yaklaşımları.* Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019.
106. Çağlayan N, Balcı S. Preterm yenidoğanlarda ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem cenin pozisyonu. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.* 2014; 22(1): 63-8.
107. Endo T, Sampei M, Fukuda S. Kangaroo mother care alters chromogranin A and perfusion index in preterm babies. *Pediatr Int.* 2021;63(1):53-9.
108. Johnston C, Stevens B, Pinelli J, Gibbins S, Filion F, Jack A, ve ark. Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003; 157(11): 1084-8.
109. Cong X, Cusson R, Walsh S, Hussain N, Ludington Hoe S, Zhang D. Effects of skin-to-skin contact on autonomic pain responses in preterm infants. *J Pain.* 2012;13(7): 636-45.
110. Johnston C, Campbell-Yeo M, Disher T, Benoit B, Fernandes A, Streiner D, ve ark. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 2(2):1-80.
111. Küçükoğlu S, Özdemir A. Bir elektro analjezi yöntemi: transkütan elektriksel sinir stimülasyonu ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2015;2(1):50-60.
112. Lander J, Fowler-Kerry S. TENS for children's procedural pain. *Pain.* 1993; 52(2):209-216.
113. Corti L. Nonpharmaceutical approaches to pain management. *Top Companion Anim Med.* 2014; 29(1): 24-28.
114. Yağız O. Ağrı tedavisinde soğuk uygulamalar. *Ağrı.* 2006;18(2):5-12.

115. Khalil NS, Effect of application of ice pack on reducing pain during the arterial puncture. *Clinical Practice*. 2017;14(4):214-8.
116. Lane E, Latham T. Managing pain using heat and cold therapy. *Paediatr Nurs*. 2009; 21(6): 14-18.
117. Hasanpour M, Tootoonchi M, Fereshteh A, Yadegarfar G. The effects of two non-pharmacologic pain management methods for intramuscular injection pain in children. *Acute Pain*. 2006; 8(1): 7-12.
118. Hartling L, Newton AS, Liang Y, Jou, H, Hew son K, Klassen TP. Music to reduce pain and distress in the pediatric emergency department: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*. 2013; 167(9): 826-35.
119. Kristjansottir O, Kristjansottir G. Randomized controlled trial of musical distraction with and without headphones for adolescents' immunization pain. *Scand J Caring Sci*. 2011; 25(1): 19-26.
120. Hewida AH. Effect of active and passive distraction on decreasing pain associated. *World Journal of Nursing Sciences*. 2015; 1(2): 13-23.
121. Sadeghi T, Mohammadi N, Shamshiri M, Bagherzadeh R, Hossinkhani N. Effect of distraction on children's pain during intravenous catheter insertion. *J Spec Pediatr Nurs*. 2013; 18(2): 109-14.
122. Birnie KA, Noel M, Chambers CT, Uman LS, Parker JA. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;15(1):74-5.
123. Jabusch KM, Lewthwaite BJ, Mandzuk LL, Schnell-Hoehn KN, Wheeler BJ. The pain experience of inpatients in a teaching hospital: revisiting a strategic priority. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(1):69-76.
124. Al-Abbass TM, Abdelkader RH, Shoqirat N, Obeidat H. The effect of parental presence on reducing the level of pain in children during blood collection. *Pyrex Journal of Nursing and Midwifery*. 2016;2(3):12-9.
125. Tan MG, Win, Khan SA. The use of complementary and alternative medicine in chronic pain patients in Singapore: a single-centre study. *Ann Acad Med Singap*. 2013;42(3):133-7.
126. Swift A. Understanding pain and the human body's response to it. *Nurs Times*. 2018; 14(3): 22-6.
127. Ay F. Alpar ŞE. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı*. 2010;22(1):21-9.

128. Alakan Y, Ünal E. Yoğun bakım hemşireliğinde ağrı değerlendirmesi ve ağrı yönetimi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017; 4(2): 12-29.
129. Erden S, Çelik S. Torakotomi sonrası ağrı ve analjezi yöntemlerinin kullanılmasında hemşirenin rolü. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 2(1): 11-24.
130. Gorodzinsky AY, Davies WH, Drendel AL. Parents' treatment of their children's pain at home: pharmacological and nonpharmacological approaches. J Pediatr Health Care. 2014;28(2):136-47.
131. Ricards J, Hubbert A. Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. Pain Manag Nurs. 2007; 8(1): 17-24.
132. Sertel-Berk HÖ. Kronik ağrı yaşantısı ve ağrı inançları: ağrı inançları ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması [Doktora tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2006.
133. Sloan T, Gupta R, Zhang W, Walsh D. Beliefs about the causes and consequences of pain in patients with chronic inflammatory or noninflammatory low back pain and in pain-free individuals. Spine. 2008; 33(9): 966-72.
134. Thong IS, Tan G, Lee TY, Jensen MP. A comparison of pain beliefs and coping strategies and their association with chronic pain adjustment between Singapore and United States. Pain Med. 2017; 18(9): 1668-78.
135. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. Cognitive Therapy and Research. 1992;16(2):143-63.
136. Edwards LC, Pearce SA, Turner-Stokes L, Jones A. The pain beliefs questionnaire: an investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. Pain. 1992;51(3):267-72.
137. Pons T, Shipton E, Mulder R. The relationship between beliefs about pain and functioning with rheumatologic conditions. Rehabilitation Research and Practice. 2012; 2:1-9.
138. Dysvik E, Lindstrom T, Eikeland O, Natvig G. Health-related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. Pain Manag Nurse. 2004; 5(2):66-74.
139. Koçoğlu D, Özdemir L. The relation between pain and pain beliefs and sociodemographic-economic characteristics in an adult population. Pain. 2011;23(2):64-70.

140. Thastum M, Herlin T, Zachariae R. Relationship of pain-coping strategies and pain specific beliefs to pain experience in children with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum.* 2005;53(2):178-84.
141. Yıldızeli Topcu S. Relations among pain, pain beliefs and psychological well-being in patients with chronic pain. *Pain Manag Nurse.* 2018; 19(6): 1-8.
142. Wang R, Zheng X, Su X, Huang X, Liu H, Guo Y, ve ark. The development of a cancer pain belief modification program for patients with oral cancer in china: a feasibility study. *BMC Nurs.* 2023;22(206): 2-15.
143. Çaçı İH. Ailelerin çocuk acil konusunda bilgi, tutum ve davranışları ve çocuk acil servisine başvuruların değerlendirilmesi [Doktora tezi]. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi; 2020.
144. Chumpitazi, C, Chang C, Atanelov Z, Dietrich AM, Lam SH, Rose E. Managing acute pain in children presenting to the emergency department without opioids. *J Am Coll Emerg Physicians Open.* 2022; 3(2):1-9.
145. Caneiro JP, Bunzli S, O’Sullivan P. Beliefs about the body and pain: The critical role in musculoskeletal pain management. *Braz J Phys Ther.* 2021;25(1):17–29.
146. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Iwanga S. Under the title adequacy of sample size in health studies by World Health Organization (translated: S.Oğuz Kayaalp). Ankara: Hacettepe Taş;1990.
147. Walsh DA, Radcliffe JC. Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain.* 2002; 97(1): 23-31.
148. Cornally N, McCarthy G. Chronic pain: the help-seeking behavior, attitudes, and beliefs of older adults living in the community. *Pain Manag Nurs.* 2011; 12(4): 206-17.
149. Lima DA, Rossato LM, Guedes DM, Damião EBC, Silva L, Szyliit R. Children’s satisfaction and dissatisfaction with pain management in a pediatric emergency department. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;20(52):1-7.
150. Öztürk Birge A, Mollaoğlu M. Hastaların ağrı inançları ve ağrıyı yönetmede kullandıkları ilaç dışı yöntemler. *Ağrı.* 2018; 30(2): 84-92.
151. Gümüş A, Keskin G, Orgun F. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı ve yaşam aktiviteleri: Depresyon, anksiyete ve somatizasyon yönünden bir inceleme. *Türk Geriatri Dergisi.* 2012;15(3):299-305.
152. Topcu SY. Relations among pain, pain beliefs, and psychological well-being in patients with chronic pain. *Pain Manag Nurs.* 2018;19(6):637-44.

153. Tıglı A, Günebakan Ö, Toslalı Z, Aytar A. Geriatrik kişilerde biliş düzeyi, ağrı inançları ve vücut farkındalığının ilişkisi. *Sağlık ve Toplum*. 2019; 29(2): 86-91.
154. Yılmaz G, Küçük Alemdar D. Çocuk acil servise ağrı şikayetiyle başvuran hastaların geriye dönük incelenmesi. *Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi*. 2019; 6(2): 79-84.
155. Güdek Seferoğlu E, Değirmen N, Gürol A. Ebeveynlerin ağrısı olan çocuğa yaklaşımları. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;7(3): 947-64.
156. King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L, ve ark. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*. 2011;152(12): 2729-38.
157. Bey E. COVID-19'da ihmal edilen semptom: ağrı. *Ağrı*. 2021; 33(3): 203-4.
158. Erdine S. editör. Ağrı ve akılcı analjezik kullanımı el kitabı. Ankara: Türk Algoloji Dergisi;1999.
159. Tokgöz Y, Çocuk Acil Servisine Başvuran Adolesan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi [Uzmanlık tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2006.
160. Khalilian MR, Moghadam AE, Torabizadeh M, Khalilinejad F, Moftakhar S. Pediatric and adolescent chest pain: a cross sectional study. *J Pediatr*. 2015;3(1):340-5.
161. Fowler S, Rasinski H, Geers A, Helfer S, France C. Concept priming and pain: An experimental approach to understanding gender roles in sex-related pain differences. *J Behav Med*. 2011; 34(2): 139-47.
162. Korkmaz S. Çocuk servisinde çalışan hemşirelerin çocuklarda ağrı değerlendirilmesi hakkında bilgilendirme düzeylerinin değerlendirilmesi [Yüksek Lisans tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi;2015.
163. Ülgen H. Ağrı yönetimi eğitiminin pediatri hemşirelerinin ağrıya yönelik bilgi ve tutumlarına etkisi [Doktora tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2019.
164. Lincoln P, Whelan K, Hartwell L, Gauvreau K, Dodsen B, LaRovere J, ve ark. Nurse implemented goal-directed strategy to improve pain and sedation management in a pediatric cardiac ICU. *Pediatr Crit Care Med*. 2020; 21(12): 1064-70.
165. Thastum M, Herlin T, Zachariae R. Relationship of pain-coping strategies and pain specific beliefs to pain experience in children with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum*. 2005; 53(2): 178-84.

166. Yorulmaz H, Dede Akkaya A, Yıldırım M. Hemşirelik ile ilk ve acil yardım bölümü öğrencilerinin ağrı ile ilgili inançlarının belirlenmesi. *Journal of Anatolian Medical Research*. 2019; 4(2): 47-56.
167. Karakuş S. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançları ve ağrıyla baş etme yöntemleri [Yüksek Lisans tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2020.
168. Erciyas A. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançları ve ağrı korkuları arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek Lisans tezi]. Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2019.
169. Ursavaş FE, Yaradılmış YU. Relationship between pain beliefs and postoperative pain outcomes after total knee and hip replacement surgery. *J Perianesth Nurs*. 2021;36(2):187-93.
170. Bartley EJ, Fillingim RB. Sex differences in pain: A brief review of clinical and experimental findings. *Br J Anaesth*. 2013;111(1):52-8.
171. Hampton SB, Cavalier J, Langford R. The influence of race and gender on pain management: A systematic literature review. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(6): 968-77.
172. Keogh EM, Eccleston C. Sex differences in adolescent chronic pain and pain related coping. *Pain*. 2006; 123(3): 275-84.
173. Kılıçarslan FN, Erek Kazan E. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançları ve ağrı korkuları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; 30(3):316-325.
174. Kablan B. Hemşireler ile hastaların ağrı değerlendirmesi arasındaki uyumlarının ve hemşirelerin ağrı inanışlarının belirlenmesi [Yüksek Lisans tezi]. Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi; 2020.
175. Yu HY, Tang FI, Kuo BI, Yu S. Prevalence, interference, and risk factors for chronic pain among Taiwanese community older people. *Pain Manag Nurs*. 2006;7(1):2-11.
176. Çeçen Ö. Tip II diyabetli bireylerin yaşadıkları nöropatik ağrı, ağrı inançları ve ağrı ile başa çıkma biçimlerinin değerlendirilmesi [Yüksek Lisans tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2023.
177. Tanrıverdi G, Okanlı A, Çetin H, Özyazıcıoğlu N, Sezgin H, Özışık-Kararman H, ve ark. Yaşlı popülasyonunda ağrı. *Türk Geriatri Dergisi*. 2009;12(4):190-7.

EKLER

Ek-1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bilgi Formu

ANKET FORMU

Bu anket Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yürütülmekte olan **“Çocuk Acil Servisine Ağrı Şikayeti İle Başvuran Çocukların Ebeveynlerinin Ağrı İnançları Ve Etkileyen Faktörler”** başlıklı yüksek lisans tez çalışması için yapılmaktadır. Anket ile elde ettiğimiz bilgiler bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Cevaplarınız araştırmanın güvenilirliği açısından oldukça önemlidir. Bu sebeple sorulara eksiksiz ve doğru cevap vermenizi rica ederiz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Hakan KORKMAZ

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans
Öğrencisi

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Aşağıda sizi tanımaya yönelik sorular bulunmaktadır. Lütfen ilgili seçeneği işaretleyiniz.

1-) Cinsiyetiniz nedir?

- a-)Erkek b-)Kadın

2-) Yaşınız nedir?

.....

3-) Medeni durumunuz?

- a-)Evli b-)Bekar

4-) Toplam çocuk sayısı?

- a-) 1 b-)2 c-)3 d-)4 e-)5 ve fazlası

5-) Çocuğunuzun yaşı?

.....

6-) Hastaneye getirdiğiniz kaçmıcı çocuğunuz?

- a-) 1. Çocuk b-) 2. Çocuk c-)3. Çocuk d-) 4. Çocuk e-) Diğer (.....)

7-) Aile yapısı?

- a-) Çekirdek aile (Anne, baba, çocuklar)
b-) Geniş aile (Anane, dede, anne, baba, çocuklar)
c-) Parçalanmış aile (Anne, baba ayrı)

8-) Eğitim Durumunuz?

- a) Okur-yazar değil b) Sadece okur-yazar c) İlköğretim d) Ortaöğretim e) Yükseköğretim ve üstü

9-) Yaptığınız meslek?

- a-) Çalışmıyor b-) İşçi c-) Memur d-) Özel Sektör

10-) Nerede yaşıyorsunuz?

- a) İl b) İlçe c) Köy

11-) Ekonomik durumunuz?

- a-) Gelir giderden az b-) Gelir gidere eşit c-) Gelir giderden fazla

12-) Çocuğunuz kronik hastalığı var mı?

- a-) Var b-) Yok

13-) Çocuğunuz daha önce ağrı nedeniyle hastaneye yattı mı?

- a-) Evet b-) Hayır

14-) Çocuğunuzun ağrıyan bölgesi neresidir?

- a-) Baş-boyun
b-) Göğüs ağrısı
c-) Karın ağrısı
d-) Kol- bacak ağrısı
e-) Boğaz ağrısı
f-) Sırt-Bel ağrısı
g-) Göz ağrısı
h-) Eklem ağrısı
j-) Dismenore
h-) Diğer

15-) Ağrı ile ilgili eğitim aldınız mı?

- a-)Evet b-)Hayır

16-) Ağrı ile ilgili eğitim aldıysanız eğitim kaynaklarınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Hemşire b) Doktor c) Diğer sağlık personeli d) Basın-yayın araçları e) Diğer (.....)

17-) Ağrının kontrolünü sağlama kimdedir?

.....

18-) Çocuğunuz ne sıklıkta ağrı yaşar

- a-) Nadiren b-) Bazen c-)Sıklıkla d-) Neredeyse her zaman e-) Her zaman

19-) Çocuğunuzun yaşadığı ağrıya yönelik herhangi bir tedavi uyguladınız mı?

- a) Evet b) Hayır

20-) Ağrıya yönelik yaptığımız uygulamalar nelerdir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

Ağrı kesici ilaç verme

Kas gevşetme yöntemi

Soğuk uygulama yöntemi

Sıcak uygulama yöntemi

Masaj yapma yöntemi

Vibrasyon

Deriye mentol uygulama

Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS)

Müzik terapisi

Dikkati başka yöne çekme

Emzik verme

Tatlı madde verme

Kanguru bakımı

Düşleme yöntemi

Davranış terapisi

Bilişsel terapi

Terapötik Dokunma

Gevşeme tekniği

Plasebo yöntemi

Akapunktur

Pozisyon değiştirme

Bitkisel yöntem

DİĞER

Ek 2. Ağrı İnançları Ölçeği

AĞRI İNANÇLARI ÖLÇEĞİ

Lütfen her madde için fikrinizi şu kelimelerin yuvarlak içine alarak belirtiniz:

- i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık
iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Önemli olan, neye inanmanız gerektiğine dair hislerinize ya da bizim sizden neye inanmanızı beklediğimizle ilgili düşüncelerinize göre değil, gerçek inançlarınıza göre cevap vermenizdir.

Ağrı vücuttaki dokuların hasar görmesi sonucu oluşur.

- i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Fiziksel egzersiz ağrıyı daha da kötüleştirir.

- i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Kişinin, ağrıyı hafifletmek için kendi kendine bir şeyler yapması imkansızdır.

- i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Kaygılı olmak ağrıyı daha da kötüleştirir.

- i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Ağrı çekmek vücutta bir şeylerin ters gittiğinin işaretidir.

- i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Rahatken ağrıya baş etmek daha kolaydır.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Ağrılı olmak sizin hobilerinizden ve sosyal yaşamınızdan zevk almanızı engeller.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Ağrının miktarı hasarın miktarına bağlıdır.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Ağrıyı düşünmek onu daha da kötüleştirir.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Ağrıyı kendi başınıza kontrol etmek imkansızdır.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Ağrı bir hastalığın işaretidir.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Depresif hissetmek ağrıyı daha da kötüleştirir.

i. her zaman ii. neredeyse her zaman iii. sık sık iv. bazen v. nadiren vi. hiçbir zaman

Ek-3. Etik Kurul Belgesi

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Çocuk Acil Servisine Ağrı Şikayeti ile Başvuran Çocukların Ebeveynlerinin Ağrı İnançları ve Çocuklardaki Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri"			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ:	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağbaşı Yerleşkesi Merkez/KIRŞEHİR			
	TELEFON	0386 280 3924			
	FAKS	0386 280 5007			
	E-POSTA	tipetikkurul@ahievran.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Gökçe DEMİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırşehir			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz: Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	



fa 1/3

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Çocuk Acil Servisine Ağrı Şikayeti İle Başvuran Çocukların Ebeveynlerinin Ağrı İnançları ve Çocuklardaki Ağrı İle Baş Etme Yöntemleri"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	04.01.2022	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	04.01.2022	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	04.01.2022	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2022-02/07	Tarih: 25/01/2022				
	<p>Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantı yeter sayısı sağlandığı için katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.</p> <p>Ancak Konya İl Sağlık Müdürlüğünden çalışmanın onay yazısı alındıktan sonra çalışmaya başlanabilir.</p>					

Ek 4. Kurum İzni

 T.C.
KONYA VALİLİĞİ
Konya İl Sağlık Müdürlüğü
Konya Şehir Hastanesi 

Sayı: 34028083-799
Konu: Ağustos Ayı TUEK Toplantısı

04.08.2022

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK)

Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği'nde Doç.Dr.Gökçe DEMİR'in proje sorumlusu, hastanemiz Çocuk Acil Kliniği'nde Hemşire Hakan KORKMAZ'ın yardımcı araştırmacı olduğu "Çocuk Acil Servisine Ağrı Şikayeti İle Başvuran Çocukların Ebeveynlerinin Ağrı İnançları ve Çocuklardaki Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri" başlıklı Hemşire Hakan KORKMAZ'ın yüksek lisans tez çalışmasının mesai saatleri dışında hastanemizde yapılmasının ve çalışma hakkında çalışmacının Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'ne başvuru yapmasının uygun olduğuna (04.08.2022 tarih ve 08-43 no'lu karar gereği) oy birliği ile karar verilmiştir.

Ek 5. Ağrı İnançları Ölçeği Kullanım İzni

← İlt: AĞRI İNANÇLARI ÖLÇEĞİ

Kime: Hakan korkmaz

Konu: Re: AĞRI İNANÇLARI ÖLÇEĞİ

Hakan Bey merhaba.

Ağrı İnançları Ölçeğini çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçek, ölçekle ilgili bilgiler ve referans için künyeleri de içeren dosya ektedir.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Doç. Dr. H. Özlem Sertel Berk
İstanbul Üniversitesi
Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü

Hakan korkmaz

11 Eki

2021 Pzt, 17:54 tarihinde şunu yazdı:

Merhabalar Hanife Özlem Hanım,
Ben Hakan Korkmaz Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
bölümünde yüksek lisans yapmaktayım.
Yüksek Lisans tezimde sizin türkçeye çevirmiş
olduğunuz ' AĞRI İNANÇLARI ÖLÇEĞİNİ ' izninizle
kullanmak istiyorum. Şimdiden teşekkür eder, iyi
günler dilerim.

Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Çocuk Acil Servisine Ağrı Şikayeti İle Başvuran Çocukların Ebeveynlerinin Ağrı İnançları Ve Etkileyen Faktörler

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız İstenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak İsteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, Olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız Önemlidir, Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma karar verirsiniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalayınız, Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir Ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı malzeme katkısı İstenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Çalışmamızın konusu çocuklarınızın ağrı şikayeti olduğu durumlarda ağrıya Olan yaklaştığınız ve ağrısı Olan çocuklarınıza hangi yöntemleri uyguladığınızı belirlemektedir.

Bu araştırmanın amacı, ağrı İnançlarınızın öğrenilmesi ve çocuklarınızda Oluşan ağrı durumlarında hangi yöntemleri uyguladığının belirlenmesidir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışmada sizlere herhangi bir girişimsel İşlem yapılmayacak Olup sadece sizinle ilgili bazı bilgileri almak için sorular sorulacaktır. Bu soruların yaklaşık sizin 15-20 dakika gibi bir sürenizi alacağı tahmin edilmektedir. Bu süreçte sizleri ve araştırmacıları korumak için pandemi kurallarına uyulacaktır (maske, mesafe vb.),

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılarak kendinizin ağrıya ilişkin inancınızla ve ağrı yöntemleriyle ilgili farkındalığınız oluşacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz açık Olarak hiçbir şekilde kullanılmayacaktır.

Günün 24 saatinde soru ve problemler için başvurulacak kişiler/GSM:

Hakan KORKMAZ

Tel:

Gönüllünün Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana elektronik e-posta ile teslim etmiştir.

Onaylıyorum. (Elektronik ortamda onaylandığına dair belge)

Tarih:

Ek 6. İntihal Raporu

ÇOCUK ACİL SERVİSİNE AĞRI ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN AĞRI İNANÇLARI VE AĞRI İLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

ORJİNALLİK RAPORU

%**22**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**20**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**4**

YAYINLAR

%**11**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%5
2	abakus.inonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%2
3	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	%1
4	www.openaccess.ogu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	%1
7	konyasehir.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
8	dspace.trakya.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1

www.algo.com.tr

Ek 7. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER		
Adı Soyadı	Hakan KORKMAZ	
E-posta		
EĞİTİM BİLGİLERİ		
LİSANS		
Üniversite	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi	
Yüksekokul	Sağlık Yüksekokulu	
Bölümü	Hemşirelik	
Mezuniyet Yılı	2018	
İŞ TECRÜBESİ		
Tarih Aralığı	Kurum	Görev
01.02.2020-01.06.2020	Konya Meram Devlet Hastanesi	Hemşire
2020-	Konya Şehir Hastanesi	Hemşire
BİLDİRİLER		
Korkmaz H, DEMİR G. Türkiye’de Covid-19 Pandemisi ile İlgili Hemşirelik Alanında Yapılan Doktora-Yüksek Lisans Tezlerinin Değerlendirilmesi 7. Uluslararası 18. Ulusal Hemşirelik Kongresi 22-25 Eylül 2022 Konya/Türkiye.		
KURSLAR ve SERTİFİKALAR		
Korkmaz H. Bilimsel Makale Yazma ve GPower Programı ile Güç Analizi Kursu Programı, 18-19 Haziran 2021.		
Engineering in Medicine and Biology Society Congress 1-5 Kasım 2021		
Çocuk Acil Hemşireliği Kursu 20 Mayıs 2022		
II. Nursoloji (Hemşirelik Bilimi) Sempozyumu Katılım Sertifikası 20-21 Mayıs 2022		