



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, şİşLİ HAMİDİYE ETFAL
SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**0-6 AY ARASI BEBEKLERDE İNFANTİL KOLİK SIKLIğI VE
ANNE BESLENMESİNİN ETKİSİ**

Dr. Büşra YAZLA

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2020



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, şİşLİ HAMİDİYE ETFAL
SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**0-6 AY ARASI BEBEKLERDE İNFANTİL KOLİK SIKLIğI VE
ANNE BESLENMESİNİN ETKİSİ**

Dr. Büşra Yazla

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin Zeren ztrk
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

İSTANBUL/2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle yoluma ışık tutan aile hekimliğini sevdiren, her derdimize içtenlikle koşan, varlığından güç aldığım saygıdeğer hocam Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e

Desteklerini her zaman yanımda hissettiğim sayın uzmanlarım, Uzm. Dr. Beray Gelmez Taş, Uzm. Dr. Elif Serap Esen ve Uzm. Dr. İlknur Demir'e,

Asistanlığım boyunca beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma,

Tez yazma sürecinde desteğini esirgemeyen, içtenlikle her sorunuma çözüm arayan Uzm. Dr. Seda Özmen'e,

Bugünlere gelmemde üzerimde sayısız emekleri olan sevgili anneme, babama ve kardeşlerime,

Bu zorlu süreçte yükümü hafifleten, hayattaki en büyük destekçim eşim Abdülkerim'e ve biricik oğlum Yusuf Hamza'ya,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Büşra Yazla

İstanbul, 2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. İNFANTİL KOLİK	3
2.1.1. Tanımı	3
2.1.2. Sıklığı	4
2.1.3.Etyolojisi	4
2.1.4. Ayırıcı Tanısı	7
2.1.5.Tedavi	8
2.2.BESLENME	10
2.2.1.Anne Sütü ile Beslenmenin Önemi	10
2.2.1.Anne Beslenmesi ve Kolik İlişkisi	11
3.GEREÇ-YÖNTEM	12
3.1. ETİK KURUL İZNİ	12
3.2. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ	12
3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	12
3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ	13
3.5. ÇALIŞMA ANKETİ	13
3.6. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER	13
3.6.1.YFÖ-30 Ölçeği:	13
3.7.VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	14
4. BULGULAR	15
4.1.KATILIMCILARDAN TOPLANAN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	15

4.1.KATILIMCILARDAN TOPLANAN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	16
4.1.1. Bebeklere Ait Verilerin Değerlendirilmesi.....	16
4.1.2. Annelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	19
4.1.3.Babaların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	21
4.1.4.Annelerin Gebeliğe Ait Verilerinin Değerlendirilmesi	22
4.1.5.Annelerin Beslenme Değişkenlerinin Değerlendirilmesi	23
4.1.6.Yeme Farkındalığı Ölçeğine (YFÖ-30) Ait Bulguların Değerlendirilmesi	24
4.2. KATILIMCILARDAN TOPLANAN VERİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	25
4.2.1. Annelerin Verileri ile Ölçek Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	25
4.2.3.Bebeklerin Kolik Tanısı Alma Durumları ile Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	29
4.2.4.Bebeklerin Kolik Tanısı Alma Durumu ile Ebeveynlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	31
4.2.5.Bebeklerin Kolik Tanısı Alma Durumları İle Annelerinin Gebelik Verilerinin Karşılaştırılması	32
4.2.6.Bebeklerin Kolik Tanısı Alma Durumu İle Annelerinin Beslenme Değişkenlerinin Karşılaştırılması	34
5.TARTIŞMA	35
5.1.TÜRKİYE VE DÜNYADA İNFANTİL KOLİK SIKLIĞININ TARTIŞILMASI	35
5.2.BEBEKLERE AİT VERİLER İLE İNFANTİL KOLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI.....	36
5.3.EBEVEYNLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İNFANTİL KOLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI	40
5.4.ANNELERİN GEBELİKTEKİ PROBLEMLERİYLE İNFANTİL KOLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI.....	42
5.5.ANNE BESLENMESİ İLE İNFANTİL KOLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI	43
5.6.ANNELERİN VERİLERİ İLE YFÖ-30 ALT BOYUTLARININ TARTIŞILMASI	45
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
6.1.SONUÇLAR	46

6.2.ÖNERİLER	47
7.KAYNAKÇA	48
8.EKLER.....	54



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FODMAP	: Fermente edilebilir,oligosakkarit,disakkaritler,monosakkaritler ve polioller
GİS	: Gastrointestinal Sistem
GÖRH	: Gastroözofagial Reflü Hastalığı
İK	: İnfantil Kolik
MEQ	: Mindful Eating Questionnaire
SGA	: Small Gestational Age
VKİ	: Vücut Kitle Endeksi
YFÖ-30	: Yeme Farkındalığı Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 İnfantil Kolik etyopatogenezi	5
Tablo 2 Bebeklerde Açıklanamayan Ağlamada Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar	8
Tablo 3 Annelerin Sosyodemografik Özellikleri	20
Tablo 4 Babaların Sosyodemografik Özellikleri	21
Tablo 5 Babaların Fiziksel Özellikleri	22
Tablo 6 Annelerin hastalıkları.....	22
Tablo 7 Ölçek Alt Boyutlarının Ortalama Puanları	25
Tablo 8 Kolik Tanısı İle Ölçek Alt Boyutları Arasındaki İlişki	26
Tablo 9 Annenin Fiziksel Özellikleriyle Ölçek Alt Boyutlarının Karşılaştırılması...	27
Tablo 10 Diyetten Çıkarılan Gıdalarla Ölçek Alt Boyutlarının İlişkisi	28
Tablo 11 Bebeklerin Verileriyle İnfantil Kolik Arasındaki İlişki.....	29
Tablo 12 Sadece Anne Sütü Alan Bebeklerde Emzirme Sayısı ile İnfantil Kolik Arasındaki İlişki	30
Tablo 13 Yaş Dağılımı ile İnfantil Kolik Arasındaki İlişki	30
Tablo 14 Annelerin Sosyodemografik Özellikleriyle İnfantil Kolik Arasındaki İlişki	31
Tablo 15 Babaların Sosyodemografik özellikleriyle İnfantil Kolik Arasındaki İlişki	32
Tablo 16 Annelerin Gebelik Verileriyle İnfantil Kolik Arasındaki İlişki.....	33
Tablo 17 Annelerin Beslenme Değişkenleriyle İnfantil Kolik Arasındaki İlişki.....	34

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1 Bebeklerin Doğum Haftalarına Göre Dağılımı.....	16
Şekil 2 İnfantil Kolik Sıklığı.....	17
Şekil 3 İnfantil Kolikli Bebeklerin Yaş Dağılımı	17
Şekil 4 Bebeklerin Kardeşler Arasındaki Sıralaması	18
Şekil 5 Bebeklerin Beslenme Şekilleri.....	19
Şekil 6 Evde Sigara İçilme Durumu	21
Şekil 7 Bebekte Ağlama Atağına Sebep olan Gıdalar	23
Şekil 8 Annelerin Diyetinden Çıkardığı Gıdalar.....	24

ÖZET

AMAÇ: İnfantil kolik (İK) bebeklerde ilk aylarda sık görülen aşırı ağlama ile karakterize bir sendromdur. Sıklığı kullanılan tanı kriterlerine ve toplumsal farklılıklara bağlı olarak geniş bir aralığa sahiptir. Etyolojisi net olarak aydınlatılamamış olmakla beraber anne sütü alan bebeklerde annenin tükettiği bazı gıdaların süte geçerek kolik semptomlarını tetiklediği bilinmektedir. Biz de çalışmamızda 0-6 ay arasındaki bebeklerde İK sıklığını belirlemeyi, annenin diyet değişikliğinin ve yeme farkındalığının İK üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ YÖNTEM: Çalışmamıza, 1 Nisan-31 Haziran 2020 tarihleri arasında, herhangi bir sebeple polikliniğe başvuran 3-24 hafta arasında bebeği olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden anneler dahil edildi. Annelere bebeklerine ait veriler, İK tanı kriterleri, ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri, annenin gebelik ve lohusalık öyküsü ve beslenme değişkenlerinin sorulduğu anket yüz yüze uygulandı. Emziren annelere Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) uygulandı. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı. 0,05'in altında bulunan p değerleri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 135 bebeğin % 51,1 (n: 69)'i kız, % 48,9 (n: 66)'u ise erkektir. Bebeklerin yaş ortalaması $11,73 \pm 7,39$ haftadır. Çalışmamızda İK sıklığı %18,5 (n:25) olarak hesaplandı. Kolik tanısı konulan bebeklerin ise %60 (n:15)'i kız, %40 (n:10)'ı erkektir. Bebeklerin cinsiyeti, doğum kiloları ve doğum haftalarıyla İK arasında ilişki saptanmadı. Yaş dağılımına göre İK'nin ilk 12 haftada daha sık görüldüğü tespit edildi. Annelerin sosyodemografik özelliklerine bakıldığında yaş, sigara kullanımı, eğitim düzeyi ve vücut kitle indeksi (VKİ) ile İK arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sık sık gaz, şişkinlik vb bağırsak problemleri yaşayan annelerin bebeklerinde İK anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Kolikli bebeği olan annelerin tüketilen herhangi bir gıdadan sonra bebekte ağlama ataklarını daha sık yaşadığı saptandı. Ayrıca annelerin gaz yapar düşüncesiyle bazı gıdaları diyetinden çıkarmasıyla İK arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterildi. Kolikli bebeği olan annelerin diyetlerinden en çok baklagil ve meyveyi çıkardıkları saptanmakla beraber diyetten çıkarılan besin grupları ile kolik arasında anlamlı bir ilişki gösterilemedi.

Bebegine İK tanısı konulan emziren annelerin YFÖ-30'a göre yeme farkındalıkları ile düşünmeden yeme ve yeme kontrolü alt ölçek puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı.

SONUÇ: İnfantil kolik ilk 12 haftada daha sık görülmektedir. Uzun yıllardır araştırılmasına rağmen etyolojisi ve tedavisi hala net olarak bilinmemektedir. Bununla beraber annenin tükettiği gıdalar ağlama atakları üzerine etkilidir. Ailelere ağlamaların zamanla kendiliğinden azalarak kaybolacağı söylenmeli, semptomları azaltmaya yönelik önerilerde bulunulmalıdır. Ayrıca anne sütü alan bebeklerde emzirmenin kesilmemesi tavsiye edilmelidir.

Anahtar kelimeler: İnfant, kolik, beslenme

ABSTRACT

AIM: Infantile colic (IC) is a syndrome characterized by excessive crying in the first months of infants. Its frequency has a wide range depending on the diagnostic criteria used and social differences. Although its etiology has not been clearly clarified, it is known that some foods consumed by the mother pass into the milk and trigger the symptoms of colic in babies who are breastfed. In this study, we aimed to determine the frequency of IC in babies aged 0-6 months, and to evaluate the effect of mother's diet change and eating awareness on IC.

MATERIAL AND METHODS: Mothers who admitted to the outpatient clinic for any reason between April 1, 2020 and June 31, 2020 and had a baby between 3-24 weeks and agreed to participate in the study were included in our study. A face-to-face questionnaire asking mothers about their infants' data, HR diagnostic criteria, sociodemographic characteristics of the parents, pregnancy and postpartum history of the mother and nutritional variables was applied. The Mindful Eating Questionnaire (MEQ) was applied on breastfeeding mothers. SPSS 23.0 package program was used for statistical analysis of the data. P values below 0.05 were considered as significant.

RESULTS: 51.1% (n: 69) of 135 babies included in the study were girls and 48.9% (n: 66) were boys. The average age of babies is 11.73 ± 7.39 weeks. The frequency of IC in our study was calculated as 18.5% (n: 25). 60% (n: 15) of the babies diagnosed with colic are girls and 40% (n: 10) are boys. No relationship was found between the gender, birth weight and birth weeks of the babies and IC. It was determined that HR is more common in the first 12 weeks according to age distribution. When the sociodemographic characteristics of the mothers were examined, no significant relationship was found between IC and age, smoking, education level, and body mass index (BMI). IC was found to be significantly higher in babies of mothers who frequently had intestinal problems such as gas and bloating. It was found that mothers with babies with colic experienced crying attacks more frequently in the baby after consuming any food. In addition, it was shown that there is a significant relationship between the idea that mothers cause gas and excluding certain foods from their diet.

Although it was found that mothers with babies with colic mostly removed legumes and fruits from their diets, no significant relationship was shown between the food groups excluded from the diet and colic. It was determined that breastfeeding mothers whose babies were diagnosed with IC had significantly lower eating awareness and refractive eating and eating control subscale scores according to MEQ-30.

CONCLUSION:

Infantile colic is more common in the first 12 weeks. Although it has been investigated for many years, its etiology and treatment are still unknown. However, the food consumed by the mother is effective on crying attacks. Families should be told that these cries will disappear spontaneously over time, and recommendations should be made to reduce symptoms. In addition, it should be advised not to stop breastfeeding in babies who are breastfed.

Keywords: Infant, colic, nutrition

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bebekler için ağlamak, isteklerini ve sıkıntılarını çevresindekilere anlatmanın en doğal yoludur. Doğumdan sonraki ilk aylarda görülen durdurulması zor, aşırı ağlamalar ise yıllardır araştırılan bir konudur (1).

Günümüzde halen kabul gören ‘Wessel’in 3’ler kuralı’na göre yaşamın ilk haftalarında başlayan, genellikle ilk 3 ayda görülen, günde 3 saatten fazla, haftada 3 günden fazla ve en az 3 hafta devam eden, genellikle öğleden sonra ve akşam saatlerinde ortaya çıkan, belirli bir sebeple açıklanamayan ve kontrol edilemeyen ağlama nöbetleri İK olarak tanımlanmaktadır (2).

İnfanıl kolik görölme sıklığı yapılan çalışmalarda %10-40 arasında değişmektedir. Prospektif çalışmalarda %3-28, retrospektif çalışmalarda ise bu oran %8-40 olarak saptanmıştır (3). Türkiye genelinde ise kolik sıklığını gösteren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bir çalışmaya göre İK prevalansı %19,9 olarak hesaplanmıştır (4).

İnfanıl koliğin kesin nedeni bilinmemekle beraber genel olarak gastrointestinal, nörogelişimsel ve psikososyal nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (5).

Genellikle 3-4 aylardan sonra azalarak kendiliğinden kaybolan bir durum olsa da bebekteki aşırı ağlama hem ailede hem de hekimde strese neden olmaktadır. Bu dönem annede anksiyete ve depresyona yol açabilmesi, emzirmenin kesilip anne sütü yerine mama verilmesine neden olabilmesi ve artmış hırpalanma ve buna bağlı sallanmış bebek sendromu riski nedeni ile iyi yönetilmesi gereken bir durumdur (3,5,6).

Annenin tükettiği besinlerin ve depoların bir ürünü olan anne sütü, özellikle 0-6 ayda bebeklerin temel besin kaynağıdır (7). Birçok emziren anne, kendi beslenmesinin anne sütünü etkilediğini düşünerek diyetinde değişikliğe gitmektedir (8). İK’si olan bebeklerde ve annelerinde diyet değişikliği uygulamaları, uzun yıllardır denenmekte ve başarılı sonuçlar elde edilmektedir (9). Birçok yayında annenin diyetinden belli gıdaları çıkarmasıyla bebeklerin ağlama sürelerinde ve şiddetinde

azalma görüldüğü saptanmıştır (6,10–12). Biz de çalışmamızda İK sıklığını belirlemeyi, emziren annelerin yeme farkındalığı düzeylerini ve beslenme değişkenlerinin İK üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. İNFANTİL KOLİK

Ağlama, bebeklerin çevreleriyle iletişime geçme ve yakınmalarını anlatma şeklidir. Bebekler ağlayarak açlık, ilgilenilme isteği, hastalık gibi durumlarını ifade etmeye çalışırlar. İhtiyaçları karşılandığında da genellikle kısa süre sonra ağlamaları durur. Ancak bazı bebeklerdeki ağlamanın şekli ve süresi daha farklıdır ve bu bebekler kolayca susturulamazlar (13–15).

Ağlamak sinir sisteminin gelişiminin bir parçasıdır. Kolikli bebeklerdeki aşırı ağlamanın bir hastalık olmaktan çok normal gelişimin bir varyantı olduğu da düşünülmektedir (16).

Yirmi sekiz çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde yaşamın ilk 6 haftasında, ortalama günlük ağlama süresinin 117-133 dakika arasında olduğu, bu sürenin 10-12 hafta arasında 68 dakikaya düştüğü saptanmıştır. Buna göre bebeklerin en fazla ağladığı dönem doğumdan sonraki ilk 6 haftadır ve bundan sonra 6-12 hafta arasında ağlama süresi hızla azalmaktadır (17). Ağlama atakları sıklıkla öğleden sonra ve akşam saatlerinde ortaya çıkmaktadır. Ataklar genellikle bebeğin gaz-gaita çıkarmasıyla veya yorulmasıyla sonlanmaktadır (18).

Ağlama atakları her ne kadar aileyi rahatsız etse de annenin hormonları üzerinde olumlu etki gösterdiği saptanmıştır (1). Bebeğin ağlamasıyla annede özellikle prolaktin salınımı artmakta, bu da süt yapımının artmasını sağlamaktadır. Prolaktin aynı zamanda anneyle bebek arasındaki bağı da güçlendirmektedir (19,20).

2.1.1. Tanımı

İnfantil kolik, gelişimi iyi olan bebeklerde, daha çok akşam saatlerinde ataklar şeklinde görülen, etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış, yüzde kızarma, bacaklarını karına çekme, karında sertleşme, gaz çıkarma ile birlikte olan, tüm çabalara karşın durdurulması zor, aşırı ağlama ile karakterize bir sendromdur (21).

1890'lardan itibaren aşırı ağlama şikayeti ile başvuran bebekler hekimler arasında dikkat çekmeye başlamış ve 1954'te Wessel ve ark. tarafından İK için tanı

kriterleri belirlenmiştir. Buna göre yaşamın ilk haftalarında başlayan, en az 3 hafta süren, haftada 3 günden fazla ve günde 3 saati geçen, ataklar halinde görülen, belirli bir sebep olmaksızın, öğleden sonra veya akşam saatlerinde ortaya çıkan aşırı ağlama olarak tarif edilmiştir (2,3).

Rome III kriterlerine göre büyüme ve gelişmesi normal olan 0-4 aylık bebeklerde en az 1 haftadır devam eden, herhangi bir sebebi olmayan benzer karakterdeki ağlamalar İK olarak değerlendirilmiştir (22).

Rome IV kriterlerine göre ise büyüme gelişme geriliği olmayan 0-5 aylık bebeklerde, herhangi bir sebebe bağlı olmadan başlayan ve biten, huzursuzluk/ağlama ile birlikte görülen, bir haftadan daha uzun süren, haftada en az 3 gün, günde en az 3 saat devam eden irritabilite nöbetleri olarak tanımlanmaktadır (22,23).

2.1.2. Sıklığı

İnfanıl kolik görülme sıklığı yapılan çalışmalarda %10-40 olarak belirtilmiştir (3). Prospektif çalışmalarda %3-28, retrospektif çalışmalarda ise bu oran %8-40 olarak saptanmıştır. 2017’de yapılan bir meta-analizde kolik görülme sıklığının ilk 6 haftada %17-% 25 arasında olduğu, 8-9 haftalıkken % 11'e düştüğü, 10-12. haftalarda ise sadece %0.6'ya düştüğü tespit edilmiştir (17).

İnfanıl kolik sıklığında bu kadar geniş aralığın bulunmasının nedenleri farklı tanı kriterlerinin kullanılması, çalışmanın etnik kökeni farklı gruplarda yapılması, veri toplama şekillerinde farklılık olması olabilir (3,4).

Türkiye genelinde ise kolik sıklığını gösteren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bir çalışmaya göre, İK sıklığının %19,9 olduğu saptanmıştır (4).

2.1.3.Etyolojisi

İnfanıl kolik etyolojisi ile ilgili birçok çalışma bulunmaktadır. Hala net olarak belirlenemese de bazı sebepler üzerinde durulmaktadır (21,24,25).

Tablo 1 İnfantil Kolik etyopatogenezi

Laktoz İntoleransı
Dismotilite
Gastroözofagial reflü hastalığı(GÖRH)
Bağırsak hormonları(Motilin, ghrelin)
Bağırsak florası(<i>Lactobacillus spp.</i>)
Beslenme bozuklukları
Gıda alerjileri (inek sütü proteini alerjisi)
Psikososyal nedenler (bebek-anne ilişkisi vb)

Bu teorileri temel olarak gastrointestinal, psikososyal ve nörogelişimsel nedenler olarak toplamak mümkündür (5).

Gastrointestinal nedenler:

İnfantil kolikli bebeklerde az ya da çok besleme veya seyrek gaz çıkarmanın dışında kolonda gaz yapımının arttığı ve özellikle beslenme sırasında yutulan havanın bağırsak duvarında gerilmeye neden olarak ağrıya neden olduğu ileri sürülmektedir. Ancak diğer bebeklerle karşılaştırıldığında kolikli bebeklerde ataklar sırasında yapılan tetkiklerde bağırsak içeriğinde farklılık olmadığı gösterilmiştir (26). Bazı çalışmalarda ise asıl nedenin bağırsakta gaz yapımının artması değil, bağırsakların gaz basıncına duyarlılığındaki artma veya spazmların olduğu belirtilmektedir (27).

İnfantil koliğin görülmesindeki diğer bir neden de inek sütü proteini antijenidir. İnek sütü içeren mamayla beslenen bebeklerde İK'nin daha sık görüldüğü gösterilmiştir (21). Fakat koliğin alerji zemininden kaynaklandığına dair kanıtlar tartışmalıdır. Bir çalışmada kolikli 56 bebeğin serum IgE seviyelerine bakılmış, ancak normal aralıkta saptanmıştır (28,29).

Gastrointestinal sistemde(GİS) motilite düzenleyici hormonlardan biri olan motilin, kolik gelişiminde önemli bir etkindir. Yenidoğanlarda GİS motilitesinin artmış olması anne sütündeki motiline bağlıdır. İK'li bebeklerde motilin düzeyinin diğer bebeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (29–31).

Kolikli bebeklerin bağırsak florasında özellikle *Laktobasillus*'ların azalıp gram negatif bakterilerin arttığı, mikrobiyotada çeşitliliğin de azalmış olduğu bildirilmiştir. Ancak bu çalışmaların çoğunun 6 haftadan büyük kolikli bebeklerde yapıldığı göz önünde bulundurulmalıdır. 200'den fazla örneğin değerlendirildiği bir çalışmada yaşamın ilk haftalarında kolikli bebeklerde bağırsaklardaki mikrobiyota çeşitliliğinin diğer bebeklere göre daha az olduğu ve bazı bakterilerin daha yoğun olduğu bildirilmektedir. Ayrıca kolikli bebeklerde intestinal florada *Escherichia*, *Klebsiella*, *Serratia*, *Vibrio*, *Yersinia* ve *Pseudomonas*'ın arttığı saptanmıştır. Kolikli bebeklerin bağırsaklarında özellikle *E. Coli*'nin fazla bulunması, koliform bakterilerin bağırsakta fermantasyon sonucunda aşırı gaz ve inflamatuvar etkili lipopolisakkarrit oluşturarak ağrıya neden olduğunu düşündürmektedir (12,32).

Gastroözofagial reflü erken bebeklik döneminde durdurulamayan ağlamaların yaygın nedenlerinden biridir. Ancak çalışmalarda kolikli bebeklerdeki ağlama süresi ile GÖRH'ün şiddeti arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca bu bebeklerde plaseboyla karşılaştırıldığında anti-reflü tedaviye anlamlı cevap alınamamıştır (33,34).

Laktaz kullanımıyla kolik semptomlarındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada geçici laktoz intoleransının ve laktaz kullanımının ağlama sürelerini kısaltabileceği belirtilmiştir. Buna karşın birçok çalışmada laktaz kullanımı ile ilgili kanıt düzeyi zayıftır (35).

Tüm bu tespit edilen gastrointestinal nedenlerin yanında son zamanlarda kolik patogenezinde safra asitlerinin karaciğerde sentezinin ve lümen içi düzeylerinin azalması, bağırsak mikrobiyotasındaki değişiklikler sebebiyle besinlerin fermantasyonundaki artış, enterik sinir sistemi immatüritesi sebebiyle bağırsak fonksiyonlarının yeterli düzeyde sağlanamamasına ilişkin yeni hipotezler ortaya atılmıştır (36).

Psikososyal nedenler:

Ebeveynlerin davranış ve tutumları İK gelişiminde oldukça etkilidir. Anne-baba ilgisizliği, annenin kişilik özellikleri, gebelikte yaşadığı stres, İK gelişimini tetiklemektedir (37,38). Özellikle anne-babanın depresyonu ve olumsuz anne-bebek ilişkisinin İK açısından önemli risk faktörleri olduğu belirtilmiştir (38,39).

Kolikli bebeklerin annelerine bakıldığında daha sinirli, tahammülsüz oldukları, bebekle iletişimlerinin de daha kötü olduğu görülmüştür. Ancak annenin bu durumunun kolik için bir sebep mi yoksa bebekteki aşırı ağlamanın bir sonucu mu olduğu bilinmemektedir (40). Ayrıca bebeğin mizaç ve karakterinin de kolik gelişiminde rolü olduğu düşünülmektedir (41).

Nörogelişimsel nedenler:

Kolikli bebeklerin sinir sistemlerinde nörogelişimsel bir uyumsuzluk bulunmaktadır. Hafif bir uyaran bu bebeklerde ciddi ağlama nöbetlerine neden olabilmektedir. Bu durum bebeğin gerilimini azaltma yolu olduğu düşünülmektedir (42).

İnfanıl koliğin santral sinir sisteminde sirkadiyen ritimle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sirkadiyen ritmin ana organı olan hipotalamusun olgunlaşması üçüncü aydan sonra tamamlanmaktadır. Özellikle akşam saatlerinde salınımları artan melatonin, ilk 3 ayda serotoninin etkisini baskılayamamaktadır. Dolayısıyla artan serotonin bağırsak kasılmalarını tetikleyerek koliğe sebep olmaktadır. Ayrıca kolikli bebeklerde kortizolün de sirkadiyen ritminin bozulduğu ve stres durumunda yeterli kortizol artışının olmadığı görülmüştür (43).

2.1.4. Ayırıcı Tanısı

İnfanıl kolik tanısı aslında ağlamaya neden olan diğer nedenler ekarte edilerek konulabilir. Bu bebeklerin %5'inden azında altta yatan organik bir neden bulunmaktadır (11,13).

Tablo 2 Bebeklerde Açıklanamayan Ağlamada Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar

Hirschsprung hastalığı
İnkarsere hern
Testis torsiyonu
GÖRH
Pilor stenozu
Anal fissür
Korneal abrazyon
İnek sütü alerjisi
Saç turnike sendromu
Yetersiz beslenme

Ayrıcı tanı genellikle öykü ve fizik muayene ile yapılabilir. Büyüme-gelişme geriliği ve/veya fizik muayenede ateş, letarji, abdominal distansiyon gibi alarm belirtileri varlığında diğer nedenlerin araştırılması gerekmektedir (11).

2.1.5.Tedavi

Koliğin kesin sebebinin bilinmemesi, standart bir protokolün oluşturulamaması nedeniyle tedavide de birçok seçenek denenmiş ancak etkili bir tedavi biçimi halen bulunamamıştır (23).

İnfantil kolik tedavisinde öncelikle ailelere bu durumun 3-4. Aydan sonra kendiliğinden geçeceği, kalıcı bir hastalık olmadığı, prognozunun iyi olduğu, bebeğin gelişimini etkilemeyeceği anlatılmalı ve bebeklerin ağlama krizleri sırasında sakinleştirme yolları konusunda bilgi verilmelidir (44).

Tedavi seçenekleri ilaçla tedavi, beslenme ile ilgili girişimler ve davranışsal tedavi şekilleri olarak üç ana başlıkta toplanabilir. Bunlardan en fazla kabul gören yöntem ise davranışsal yaklaşımlardır (45).

İlaçlar:

Simetikon gaz baloncuklarının yüzey gerilimini değiştirip birleşmelerini önleyerek bağırsaktan gazın kolay atılımını sağlar. Emilimi olmadığı için sistemik yan

etkisi yoktur. Ancak plasebo ile karşılaştırılan çalışmalarda belirgin bir etkinlik saptanmamıştır (11,46).

Dicyclomine ve dicycloverin gibi antikolinerjik ilaçlar tedavide denenmiş fakat yapılan bazı araştırmalarda bu ilaçların solunum güçlüğü, senkop, koma, hipotoni ve asfiksi gibi yan etkilere neden olduğu tespit edilmiştir. Tedavide etkin olduğu düşünülse de bu tür ilaçların kullanımı önerilmemektedir (24).

Beslenme ile ilgili girişimler:

Kolikli bebeklerde hem annenin hem de bebeğin diyet değişikliklerinin ağlama süresini azalttığı düşünülmektedir (10,11). Bir derlemede tamamen veya kısmi hidrolize mama ile beslenen bebeklerde kolik semptomlarının hafiflediği gösterilmiştir. Bunun yanında inek sütü proteini içeren mamalar ile soya bazlı mamalar arasında bir fark gösterilememiştir (47).

Beslenmeye yönelik uygulanan tedaviler kapsamında bazı probiyotiklerin doğumdan itibaren kullanılabileceği düşünülmektedir. Anne sütü alan bebeklerde *Lactobacillus reuteria*'nın yan etki görülmeden ağlama süresini en az %50 azalttığı gösterilmiştir. Ancak mama ile beslenen bebeklerde bu etki görülmemiştir (48,49). Buna karşın Sung ve ark. tarafından anne sütü ya da formül süt ile beslenen bebeklerde yapılan çalışmada ise *L.reuteri* kullanımının ağlama sürelerini azaltmadığı gösterilmiştir (50). Fakat bu çalışmada katılımcıların çoğunluğunu mama ile beslenen bebeklerden oluştuğu dikkati çekmektedir. Probiyotiklerin rutin kullanımı önerilmemekle beraber anne sütüyle beslenen bebeklerde denenebileceği düşünülmektedir (6,49).

Davranışsal Tedaviler:

İnfantil kolikli bebeklere uygulanan bazı davranışsal yaklaşımların bebekleri rahatlatıcı etkisinin olduğu bilinmektedir. Fakat bu yöntemlerden hiçbirinin etkinliği net olarak gösterilememiştir (46).

Davranışsal yöntemler ilaçla tedavi ve diyet değişikliklerine göre daha güvenli olması, maliyet açısından ucuz ve uygulanmasının kolay olması nedeniyle ebeveynlere önerilebilir (51).

Yapılan bir çalışmada ailelerin tamamının bir davranışsal tedaviye başvurduğu görülmüştür. Bunlar arasında bebeğin daha fazla kucağa alınması, sallama, arabada gezdirmeme, bebeğin çevresindeki uyaranları azaltma, emzik kullanma, şarkı söyleme, karnına sıcak uygulama, karın masajı, ılık banyo yaptırma, bebeği kundaklama, ritmik sesler (anne karnındaki anımsatan elektrik süpürgesi sesi, vantilatör sesi vb) dinletme gibi uygulamalar bulunmaktadır (51,52).

2.2.BESLENME

2.2.1.Anne Sütü ile Beslenmenin Önemi

Anne sütü, bebeklerin büyüme ve gelişmesi için temel beslenme şeklidir. Günümüz bilimsel çalışmalara göre, Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşlar ile ülkelerin Sağlık Bakanlıkları bebeklerin doğumdan itibaren ilk altı ay sadece anne sütüyle beslenmelerini önermektedir (53).

Anne sütü; doğumdan itibaren bebeğin ihtiyacı olan tüm sıvı, enerji ve besin maddelerini içeren biyoyararlanımı yüksek, sindirimi kolay doğal bir besindir. Ayrıca anne sütünün pek çok hastalığa karşı koruyucu olduğu da bilinmektedir (54).

Anne sütü ile beslenen bebeklerde barsak mikrobiyotasının anne sütü almayan bebeklere göre farklı olduğu gösterilmiş ve bu farkın immün aracılı hastalık insidansındaki azalma ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (55,56). Ayrıca kolikli bebeklerin bağırsak mikrobiyota çeşitliliğinin daha az olduğu ve bu bebeklerin bağırsak sisteminde bazı bakterilerin daha yoğun olarak bulunduğu gösterilmiştir (32).

Lucassen ve ark. tarafından yapılan eski derlemede anne sütü alan bebeklerde formülle beslenen bebeklere göre İK gelişiminin daha az görüldüğü belirtilse de formülle beslenen bebeklerde daha az sıklıkta görüldüğü gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (3,57).

Koliği olan bebek sadece anne sütü ile besleniyorsa diyet değişikliği yapılmaması gerektiği, anne sütünün başlıca koruyucu faktör olduğu belirtilmelidir (9,24,58).

2.2.1. Anne Beslenmesi ve Kolik İlişkisi

Annenin beslenme şekli anne sütü içeriğini etkilemektedir (59). Kolikli bebeklerin annelerinin diyet değişikliği uygulaması yıllardır tartışılmakta olan beslenme yaklaşımlarından biridir (9,60).

Emziren annenin diyet değişikliklerinin kolik gelişiminde ve semptomların giderilmesinde etkili olduğu düşünülmektedir (60). Hill ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada alerjen gıdaların (fıstık, yumurta, inek sütü, buğday, balık, soya, turp, çikolata) annenin diyetinden çıkarılması ile İK'si olan bebeklerin ağlama sürelerinde ve şiddetinde azalma olduğu gösterilmiştir (6,10,11). Bununla beraber diyet değişikliklerinin faydası konusunda hala kanıtlar yetersiz düzeydedir. Fakat diyet tedavileri düşük riskli müdahaleler olduğundan isteyen annelerde denenmesi düşünülebilir (47,60).

3.GEREÇ-YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL İZNİ

Bu çalışma, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı ile yapılmıştır (Tarih: 25/02/2020 ve Onay No: 2694).

3.2. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ

Bu çalışma, 1 Nisan-31 Haziran 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde yapılmıştır. Çalışmamız tek merkezli, kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir. Çalışmamıza, 1 Nisan-31 Haziran 2020 tarihleri arasında, herhangi bir sebeple polikliniğe başvuran 3-24 hafta arasında bebeği olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden anneler katılmıştır. Literatüre göre İK genelde 3 haftalıkken başladığı için 3 haftadan küçük bebekler dahil edilmedi (18,51). Kişiler, bebeklerinde İK tanısı olma durumuna ve emzirme durumuna göre gruplandırıldı.

Annelere bebeğinde ayda 3 haftadan fazla, haftada 3 günden fazla, günde 3 saati bulan özellikle akşam saatlerinde aşırı ağlama nöbetleri olup olmadığı soruldu. Evet diyen annelerin bebeklerine İK tanısı konuldu.

Annelere literatür taranarak hazırlanmış olan 41 soruluk anket formu yüz yüze uygulandı. Ayrıca emziren annelere yeme farkındalıklarının değerlendirilmesi amacıyla YFÖ-30 uygulandı. Annelere bebeklerinin doğum öyküsü, beslenme özellikleri, İK tanısı olup olmaması, ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri, annenin gebelik ve lohusalık öyküsü, annenin beslenme değişkenleri soruldu.

3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

- 1) 3-24 hafta arası bebek sahibi olmak,
- 2) Kadın olmak
- 3) Çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

- 1) 0-3 hafta arasında bebek sahibi olmak
- 2) Erkek olmak
- 3) Anketi yanıtlayamayacak durumda olmak
- 4) Çalışmaya katılma kriterlerine uymasına rağmen çalışmada yer almayı istememek

3.5. ÇALIŞMA ANKETİ

Dahil edilme kriterlerini karşılayan 135 anne çalışmaya katıldı. Katılımcılara yönlendirilen anket formunda; bebeklerin cinsiyeti, yaşı (hafta olarak), kardeş sayısı, doğum kilosu ve doğum haftası, İK tanı kriterleri, bilinen hastalıkları, kullandığı ilaçlar ve beslenme şekilleri soruldu. Ebeveynlere sosyodemografik özellikleri olarak yaşı, boyu, kilosu, eğitim durumu, sigara ve alkol alışkanlıkları ile annelere bilinen hastalıkları, ilaç kullanım öyküsü, bağırsak alışkanlıkları soruldu. Yine annelere gebelikte geçirilen hastalıklar, kullandığı ilaçlar ve doğum sonrası depresyon ve beslenme değişkenleri soruldu. Emziren annelere YFÖ-30 uygulandı.

3.6. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER

3.6.1.YFÖ-30 Ölçeği:

Framson ve arkadaşları tarafından 2009'da geliştirilen Mindful Eating Questionnaire (MEQ)'in ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışması 2016'da Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. YFÖ-30 şeklinde Türkçeye uyarlanmıştır (61).

YFÖ-30, 30 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde beş şıklıdır (hiç, nadiren, bazen, sık sık, her zaman). Bu beş sütun katılımcı tarafından 1,2,3,4,5 olarak kodlanır ya da uygulayıcı tarafından yüksek sesle okunarak katılımcının cevabı kodlanır. Bu maddelerin puanlama yönergesi ise 7 alt boyuttan oluşmaktadır. 4,14,17,20,26. maddeler düşünmeden yeme, 21, 22, 23, 28, 30. maddeler duygusal yeme, 3, 6, 27, 29. maddeler yeme kontrolü, 8, 9, 12, 13,15. maddeler farkındalık, 1, 18, 24, 25. maddeler yeme disiplini, 2, 7, 11, 16, 19 .maddeler bilinçli beslenme, 5,10. maddeler ise enterferans (dış etmenlerden etkilenme) alt boyutlarını sorgulamaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi yapılırken puanlamada aritmetik ortalama alınmaktadır(62).

Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan 3 ve üzeri puan bireyin ilgili alt boyutun değerlendirdiği özelliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek ayrıca toplam yeme

farkındalığı puanını vermektedir. Puanlama yapılırken alt boyutların ve toplam puanın ortalaması alınmaktadır (62).

3.7.VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama, sapma ve minimum -maksimum olarak özetlendi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmalarında Ki kare testi ve Fischer'in Kesinlik Testine başvuruldu. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testleri) kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uyan parametrelerde ikili değişkenlerde bağımsız student t-testi, normal dağılıma uymayan gruplarda Mann whitney u testi kullanıldı. Sürekli ölçümlerin hesaplanmasında Pearson Spearman korelasyon testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık için %95 Güven Aralığında, 0,05'in altında bulunan p değerleri anlamlı kabul edilmiştir

4. BULGULAR

0-6 ay arası bebeklerde İK sıklığı ve anne beslenmesinin etkisinin incelendiği çalışmaya 1 Nisan-31 Haziran 2020 tarihleri arasında, herhangi bir sebeple Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran, 3-24 hafta arası bebeği olan 135 anne dahil edilmiştir.

Veriler 2 başlık altında toplanmıştır:

4.1.KATILIMCILARDAN TOPLANAN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

- 4.1.1. Bebeklere Ait Verilerin Değerlendirilmesi
- 4.1.2. Annelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi
- 4.1.3. Babaların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi
- 4.1.4. Annelerin Gebeliğe Ait Verilerinin Değerlendirilmesi
- 4.1.5. Annelerin Beslenme Değişkenlerinin Değerlendirilmesi
- 4.1.6. Yeme Farkındalığı Ölçeğine (YFÖ-30) Ait Bulguların Değerlendirilmesi

4.2. KATILIMCILARDAN TOPLANAN VERİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

- 4.2.1. Annelerin Verileri ile Ölçek Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin karşılaştırılması
- 4.2.2. Bebeklerin Kolik Tanısı Alma Durumları ile Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması
- 4.2.3. Bebeklerin Kolik Tanısı Alma Durumu İle Ebeveynlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması
- 4.2.4. Bebeklerin Kolik Tanısı Alma Durumları İle Annelerinin Gebelik Verilerinin Karşılaştırılması
- 4.2.5. Bebeklerin Kolik Tanısı Alma Durumu İle Annelerinin Beslenme Değişkenlerinin Karşılaştırılması

4.1.KATILIMCILARDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

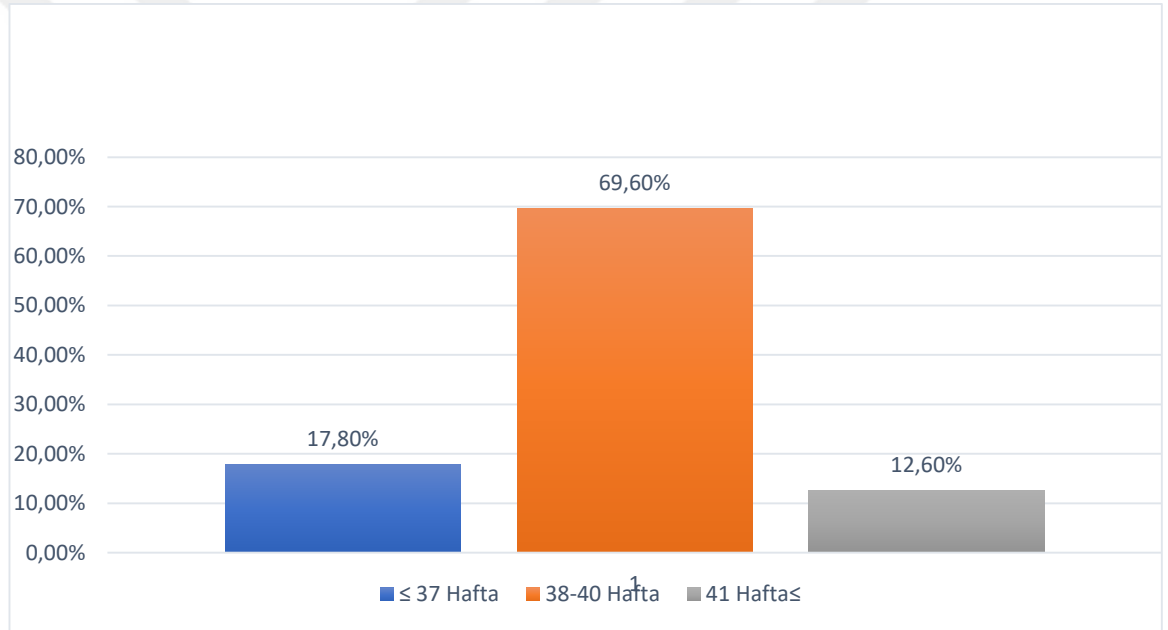
TOPLANAN

VERİLERİN

4.1.1. Bebeklere Ait Verilerin Değerlendirilmesi

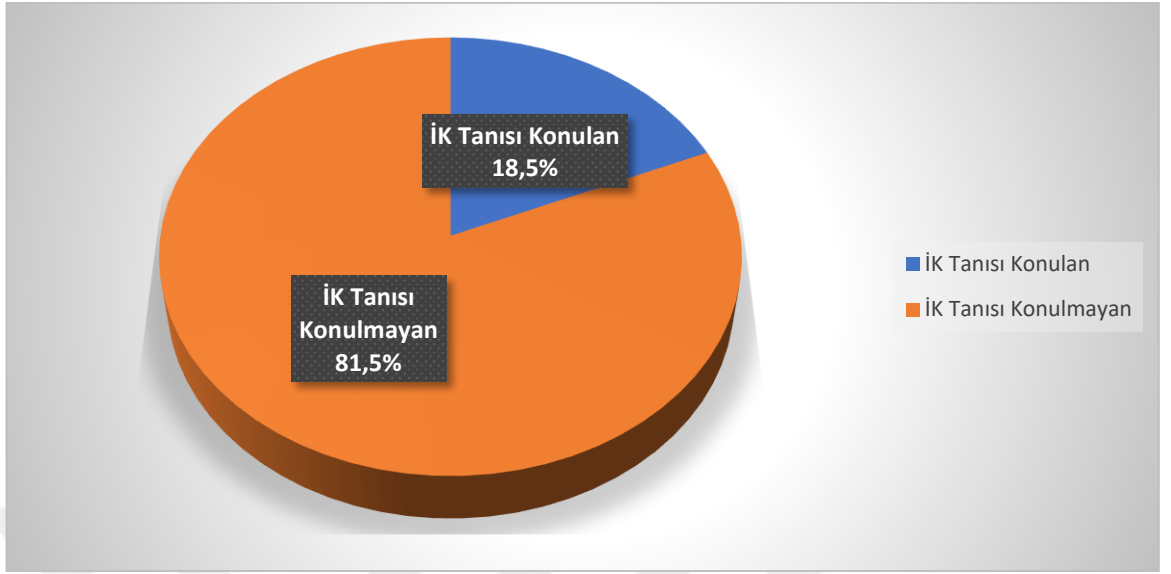
Çalışmaya katılan 135 bebeğin % 51,1 (n: 69)'i kız, % 48,9 (n: 66)'u ise erkektir. Bebeklerin doğum kiloları 1500 gramla 4680 gram arasında değişmekte olup ortalama $3255,59 \pm 499,59$ gramdır. Bebeklerin minimum yaşı 3 haftayken maksimum yaşı 24 haftadır (ort: $11,73 \pm 7,39$ medyan:8).

Doğum haftası açısından değerlendirildiğinde bebeklerin % 17,8 (n: 24)'ü 37 hafta ve altı, % 69,6 (n: 94)'sı 38 ile 40 hafta arası, % 12,6 (n: 17)'sı ise 41 hafta ve üzerinde doğmuştur (Şekil 1).



Şekil 1 Bebeklerin Doğum Haftalarına Göre Dağılımı

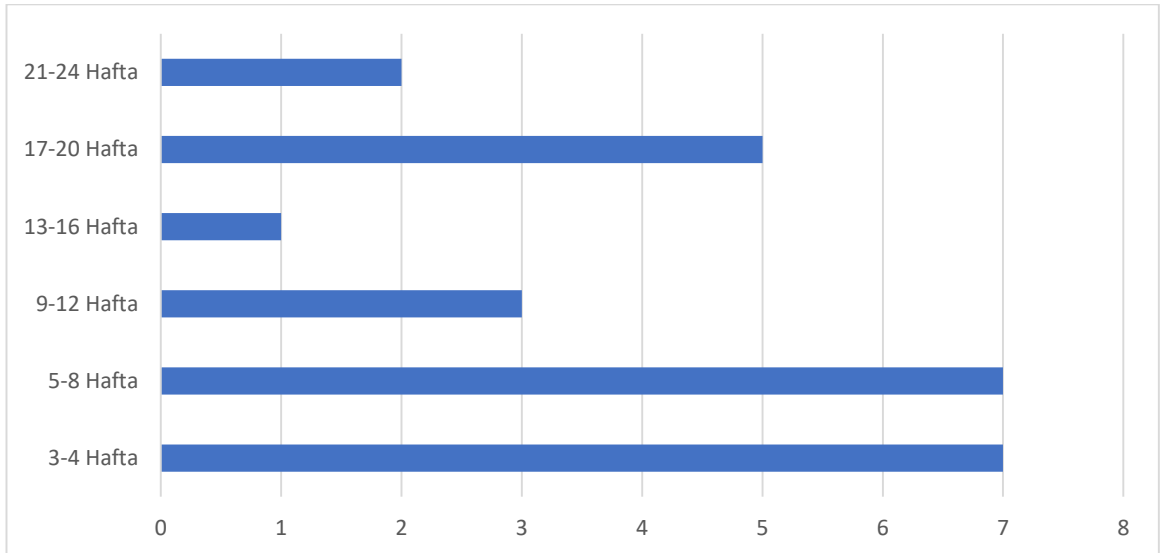
Çalışmaya katılan bebeklerin 25 (% 18,5)'i İK tanısı almıştır(Şekil 2).



Şekil 2 İnfantil Kolik Sıklığı

İnfantil kolik tanısı konulan bebeklerin %60 (n:15)'i kız, %40 (n:10)'ı erkektir. Çalışmaya dahil edilen bebeklerden kolik tanısı alanların en küçüğü 4 haftalık, en büyüğü 24 haftalıktır.

Kolik tanısı konulan bebeklerin aylara göre dağılımı Şekil 3'te gösterilmiştir.

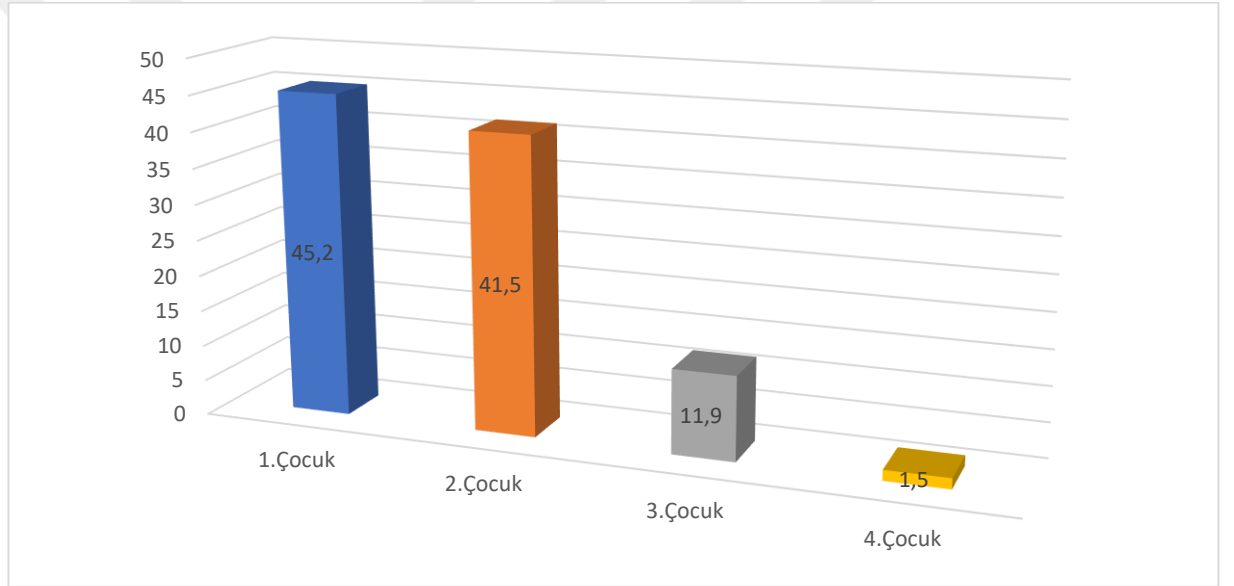


Şekil 3 İnfantil Kolikli Bebeklerin Yaş Dağılımı

Çalışmaya dahil edilen bebeklerin % 53,3 (n: 72)'ünün başka kardeşi vardı.

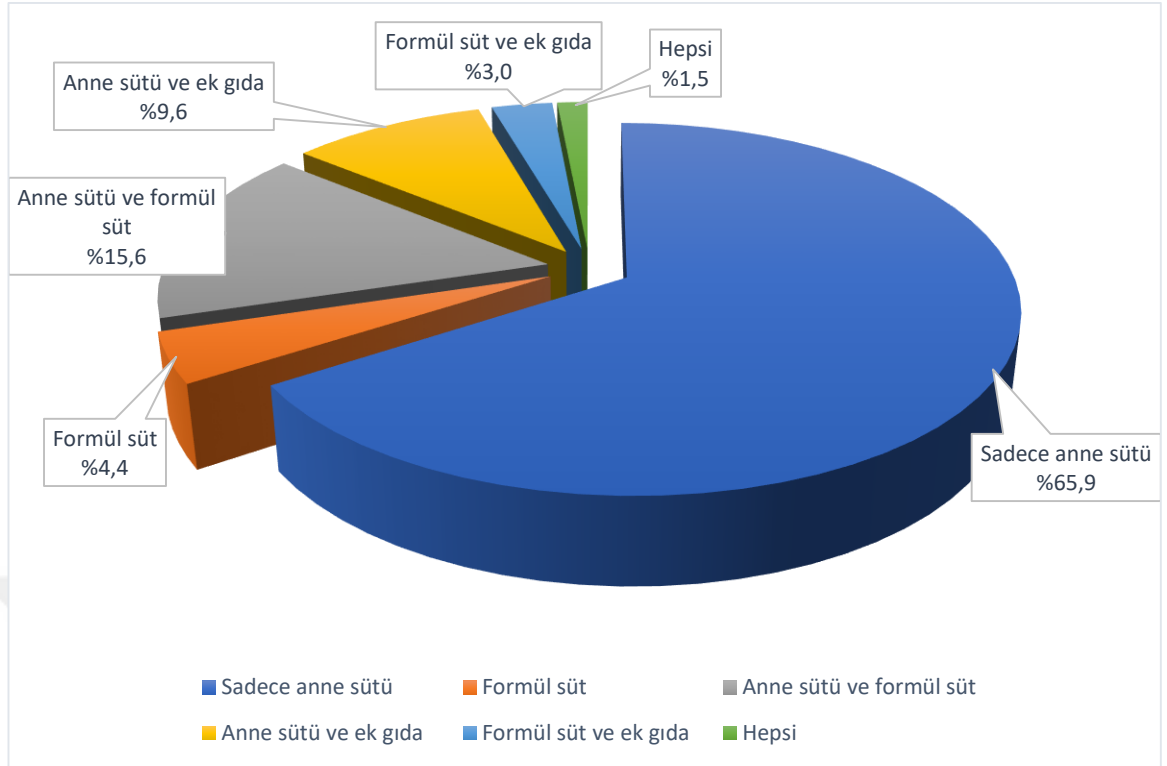
Başka çocuğu olduğunu belirten annelere diğer çocuklarında kolik görülme durumu sorulduğunda annelerin % 11,1 (n: 15)'i diğer çocuklarında da İK tanısı olduğunu belirtti. İK tanısı konulan bebeklerin ise %24 (n:6)'ünün kardeşinde de kolik tanısı mevcuttu.

Çalışmaya dahil edilen bebeklerin ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu Şekil 4'te gösterilmiştir. Kolik tanılı bebeklerin ise %52 (n:13)'si ailenin birinci çocuğu, %40 (n:10)'ı ikinci, %8 (n:2)'i ise ailenin üçüncü çocuğudur.



Şekil 4 Bebeklerin Kardeşler Arasındaki Sıralaması

Bebeklerin %9,6 (n:13)'sının bilinen bir hastalığı bulunmaktadır. En sık görülen hastalık ise (% 21,8) alerjidir.



Şekil 5 Bebeklerin Beslenme Şekilleri

Bebeklerin beslenme şekillerine göre yüzdelik dağılımı Şekil 5'te gösterilmiştir.

Bebeklerin dışkılama alışkanlıklarına bakıldığında günde ortalama $2,72 \pm 1,99$ (medyan: 2, min: 0, maks: 9) defa olarak hesaplanmıştır. Kolik tanılı bebeklerin günlük dışkılama sayısı ise $2,80 \pm 2,32$ (medyan: 2 min: 0, maks: 9) defadır.

4.1.2. Annelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Annelerin eğitim durumları sorgulandığında %64,4 (n:87)'ü lise ve üstünde, %35,6 (n:48)'sı ise lise altında eğitim almıştır. 12 (% 8,9) anne sigara kullanırken, 4 (%3,0) anne de alkol kullanmaktadır.

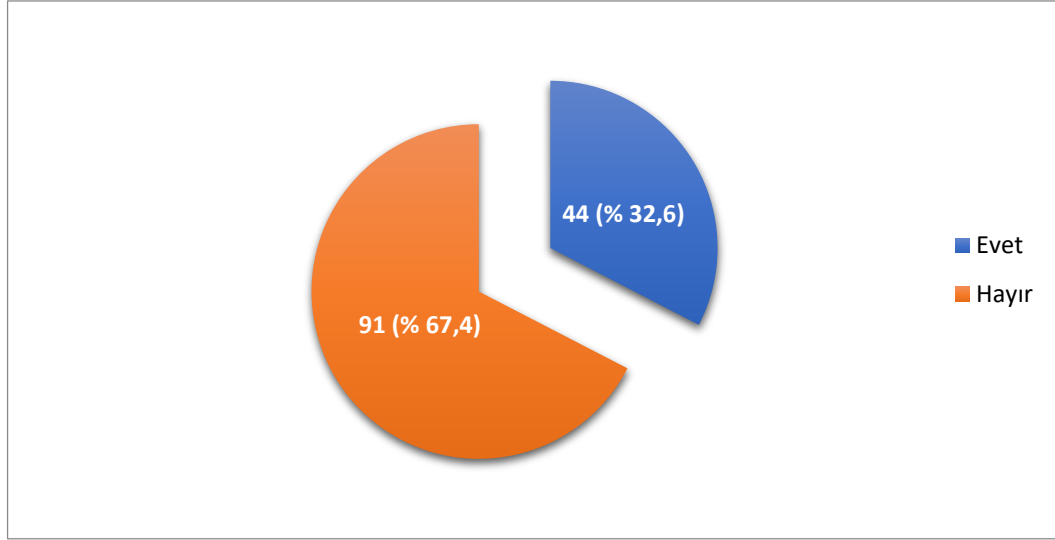
Annelerin yaşlarına bakıldığında en küçük 19, en büyük yaş ise 43'tür (ort: $28,91 \pm 4,59$, medyan: 28). Annelerin kilo ortalamaları $68,59 \pm 12,57$ (medyan: 67,

min: 40, maks: 120) kg, boy ortalamaları $1,62 \pm 0,06$ (medyan: 1,61, min: 1,5, maks: 1,88) m , VKİ değerleri ise $25,93 \pm 4,47$ (medyan: 25,39, min: 15,62, maks: 44,08) olarak hesaplanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3 Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Anne eğitim durumu	Okur yazar değil	2	1,5
	Lise Altı	46	34,1
	Lise ve Üstü	87	64,4
Anne sigara kullanımı	Evet	12	8,9
	Hayır	123	91,1
Anne alkol kullanımı	Evet	4	3,0
	Hayır	131	97,0
		Ort±ss	Medyan (Min-Maks)
Anne yaşı		28,91±4,59	28 (19-43)
Anne kilo (kg)		68,59±12,57	67 (40-120)
Anne boy (cm)		1,62±0,06	1,61 (1,5-1,88)
Anne VKİ		25,93±4,47	25,39 (15,62-44,08)

Annelere balkon dahil evde sigara içilme durumu sorulduğunda %32,6 (n: 44)'sı evde sigara içildiğini, % 67,4 (n: 91)'ü ise evde sigara kullanılmadığını belirtmiştir (Şekil 6).



Şekil 6 Evde Sigara İçilme Durumu

4.1.3. Babaların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Babaların % 63,7 (n: 86)'sinin lise ve üstünde eğitim aldığı, %36,3(n: 49)'ünün ise lise altında eğitim aldığı saptanmıştır. 44 (% 32,6) baba sigara kullanırken, 9(%6,7) baba da alkol kullanmaktadır(Tablo 4).

Tablo 4 Babaların Sosyodemografik Özellikleri

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Baba eğitim durumu	Lise Altı	49	36,3
	Lise ve üstü	86	63,7
Baba sigara kullanımı	Evet	44	32,6
	Hayır	91	67,4
Baba alkol kullanımı	Evet	9	6,7
	Hayır	126	93,3

Babaların yaş ortalamaları $32,51 \pm 6,87$ (medyan: 31, min: 20, maks: 60) yıl olarak hesaplandı. Kilo ortalamaları $83,54 \pm 15,44$ (medyan: 80, min: 55, maks: 175) kg, boy ortalamaları $1,76 \pm 0,07$ (medyan: 1,77, min: 1,6, maks: 1,98) m, VKİ değerleri ise $26,82 \pm 4,48$ (medyan: 26,12, min: 19,75, maks: 52,26) olarak hesaplandı (Tablo 5).

Tablo 5 Babaların Fiziksel Özellikleri

	Ort±ss	Medyan (Min-Maks)
Baba yaşı	32,51±6,87	31 (20-60)
Baba kilo (kg)	83,54±15,44	80 (55-175)
Baba boy (cm)	1,76±0,07	1,77 (1,6-1,98)
Baba VKİ	26,82±4,48	26,12 (19,75-52,26)

4.1.4. Annelerin Gebeliğe Ait Verilerinin Değerlendirilmesi

Annelerin gebelik öncesi ve gebelik sırasında geçirdikleri hastalık ve ilaç kullanım durumları incelendiğinde 17 (% 12,6) annenin gebelik öncesi bilinen bir hastalığı mevcuttu. Ayrıca hastalığı olan annelerin 13 (%9,6)'ü hastalığına dair ilaç kullanmaktaydı.

Çalışmaya katılan annelerin tanıları tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6 Annelerin hastalıkları

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Annenin tanıları	Astım, hipotroidi	1	5,9
	Diyabet	1	5,9
	Guatr, lomber herni	1	5,9
	Hipertiroidi	1	5,9
	Hipertansiyon	1	5,9
	Hipotiroidi	7	41,0
	Migren	2	11,8
	Panik atik, akut romatizmal ateş	1	5,9
	Romatoid artrit	1	5,9
	Ürtiker	1	5,9

Annelerin gebelikte hastalık geçirme durumları sorgulandığında % 23 (n:31)'ü gebelikte hastalık geçirdiğini belirtmiştir. İlaç kullanım durumlarına bakıldığında ise annelerin tamamı gebelik boyunca vitamin ve demir desteği almışken, 29 (% 21,5) anne bu takviyelerin dışında ilaç kullandığını belirtmiştir.

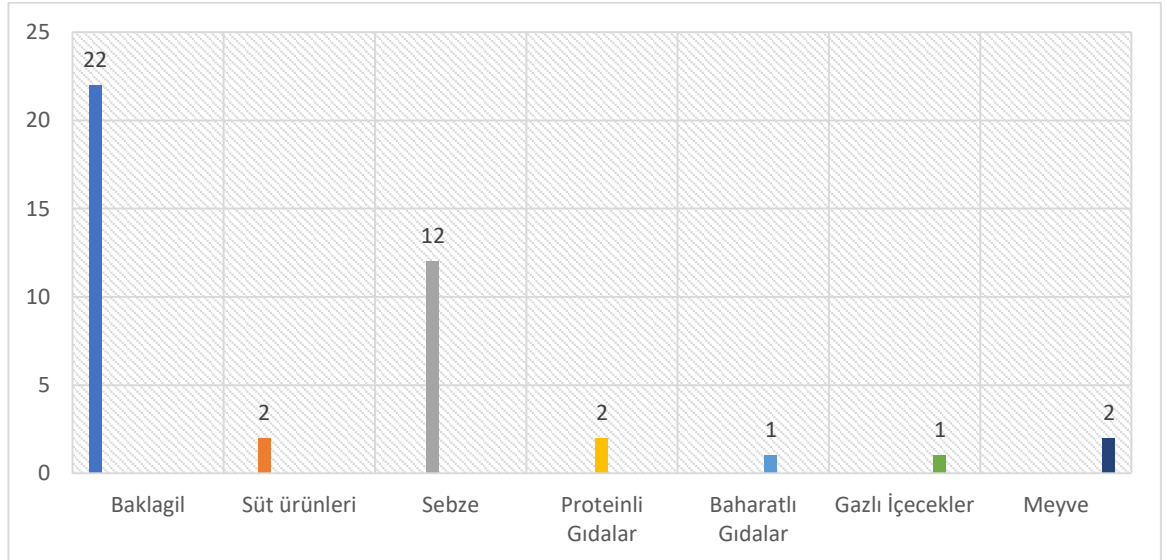
Annelerin %23 (n:31)'ü sık sık karın ağrısı, şişkinlik, gaz vb. bağırsak problemleri yaşamaktaydı.

59 anne (% 43,7) gebelikte stres yaşadığını belirtirken, 18(%13,3) anne ise postpartum depresyon tanısı almıştı.

4.1.5. Annelerin Beslenme Değişkenlerinin Değerlendirilmesi

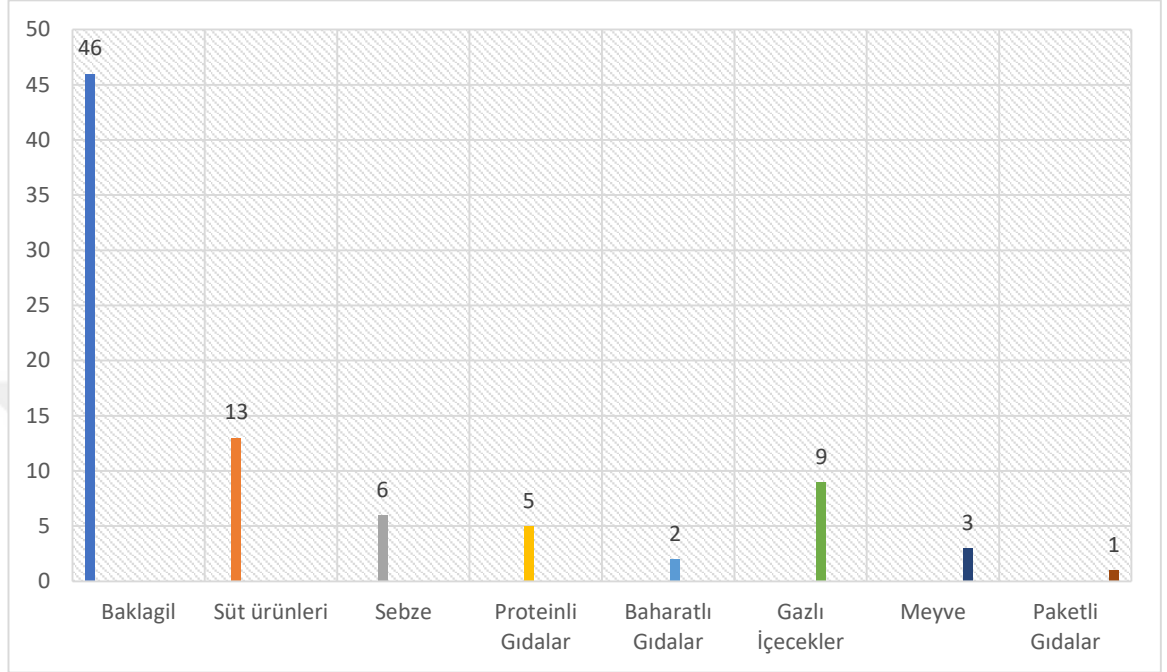
Annelerin beslenme ve emzirme ile ilgili bulguları değerlendirildiğinde % 34,8 (n: 47)'inin gebelik döneminde beslenme alışkanlıklarında herhangi bir değişiklik yoktu.

Emziren annelerin beslenme değişkenleri ile bebekteki ağlama atakları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; annelerin % 33,6 (n:42)'sı en az iki kere denenmiş olmak koşuluyla yediği herhangi bir gıdadan sonra bebekte ağlama atağı grldğiğini belirtti. Bu gıdalar şekil 7 de gösterilmiştir.



şekil 7 Bebeğe Ağlama Atağına Sebep olan Gıdalar

Annelerin % 65,2 (n: 88)'si gaz yapar düşüncesi ile bazı gıdaları tüketmekten kaçındığını belirtmiştir. Gaz yapar düşüncesi ile annelerin diyetlerinden çıkardığı gıdaların listesi Şekil 8'deki gibidir.



Şekil 8 Annelerin Diyetinden Çıkardığı Gıdalar

Annelerin %41,5(n:56)'i bu gıdaları diyetten çıkarmanın ağlama atakları üzerinde etkili olduğu görüşündeydi. Emziren annelerin bebeklerini günlük emzirme sayıları sorgulandığında ortalama $14,14 \pm 6,73$ (medyan: 12, min: 4, maks: 38) defa emzirmekteydiler. Kolikli bebeği olan annelerin emzirme sayısı ise ortalama $17,75 \pm 8,33$ (medyan: 15, min: 9, maks: 38) defadır.

4.1.6.Yeme Farkındalığı Ölçeğine (YFÖ-30) Ait Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmada kullanılan YFÖ-30'un 'düşünmeden yeme', 'duygusal yeme', 'yeme kontrolü', 'farkındalık', 'yeme disiplini', 'bilinçli beslenme' ve 'enterferans' (dış etmenlerden etkilenme) alt ölçek boyutlarına ait ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7 Ölçek Alt Boyutlarının Ortalama Puanları

	n	Ort	ss	Çarpıklık
Düşünmeden yeme (5 madde)	125	3,39	0,70	-0,129
Duygusal yeme (5 madde)	125	3,56	0,89	-0,550
Yeme kontrolü (4 madde)	125	3,93	0,65	-0,600
Farkındalık (5 madde)	125	3,21	0,41	0,203
Yeme disiplini (4 madde)	125	3,04	0,75	-0,327
Bilinçli beslenme (5 madde)	125	3,36	0,54	-0,328
Enterferans (dış etmenlerden etkilenme) (2 madde)	125	3,84	0,81	-0,589
Yeme farkındalığı ölçeğine (YFÖ) toplam boyutu*	125	3,44	0,39	-0,245

* Güvenirlilik değeri (Cronbach alpha katsayı): 0,736

Çalışmada kullanılan YFÖ-30'un toplam yeme farkındalığı ölçek puanı 3,44 (ss:0,39) olarak hesaplandı.

4.2. KATILIMCILARDAN TOPLANAN VERİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

4.2.1. Annelerin Verileri ile Ölçek Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

İnfantil kolik tanılı bebeği olan annelerin toplam ölçek puanları ($p=0,020$) ile düşünmeden yeme ($p=0,017$) ve yeme kontrolü ($p=0,018$) alt boyutlarının puanı kolikli bebeği olmayan annelere göre anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 8).

Tablo 8 Kolik Tanısı İle Ölçek Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Ölçek boyutları	Kolik Bebek Tanısı		p
	Evet (n: 25)	Hayır (n: 110)	
	Ort±ss	Ort±ss	
Düşünmeden yeme (u)	3,08±0,70	3,46±0,69	0,017*
Duygusal yeme (u)	3,37±0,77	3,6±0,91	0,150
Yeme kontrolü (u)	3,60±0,77	4,01±0,60	0,018*
Farkındalık (u)	3,12±0,34	3,23±0,42	0,308
Yeme disiplini (u)	2,84±0,61	3,09±0,78	0,069
Bilinçli beslenme (u)	3,45±0,48	3,34±0,55	0,420
Enterferans (dış etmenlerden etkilenme) (u)	3,70±0,81	3,88±0,81	0,331
YFÖ (t)	3,27±0,37	3,48±0,39	0,020*

* p<0,05, (t): Bağımsız student t-testi, (u): Mann whitney u testi

Anne yaşı arttıkça, farkındalık ($r=0,261$) ve yeme disiplini ($r=0,176$) ölçek alt boyutlarının arttığı saptandı ($p<0,05$).

Annelerin kiloları arttıkça YFÖ-30 ölçek toplam puanı azalması istatistiksel açıdan anlamlı bulunurken ($p=0,036$) annelerin VKİ ile toplam ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Annelerin fiziksel özellikleri ile ölçek alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9 Annenin Fiziksel Özellikleriyle Ölçek Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Anne Yaş		Anne Kilo		Anne Boy		Anne VKİ	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Düşünmeden yeme)	0,100	0,249	-0,073	0,398	-0,195	0,024	0,006	0,944
Duygusal yeme	0,063	0,471	-0,166	0,054	-0,230	0,007**	-0,073	0,399
Yeme kontrolü	-0,060	0,490	-0,105	0,227	-0,219	0,011*	-0,009	0,914
Farkındalık	0,261	0,002**	-0,015	0,864	0,017	0,847	-0,023	0,788
Yeme disiplini	0,176	0,041*	-0,132	0,127	-0,039	0,657	-0,121	0,162
Bilinçli beslenme	0,064	0,462	-0,151	0,081	-0,097	0,262	-0,122	0,158
Enterferans (dış etmenlerden etkilenme)	0,136	0,115	-0,009	0,915	-0,092	0,291	0,037	0,671
YFÖ (t)	0,164	0,057	-0,180	0,036*	-0,236	0,006**	-0,086	0,321

Gebeliğinde stres yaşayan annelerin düşünmeden yeme ($p=0,002$) alt boyut puanı ve YFÖ-30 toplam ölçek puanı ($p=0,030$) gebelikte stres yaşamayan annelere göre düşük saptanması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Annelerin postpartum depresyon geçirmesi ile ölçek alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Diğer çocuklarında İK görülen annelerin ölçek alt boyutları değerlendirildiğinde sadece duygusal yeme ($p=0,016$) alt boyut puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p<0,05$). Ayrıca bu annelerin toplam ölçek puanı da kolikli bebeği olmayanlara göre anlamlı oranda düşük saptanmıştır ($p=0,040$).

Annelerin gaz yapar düşüncesiyle bazı gıdaları diyetinden çıkarması ile düşünmeden yeme ($p=0,256$), duygusal yeme ($p=0,151$), yeme kontrolü ($p=0,122$), farkındalık ($p=0,208$), yeme disiplini ($p=0,500$), bilinçli beslenme ($p=0,092$), enterferans (dış etmenlerden etkilenme) ($p=0,735$) alt ölçek boyutları ve YFÖ-30 toplam ölçek puanı ($p=0,745$) ile aralarında istatistiksel açıdan bir anlamlılık saptanmadı (Tablo 10).

Tablo 10 Diyetten Çıkarılan Gıdalarla Ölçek Alt Boyutlarının İlişkisi

Ölçek boyutları	Gaz Yapar Düşüncesi ile Bazı Gıdaları Yemeyi Bırakma Durumu		p
	Evet (n: 88)	Hayır (n: 47)	
	Ort±ss	Ort±ss	
Düşünmeden yeme (u)	3,35±0,75	3,48±0,60	0,256
Duygusal yeme (u)	3,48±0,89	3,70±0,88	0,151
Yeme kontrolü (u)	3,86±0,71	4,06±0,52	0,122
Farkındalık (u)	3,22±0,39	3,19±0,44	0,208
Yeme disiplini (u)	3,08±0,79	2,97±0,69	0,500
Bilinçli beslenme (u)	3,44±0,47	3,21±0,63	0,092
Enterferans (dış etmenlerden etkilenme) (u)	3,85±0,86	3,82±0,73	0,735
YFÖ (t)	3,43±0,40	3,45±0,36	0,745

* $p<0,05$, (t): Bağımsız student t-testi, (u): Mann whitney u testi

Gıdaları yemeyi bırakmalarının etki ettiğini düşünen annelerin farkındalık ($p=0,001$) ve bilinçli beslenme ($p=0,040$) alt ölçek boyutları ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu tespit edildi.

4.2.2.Bebeklerin Kolik Tanısı Alma Durumları ile Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

İnfanıl kolik tanısı alan bebekler cinsiyetlerine, doğum kilolarına ve doğum haftalarına göre kolik tanısı almayan bebeklerle karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 11 Bebeklerin Verileriyle İnfanıl Kolik Arasındaki İlişki

		Kolik Tanısı Alma Durumu		p
		Evet (n: 7)	Hayır (n: 31)	
Doğum haftası	≤ 37 hafta	0 (0,0)	5 (16,1)	0,444
	38-40 hafta	6 (85,7)	24 (77,4)	
	≥ 41 hafta	1 (14,3)	2 (6,5)	
Bebğin cinsiyeti	Kız	15 (60,0)	54 (49,1)	0,325
	Erkek	10 (40,0)	56 (50,9)	
Bebek hafta	0-12 hafta arası	17 (68,0)	69 (62,7)	0,621
	12 hafta üzeri	8 (32,0)	41 (37,3)	

Kolik tanısı alan bebekler anne sütü, formül süt ve ek gıda alma durumlarına göre karşılaştırıldığında beslenme şekli ile kolik gelişimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,066$).

Sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde emzirme sayısı ile İK arasındaki ilişki Tablo 12’de gösterilmiştir. Buna göre sadece anne sütüyle beslenen 89 bebekten kolik tanısı alanların bir günlük emzirilme sayısı istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,05$).

Tablo 12 Sadece Anne Sütü Alan Bebeklerde Emzirme Sayısı ile İnfantil Kolik Arasındaki İlişki

Sadece anne sütü	Kolik Tanısı		p
	Evet (n: 18)	Hayır (n: 71)	
	Ort±ss Medyan(Min-Maks)	Ort±ss Medyan(Min-Maks)	
Emzirme sayısı	18,61±8,72 15 (9-38)	14,94±6,30 13 (6-30)	0,045

Yaş dağılımı ile İK arasındaki ilişki Tablo 13'teki gibidir. Buna göre İK tanısı 3-4 hafta, 5-8 hafta ve 9-12 haftalarda daha sık konulmaktadır ($p<0,05$). Bununla beraber genel dağılıma bakıldığında bebeklerin yaşı ile İK arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p=0,920$).

Tablo 13 Yaş Dağılımı ile İnfantil Kolik Arasındaki İlişki

		Kolik Tanısı Alma Durumu		p
		Evet (n: 25)	Hayır (n: 110)	
Yaş hafta dağılımı	3-4 hafta	7 (28,0)	30 (27,3)	0,041
	5-8 hafta	7 (28,0)	27 (24,5)	
	9-12 hafta	3 (12,0)	12 (10,9)	
	13-16 hafta	1 (4,0)	16 (14,5)	
	17-20 hafta	5 (20,0)	4 (3,6)	
	21 hafta ve üzeri	2 (8,0)	21 (19,1)	

İnfanıl kolik tanısı konulan bebeklerin %24'ünün, İK'si olmayan bebeklerin ise %8,2'sinin kardeşinde de kolik tanısı mevcuttu. İK'lı bebeklerin kardeşlerinde de kolik görülmesi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Bebeklerin dışkılama sayısı ile İK arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

4.2.3.Bebeklerin Kolik Tanısı Alma Durumu ile Ebeveynlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Bebeklerde İK görülmesi ile annelerin sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Tablo 14'te gösterilmektedir. Buna göre annenin yaş, eğitim durumu, sigara kullanımı ve VKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 14 Annelerin Sosyodemografik Özellikleri ile İnfanıl Kolik Arasındaki İlişki

		Kolik Tanısı Alma Durumu		p
		Evet (n: 25)	Hayır (n: 110)	
Anne eğitim	Lise Altı	10 (40,0)	38 (34,5)	0,607
	Lise ve Üstü	15 (60,0)	72 (65,5)	
Sigara kullanımı	Evet	2 (8,0)	10 (9,1)	0,863
	Hayır	23 (92,0)	100 (90,9)	
Yaş (t)		28,96±5,71	28,71±4,99	0,934
VKİ(u)		25,96±4,69	25,93±4,44	0,993

* $p<0,05$, Ki-kare, (t): Bağımsız student t-testi, (u): Mann whitney u testi

Bebeklerin kolik tanısı alma durumu ile babaların eğitim durumu, sigara kullanımı, yaş ve VKİ değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Babaların sosyodemografik özellikleriyle İK arasındaki ilişki Tablo 15'te gösterilmektedir.

Tablo 15 Babaların Sosyodemografik özellikleriyle İnfantil Kolik Arasındaki İlişki

		Kolik Tanısı Alma Durumu		p
		Evet (n: 25)	Hayır (n: 110)	
Babaların eğitim	Lise Altı	12 (48,0)	37 (33,6)	0,178
	Lise ve Üstü	13 (52,0)	73 (66,7)	
Sigara kullanımı	Evet	6 (24,0)	38 (34,5)	0,310
	Hayır	19 (76,0)	72 (65,5)	
Yaş		32,16±7,97	32,60±6,63	0,534
BMI		27,34±6,53	26,70±3,90	0,717

* p<0,05, Ki-kare, (t): Bağımsız student t-testi, (u): Mann whitney u testi

Evde sigara kullanımı ile kolik görülme durumu karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,137).

4.2.4.Bebeklerin Kolik Tanısı Alma Durumları İle Annelerinin Gebelik Verilerinin Karşılaştırılması

Bebeklerde İK görülmesi ile annelerin bilinen hastalık varlığı (p=0,443), ilaç kullanım öyküsü (p=0,327), gebelikte ilaç kullanımı (p=0,050), gebelikte stres yaşaması (p=0,354), gebelikte beslenme alışkanlığı değişikliği (p=0,547) ve postpartum depresyon (p=0,082) ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0,05).

Annelerin gebelik verileriyle bebeklerinde İK görülme durumu arasındaki ilişki Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16 Annelerin Gebelik Verileriyle İnfantil Kolik Arasındaki İlişki

		Kolik Tanısı Alma Durumu		p
		Evet (n: 25)	Hayır (n: 110)	
Annenin bilinen kronik hastalıkları	Evet	2 (8,0)	15 (13,6)	0,443
	Hayır	23 (92,0)	95 (86,4)	
Gebelikte hastalık varlığı	Evet	11 (44,0)	20 (18,2)	0,009
	Hayır	14 (56,0)	90 (81,8)	
Anne ilaç kullanımı	Evet	1 (4,0)	12 (10,9)	0,327
	Hayır	24 (96,0)	98 (89,1)	
Evde sigara kullanımı	Evet	5 (20,0)	39 (35,5)	0,137
	Hayır	20 (80,0)	71 (64,5)	
Annenin bağırsak problemi	Evet	11 (44,0)	20 (18,2)	0,006
	Hayır	14 (56,0)	90 (81,8)	
Gebelikte ilaç kullanımı	Evet	9 (36,0)	20 (18,2)	0,050
	Hayır	16 (64,0)	90 (81,8)	
Gebelik stresi	Evet	13 (52,0)	46 (41,8)	0,354
	Hayır	12 (48,0)	64 (58,2)	
Gebelikte beslenme alışkanlığı değişikliği	Evet	10 (40,0)	37 (33,6)	0,547
	Hayır	15 (60,0)	73 (66,4)	
Postpartum depresyon	Evet	6 (24,0)	12 (10,9)	0,082
	Hayır	19 (76,0)	98 (89,1)	

* $p < 0,05$, Ki-kare, Fisher Exact testi

Kolik tanısı alan bebeklerde annelerin gebelik sırasında hastalık varlığı ($p=0,009$) ve sık sık bağırsak problemleri yaşamaları ($p=0,006$) durumları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

4.2.5.Bebeklerin Kolik Tanısı Alma Durumu İle Annelerinin Beslenme Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Annelerin beslenme değişkenleri ile bebeklerinin İK tanısı alması arasındaki ilişki tablo 17’de gösterilmektedir.

Gaz yapar düşüncesi ile bazı gıdaları diyetinden çıkaran annelerden kolikli bebeği olanların sayısı kolikli bebeği olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,008$). Kolikli bebeği olan annelerden gaz yapar düşüncesiyle bazı gıdaları diyetinden çıkaranların bu diyet değişikliğinden fayda görme durumu ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 17 Annelerin Beslenme Değişkenleriyle İnfantil Kolik Arasındaki İlişki

		Kolik Tanısı Alma Durumu		p
		Evet (n: 25)	Hayır (n: 110)	
Gaz yapar düşüncesi ile gıdadan kaçınma	Evet	22 (88,0)	66 (60,0)	0,008
	Hayır	3 (12,0)	44 (40,0)	
Diyet değişikliğinden fayda görme durumu	Evet	12 (48,0)	44 (40,0)	0,464
	Hayır	13 (52,0)	66 (60,0)	

* $p<0,05$, Ki-kare, Fisher Exact testi

5.TARTIŞMA

Bu araştırma, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 0-6 ay arasındaki bebeklerde İK sıklığını belirlemek ve kolik gelişiminde etkili faktörleri incelemek, anne beslenmesinin İK üzerine etkisini ve annelerin yeme farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla planlandı.

5.1. Türkiye ve Dünya’da İK sıklığının Tartışılması

5.2.Bebeklere Ait Veriler İle İK Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.3.Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri İle İK Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.4.Annelerin Gebelikteki Problemleriyle İK Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.5.Anne Beslenmesi ile İK Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.6.Annelerin Verileri İle YFÖ-30 Alt Boyutlarının Tartışılması

5.1.TÜRKİYE VE DÜNYADA İNFANTİL KOLİK SIKLIĞININ TARTIŞILMASI

Yaşları 3-6 ay arasında olan 135 bebeğin katılımı ile yaptığımız çalışmada İK sıklığı %18,5 olarak hesaplandı. Alagöz ve arkadaşlarının Türkiye’nin doğusunda yaptıkları bir çalışmada 3 hafta-3 ay arasındaki bebeklerde İK sıklığı %19,9, Çiftçi ve arkadaşlarının yine aynı bölgede 1-3 ay arası bebeklerde yaptıkları çalışmada ise %51,1 olarak hesaplanmıştır (4,52). Yalçın ve arkadaşlarının Ankara’da yaptıkları bir çalışmada ise 1-1,5 aylık bebeklerde bu oran %16,6 olarak saptanmıştır (37). Dünya genelinde yapılan çalışmalarda İK sıklığı %10-40 arasında değişmektedir. Bununla beraber en iyi iki prospektif çalışmada bu oran %5 ve %19 olarak belirtilmiştir (3).

Talachian ve arkadaşlarının İran’da 321 bebekle yaptıkları bir çalışmada İK sıklığı %20 olarak bulunmuştur. Hindistan ve Brezilya’da yapılan 2 retrospektif

çalışmaya bakıldığında ise kolik prevalansı sırasıyla %16 ve %16.3 olarak yayınlanmıştır (26,63,64). İK sıklığının belirlenmesinde bu kadar geniş aralığın bulunmasının nedeni farklı popülasyonlarda yapıyor olması ve farklı tanı kriterlerin kullanılması olabilir.

2017 yılında yapılan bir meta-analizde kolik sıklığının ilk 6 haftada %17-%25 arasında olduğu, 8-9 haftalıkken % 11'e düştüğü, 10-12.haftalarda ise % 0.6'ya düştüğü tespit edilmiştir (17). Karabel ve arkadaşlarının yaptıkları retrospektif bir çalışmada kolik tanısı alan bebeklerde 3-4 ayda %68 oranında düzelme görülürken, vakaların %94'ünün şikâyetinin ilk 6 ayda düzeldiği gösterilmiştir (45). Yaş dağılımı açısından bakıldığında bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde 3-4 hafta, 5-8 hafta ve 9-12 haftalarda İK görülme sıklığı anlamlı düzeyde yüksekti.

5.2.BEBEKLERE AİT VERİLER İLE İNFANTİL KOLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Yalçın ve arkadaşlarının 189 bebekle yaptıkları vaka-kontrol çalışmasına göre bebeklerin cinsiyeti ile İK arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (37). Birçok çalışmada İK ile cinsiyet arasında ilişki olmadığı gösterilmiştir (4,14,15,26,45,59). Sadece bir çalışmada erkek bebeklerde kolik görülme oranının anlamlı oranda yüksek olduğu bulunmuştur (65).

Çalışmamıza katılan bebeklerin %51,1'ini kızlar, %48,9'unu erkekler oluşturmaktadır. İK tanısı alan bebeklerin ise %60'ı kız, %40'ı erkektir. Kız bebekler sayıca daha fazla olmakla beraber çalışmamızda literatüre benzer şekilde istatistiksel açıdan anlamlılık görülmedi.

Milidou ve arkadaşları Danimarka'da 1996-2002 yılları arasında doğan 62761 bebeğin dahil edildiği çalışmada gestasyonel yaş, SGA ve İK ilişkisini araştırmışlardır. Bu çalışmaya göre düşük doğum ağırlığı ile İK arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu gösterilmiştir (66). Buna karşın Crowcroft ve arkadaşlarının 76 binin üzerindeki bebekle yaptıkları çalışmada İK'si olan bebeklerin doğum kilolarının daha fazla olduğunu göstermişlerdir (67). Bu iki çalışma dışında doğum tartısı ile İK ilişkisinin araştırıldığı birçok çalışmada istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (4,15,26,45,59).

Bizim çalışmamızda da yukarıdaki literatür çalışmalarına benzer şekilde İK tanısı alma durumu ile bebeklerin doğum kilosu arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmadı.

Çalışmaya dahil edilen bebeklerin % 17,8'i 37 hafta ve altında, % 69,6 'sı 38 ile 40 hafta arasında, % 12,6'sı ise 41 hafta ve üzerinde doğmuştur. Miadında doğan bebekler yüzdelik olarak yarısından fazlasını oluştursa da İK tanısı alma durumu ile doğum haftası arasında bir ilişki görülmedi. Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalarda bebeklerin doğum haftalarıyla İK görülmesi arasında ilişki gösterilememiştir (26,37,45).

Goldman ve arkadaşlarının 4004 ebeveynin katılımıyla yaptıkları çalışmaya göre İK'li bebeklerin çoğunluğu ailenin ilk (%61,8) veya ikinci çocuğuydu (%26). İK'nin ilk bebeklerde daha sık görülmesinin nedeni annenin ilk çocukta daha fazla desteğe ihtiyaç duyması, 3.ve 4. çocuklarda ağlamayı daha az sorun olarak görmesi kaynaklı olduğu düşünülmektedir (68).

Talachian ve arkadaşlarının İran'daki bebeklerde İK sıklığı ve risk faktörlerini araştırdıkları çalışmada da ilk doğan bebeklerde İK görülme oranı sonraki doğan bebeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (26). Yalçın ve arkadaşlarının çalışmasına göre ise doğum sırasıyla İK arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (37). Bizim çalışmamızda da İK ile bebeklerin ailede 1. veya 2. çocuk olması arasında bir ilişki yoktur.

Alagöz ve Ertekin'in Türkiye'nin doğusunda İK sıklığını ve risk faktörlerini araştırdıkları çalışmaya bakıldığında koliği olan bebeklerin kardeşinde kolik görülme sıklığı anlamlı bulunmamıştır. Ayrıca bebeğin kolik tanısı alan akrabalarının bulunması ile İK gelişimi açısından istatistiksel olarak anlamlılık gösterilmemiştir. Bu iki durum göz önünde bulundurulduğunda kolik gelişiminde genetik yatkınlığın etkisinin olmadığı düşünülmektedir (4).

Çalışmamızda İK tanısı konulan bebeklerin %24'ünün, İK'si olmayan bebeklerin ise %8,2'inin kardeşinde de kolik tanısı mevcuttu. İK'li bebeklerin kardeşinde de kolik görülmesi bizim çalışmamızda anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Literatürde bu konuyla ilgili daha fazla araştırmaya gerek olduğu düşüncesindeyiz.

Bebeklerde beslenme şekliyle kolik gelişimi arasında ilişki olup olmadığına dair net bir fikir birliği bulunmamaktadır. Karabel ve arkadaşları 2006'da İK'de risk faktörlerini ve farmakolojik tedavi yaklaşımlarını araştırmak amaçlı Ankara'da bir çalışma yürütmüşlerdir. Bu çalışmaya göre kolik insidansı anne sütü alan infantlarda %74 iken, anne sütü almayan ya da anne sütü ile beraber mama alanlarda %26 olarak tespit edilmiş olup kolik insidansı ile beslenme türü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (45).

Miller-Loncar ve arkadaşları 2004'te İK ve beslenme güçlükleri üzerine yaptıkları çalışmada İK tanılı bebeklerde emme problemleri ile reflü vb. beslenme sorunlarının daha sık görüldüğünü belirtmiştir. Bununla beraber anne sütü veya formül süt ile beslenmenin İK gelişimi ile bir ilişkisi gösterilmemiştir (15). Literatürde benzer şekilde kolik gelişimi ile beslenmenin ilişkisinin bulunmadığına dair birçok çalışma bulunmaktadır (40,64,69).

Saavedra ve arkadaşlarının 1806 infantla yürüttükleri bir kohort çalışmasında doğumdan hemen sonra tüm anneler emziriyorken 3.ayda yalnızca %62,5'i emzirmeye devam etmiştir. Emzirilen bebeklerde İK sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (70). Crowcroft'un çalışmasında da benzer şekilde anne sütü alan bebeklerde İK sıklığı daha yüksektir(67).

Van der Wal ve arkadaşlarının 1996'da yaptıkları bir çalışmaya göre ise anne sütüyle beslenen bebeklerde İK insidansı daha düşük bulunmuştur (65). Anne sütünde bulunan melatoninin etkisiyle bu bebeklerde ağlama ataklarının daha az görüldüğü, ayrıca ağlamanın şiddetinin de azaldığı düşünülmektedir (57).

Beslenme şekli açısından bakıldığında bizim çalışmamızdaki bebeklerin %91,7'si anne sütü alırken %65,9'u sadece anne sütü ile beslenmektedir. Bu sonuçlara göre beslenme şekli ile kolik gelişimi arasında anlamlı bir ilişki bulamadık.

Literatüre bakıldığında beslenme konusunda bir belirsizlik bulunmaktadır. Nedenini araştırdığımızda pek çok çalışmada dahil edilen bebeklerin çoğunluğu anne sütü almaktadır. Ayrıca bazı annelerin bebeğin ağlamasını sütünün yetmemesine bağlayıp emzirmeyi kesmesi veya farklı beslenme şekilleri denemesi bir etken olabilir. Koliği olan bebeklerde ağlama atakları sırasında eğer anne sütü alıyorsa emzirmenin kesilmemesi tavsiye edilmelidir (37,70).

Çalışmamıza dahil edilen bebeklerin günlük dışkılama sayıları ortalama 2,7 defa olarak hesaplandı. Bu oran sağlıklı bebeklerdeki dışkılama sayılarının araştırıldığı çalışmalarla benzerdir (71). İK tanısı alan bebeklerde ise günlük dışkılama sayısı ortalama 2,8 defa olarak hesaplandı. Buna göre İK ile dışkılama sayısı arasında bir ilişki görülmedi.

Landgren ve arkadaşlarının İK'li bebeklerde beslenme, dışkılama ve uyku düzenlerini araştırdıkları bir çalışmada kolikli bebeklerde kolik tanısı olmayanlara göre dışkılama sayılarında bir farklılık tespit edilmedi (72).

Taylan Tunç ve arkadaşlarının çalışmasına bakıldığında kolikli bebeklerin günlük dışkılama sayısının daha az olduğu gösterilmiştir. Bu bebeklerde bağırsaktaki yavaş geçiş nedeniyle ağrı ortaya çıktığı bunun da kolik gelişiminde bir risk faktörü olduğu düşünülmüştür (73).

Alvarez ve arkadaşları, Danimarkalı bebeklerde ağlama ile anne bakımı ilişkisini araştırdıkları çalışmada 3,6 ve 12 haftalık bebeklerin 24 saatlik davranış günlüklerini değerlendirmişlerdir. Bebeklerin beslenme sıklıkları sırasıyla ortalama 11,3 kere, 10,5 kere ve 9,3 keredir. Daha sık beslenen bebeklerin ağlama sürelerinin daha kısa olduğu gösterilse de beslenme sıklığı ile ağlama süresi arasında anlamlı bir ilişki gösterilmemiştir (74).

Howard ve arkadaşlarının 7000 anne sütü alan bebekle yaptıkları çalışmaya göre ağlayan bebeklerde, bebeğin sakinleştirilmesi amacıyla daha sık emzirildiği gösterilmiştir. Buna karşın kolikli bebeklerin emzirilme sürelerinin daha kısa olduğu belirtilmiştir. Emme, bebeğin rahatlama yollarından biri olduğu için kolikli bebeklerin daha sık emzirilmesi tavsiye edilmektedir (75).

Bizim çalışmamızda da anne sütü alan bebeklerden İK tanısı konulanların 24 saatteki emme sıklıkları kolik tanısı olmayan bebeklere göre anlamlı düzeyde yüksektir.

5.3.EBEVEYNLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İNFANTİL KOLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Søndergaard ve arkadaşlarının 1955 annenin katılımıyla İK'de fetal büyüme ve diğer potansiyel risk faktörlerini değerlendirdikleri bir çalışmaya göre annenin yaşı arttıkça İK görülme riskinin de arttığı tespit edilmiştir (76).

Alagöz ve arkadaşlarının Erzurum'da yaptıkları çalışmada ise annenin yaşı küçüldükçe İK görülme riskinin arttığı belirtilmiştir. Bu sonucu annelerin bebek bakımı ve hayat deneyimlerinin az olmasına bağlamışlardır (4).

Bizim çalışmamıza göre annelerin yaşları ile İK arasında bir ilişki yoktur. Dünya genelinde yapılan bir çok çalışmaya bakıldığında benzer şekilde anne yaşı ile kolik gelişimi arasında anlamlı bir ilişki gösterilmemiştir (15,39,59,70,77).

Kaymaz ve arkadaşlarının Çanakkale'de 290 infantla yürüttükleri çalışmada İK tanısında gebelikteki maternal risk faktörleri araştırılmıştır. Bu vaka kontrol çalışmasına göre gebelik öncesinde VKİ 25 ve üzerinde olan annelerin bebeklerinde İK görülme riski daha yüksektir. Ancak annelerin gebelik boyunca aldıkları kilo ile İK arasında bir ilişki gösterilememiştir. Bunun nedeni annelerin gebelikte aldıkları kiloyu net olarak hatırlayamaması olabilir. Annenin yüksek VKİ, bebekte daha birçok riski de beraberinde getireceğinden bu konuda daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır (77).

Çalışmamıza katılan annelerin başvuru anındaki VKİ ortalama 25,9 idi. İK'li bebeği olan annelerin VKİ daha yüksek olmakla beraber İK ile arasında anlamlı bir ilişki gösterilemedi. Literatür tarandığında annelerin VKİ ile kolik arasındaki ilişkinin değerlendirildiği yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır.

Savino ve arkadaşlarının 2005'te yaptıkları bir çalışmada annenin eğitim düzeyi ile kolik görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gösterilmiştir .Akman ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde eğitim düzeyi ile kolik sıklığı arasında ilişki gösterilememiştir (14,39). Yalçın ve arkadaşlarının çalışmasında ise annesi 8 yıl ve altında eğitim gören bebeklerde daha sık kolik görüldüğü tespit edilmiştir (37).

Bizim çalışmamızda İK ile anne eğitim düzeyi arasında bir anlamlılık yoktur.

Bebeklerin sigaraya maruz kalmasıyla İK gelişme olasılığı hala tartışılmakta olan bir konudur. Rao ve arkadaşlarının 561 anneye yaptıkları prospektif bir çalışmaya göre sigara içen annelerin bebeklerinde kolik gelişme ihtimali içmeyen

annelere göre ortalama 2 kat fazladır (78). Sigaradaki nikotin kandaki motilin düzeyini yükselterek bağırsaklarda kasılmaları tetiklemek suretiyle sancıya neden olmaktadır (31).

Annelere balkon dahil ev içinde sigara içilme durumu sorulduğunda %32,6'sı evde sigara içildiğini belirtmiştir. Çalışmamızda bebeklerin sigara dumanına maruz kalmasıyla İK arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Ayrıca annenin sigara içmesiyle İK gelişimi arasında da bir anlamlılık tespit edilmedi. Benzer şekilde literatürde İK ile annenin sigara kullanımı arasında ilişki olmadığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (14,37,77).

Çalışmamıza dahil edilen bebeklerin babalarının yaşları 20 ile 60 arasında değişmektedir. Babaların yaşı ile İK gelişimi arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.

Saavedra ve arkadaşlarının çalışmasına göre yaşı 20-39 arasında olan babaların çocuklarında kolik gelişimi yaşla ters orantılıdır. 40 yaşın üzerinde ise yaşla beraber kolik gelişme ihtimali artmaktadır (70).

Raiha ve arkadaşlarının aşırı ağlayan bebeklerde ebeveyn bebek ilişkisini araştırdıkları çalışmaya göre koliği olan bebeklerin babaları daha gençtir. Bu durum bebekle baba arasındaki ilişkiye katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Aynı çalışmada babaların eğitim düzeyi ile ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak bir anlamlılık gösterilememiştir (79).

Babaların sosyodemografik özellikleriyle İK arasındaki ilişkinin araştırıldığı yayın sayısı oldukça kısıtlıdır. Bunda annelerin bebeğin bakım ve ihtiyaçlarının karşılanmasında çok daha ön planda olmasının rolü büyüktür. Bizim çalışmamızda da babaların eğitim düzeyi ile İK arasında bir ilişki gösterilemedi. Çalışmaya katılan babaların neredeyse yarısının üniversite ve üzerinde eğitim almasından dolayı homojen bir popülasyonun oluşturulamamasının da etken olabileceğini düşünmekteyiz.

5.4.ANNELERİN GEBELİKTEKİ PROBLEMLERİYLE İNFANTİL KOLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamıza dahil edilen annelerin %23'ü gebelikte en az bir hastalık geçirdiklerini belirtmiştir. Gebeliğinde hastalık geçiren annelerin bebeklerinde daha sık İK görüldüğünü tespit ettik. Literatürde annelerin gebeliklerinde depresyon vb. psikiyatrik hastalıklar dışındaki hastalıkların değerlendirildiği çalışma sayısı sınırlıdır. Bir çalışmada spesifik olarak annenin gebelikte GÖRH, dispepsi, hiperemesis ve migren atağı geçirmesi ile İK arasındaki ilişki araştırılmış migren, dispepsi ve GÖRH ile İK arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (77).

Leppaletho ve arkadaşlarının gebelikte antibiyotik maruziyetiyle kolik arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada gebelikte veya doğum sırasında antibiyotik kullanımıyla İK arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Antibiyotiklerin bağırsak mikrobiyotasını bozmak suretiyle kolik gelişimini tetiklediği düşünülmektedir (80).

Çalışmamızda gebelikte ilaç kullanımı ile İK arasında ilişki tespit edilmemiştir. Benzer şekilde ilaç kullanımı ile İK arasında ilişkinin olmadığını gösteren yayınlar bulunmaktadır(4).

James-Robert ve arkadaşlarının gebelik ve doğumdaki olumsuzlukların İK görülmesine etkisini araştırdıkları çalışmaya göre gebelikte geçirilen hastalıklar, sıkıntı ve stres bebeklerde aşırı ağlamayı tetiklemektedir. Stresli gebelik geçiren annelerin doğum sonrasında da bu stresin devam ettiği, bu durumun anne-bebek ilişkisinin bozulmasına neden olduğu belirtilmiştir (81).

Bizim çalışmamızda annelere gebeliklerinde stres yaşıyıp yaşamadıkları sorulmuş, %43,7'si gebeliklerinde stres yaşadıklarını belirtmiştir. İK tanılı bebeklerle koliki olmayan bebekler arasında annelerinin gebelik stresi yaşama durumuna göre anlamlı bir ilişki gösterilemedi. Bu sonucun annelerin stres kavramını yorumlamalarındaki farklılığa bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Radesky ve arkadaşlarının 2013'te yayınladıkları bir çalışmada bebeklerde durdurulamayan ağlamalar ile annede postpartum depresyon arasındaki ilişki Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Buna göre bebeklerde aşırı ağlama ile annelerinde postpartum depresyon görülmesi arasında güçlü bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir (82).

Bizim çalışmamızda annelerde postpartum depresyon ile İK arasında ilişki gösterilememiştir. Bunu, sadece psikiyatrist tarafından postpartum depresyon tanısı alan annelerin dahil edilmesine bağlamaktayız.

Çalışmamızda annelerin sık sık kabızlık, şişkinlik, gaz vb. bağırsak problemleri yaşamalarının İK ile anlamlı bir ilişkisinin bulunduğunu tespit ettik. Weerth ve arkadaşlarının kolik gelişiminde mikrobiyotanın rolünü araştırdıkları bir çalışmada annenin bağırsak mikrobiyotasının bebeğin mikrobiyotası ile benzerliği nedeniyle kolik gelişiminin nedeni olabileceği düşünülmektedir (83). Bunun yanında bu durumun bebekle anne arasındaki genetik benzerliğe bağlı olabileceği de düşünülmektedir (4). Fakat bu ilişkinin değerlendirildiği yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır.

5.5.ANNE BESLENMESİ İLE İNFANTİL KOLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamıza katılan emziren annelerin %33,6'sı yediği herhangi bir gıdadan sonra bebekte gaz sancısı ve aşırı ağlamasının olduğunu belirtmiştir. Bu gıdalar baklagiller, sebzeler, meyveler, süt ürünleri, proteinli gıdalar, paketli gıdalar, baharatlı gıdalar ve gazlı içecekler olarak gruplandırıldı. Annelerin yarısından fazlası gaz yapar endişesiyle emzirme döneminde bazı gıdaları diyetinden çıkardığını belirtti. İK tanılı bebeği olan annelerin diyetlerinde kısıtlama yapma oranlarını istatistiksel olarak anlamlı bulduk.

Hill ve arkadaşlarının anne sütü alan bebeklerde annenin hipoalerjenik diyetle beslenmesinin İK üzerine etkisini araştırdığı büyük bir randomize kontrollü çalışmada vaka grubundaki annelerin diyetinden 7 gün süreyle inek sütü, yumurta, fıstık, buğday, soya ve balık çıkarılmıştır. Hipoalerjenik diyet uygulayan annelerin bebeklerinin ağlama sürelerinde anlamlı oranda azalma görülmüştür (10). Eski bir çalışmada ise annenin diyetinden inek sütünün çıkarılmasının İK üzerine hiçbir etkisi olmadığı gösterilmiştir (84).

Aksoy Okan ve arkadaşlarının 30 kolikli ve 29 koliği olmayan infantla yürüttükleri prospektif bir çalışmada annelerin 1 haftalık tükettikleri besinler ve bebeklerin ağlama zamanları rapor edilmiştir. Annenin tükettiği gıdalar et ürünleri, süt ürünleri, sebze ve meyveler, tahıllar, baklagiller, yağlar ve şekerler olarak

gruplandırılmıştır. Kolikli bebeklerin anneleri anlamlı düzeyde daha az limon ve üzüm tüketmektedir. Ayrıca anne diyetindeki patates ve proteini yüksek gıdaların kolik için koruyucu olduğu gösterilmiştir. Bunun yanında muzun diyetten çıkarılmasının koligi azaltacağı da belirtilmiştir. Diğer besin grupları ile İK arasında bir ilişki gösterilememiştir (59). Eski bir kesitsel çalışmada ise turp, inek sütü ve soğan tüketiminin artmış İK riskiyle ilişkili olduğu, çikolata ve sarımsağın ise İK ile ilişkisiz olduğu saptanmıştır (85).

Iacovou ve arkadaşları 2018’de İK semptomları üzerine düşük fermente edilebilir, oligosakkarit, disakkaritler, monosakkaritler ve polioller (FODMAP) diyeti ile tipik avustralyan diyetini karşılaştırdıkları randomize çift kör bir çalışma yayınlamıştır. Buna göre düşük FODMAP diyeti (örn. Lahana, karnabahar, soğan vb.) uygulanan grupta kolikle ilişkili olarak ağlama süresinin azaldığı gösterilmiştir. Ayrıca koligi olmayan gruptaki 7 anneden 6’sının doğum sonrası gaz yapar düşüncesiyle diyetlerini değiştirdiklerini belirtmiştir (86). Bu sonuç bizim çalışmamızla uyumludur.

Kidd ve arkadaşlarının bebeklerin ağlamasında anne diyetinin rolünü araştırdıkları bir anket çalışmasında annelerin çoğu yedikleri gıdaların anne sütünü değiştirdiğine inanmaktaydı. Süt kafein, brokoli, lahana vb sebzeler, baharatlı yiyecekler, soğan, sarımsak annelerin deneme yanılma yoluyla bebeklerini rahatsız ettiğini keşfettikleri ve kestikleri gıdalardır (87).

Jeong ve arkadaşlarının Kore’de emziren annelerin uyguladığı besin kısıtlamalarını araştırdıkları çalışmaya bakıldığında annelerin yarıya yakını bazı gıdaları diyetinden çıkarmıştır. En sık kısıtladıkları gıdalar ise kafein, baharatlı yiyecekler, çiğ yiyecekler ve soğuk gıdalardır. Fakat bu gıdalarla bebekte ağlama semptomları arasında ilişki gösterilememiştir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde annenin diyetinden çıkardıkları gıda grupları ile İK arasında anlamlı bir ilişki gösterilemedi (8).

Mevcut kanıtlar İK’de emziren annelerin uyguladığı diyet değişikliklerinin semptomları azaltabileceğini göstermiştir. Bununla beraber diyetten çıkarılması önerilen gıdalar konusunda çelişkiler bulunmaktadır. Diyet değişiklikleri düşük riskli müdahaleler olduğundan ve yan etkisi bulunmadığından denemek isteyen annelere önerilebilir (12,59,88).

5.6.ANNELERİN VERİLERİ İLE YFÖ-30 ALT BOYUTLARININ TARTIŞILMASI

Çalışmaya dahil edilen 125 emziren annenin YFÖ toplam ölçek puanı 3,44 olarak hesaplanmış olup annelerin yeme farkındalıklarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (62). İK tanılı bebeği olan annelerin toplam ölçek puanı ve yeme kontrolü alt ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Bebeklerin aşırı ağlamaları anneleri psikolojik olarak yıpratmaktadır. Bu durumun kolikli bebekle ilgilenen annelerde yeme farkındalığının düşmesine sebep olduğunu düşünmekteyiz

Gebelikte yeme farkındalığı düzeyinin beslenme tercihlerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada yeme farkındalığının emosyonel faktörlerle yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir (89). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde gebelikte stres yaşadığını belirten annelerin düşünmeden yeme ve toplam ölçek puanının anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü. Buna karşın annenin postpartum depresyon geçirmesiyle ölçek alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Abbaspoor ve arkadaşları MEQ'in İran'daki geçerlilik güvenilirlik çalışmasını kilo vermek isteyen 150 kadın üzerinde yapmışlardır. Bu çalışmada kadınların VKİ arttıkça yeme farkındalığı ölçek puanlarının düştüğü gösterilmiştir (90). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de MEQ'in gebe kadınlardaki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise VKİ ile ölçek toplam puanı arasında bir ilişki gösterilememiştir (91). Bizim çalışmamızda annelerin kiloları ile ölçek toplam puanı arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Fakat annelerin VKİ ile ölçek toplam puanı arasında bir ilişki gösterilememiştir.

Çalışmamızda İK'li bebeği olan annelerin 'düşünmeden yeme' alt ölçek puanlarının anlamlı oranda daha düşük olduğunu tespit ettik. Kolikli bebeği olan annelerin ağlamayı tetikleyeceği endişesiyle yemeden önce daha ihtiyatlı davrandıklarını düşünmekteyiz.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.SONUÇLAR

Çalışmamızda 0-6 ay arası bebeklerde İK sıklığını %18,5 olarak hesapladık. Yaş dağılımına göre ilk 12 haftada İK sıklığının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bebeklerin verilerine bakıldığında İK tanısı konulan bebeklerin kardeşinde de kolik görülmesi anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Anne sütü alan bebeklerin bir günlük beslenme sıklıkları değerlendirildiğinde kolik tanılı bebeklerin daha sık emzirildiği saptanmıştır.

Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ile İK arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Kolikli bebeği olan annelerin VKİ daha yüksek bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlılık gösterilememiştir.

Gebeliklerinde herhangi bir hastalık geçiren annelerin bebeklerinde İK'nin daha sık görüldüğünü saptadık. Sık sık şişkinlik, gaz, karın ağrısı vb. bağırsak problemi yaşayan annelerin bebeklerinde kolik sıklığı da anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.

Gaz yapar düşüncesiyle bazı gıdaları diyetinden çıkaran annelerden kolikli bebeği olanların sayısı anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Kolikli bebeği olan annelerin diyetlerinden daha çok baklagil ve meyveleri çıkardıkları saptanmakla beraber diyetten çıkarılan besin grupları ile kolik arasında anlamlı bir ilişki gösterilemedi.

Çalışmaya katılan emziren annelerin YFÖ-30 toplam puanı açısından yeme farkındalıklarının yüksek olduğunu saptadık. İK'li bebeği olan annelerin toplam ölçek, yeme kontrolü ve düşünmeden yeme alt ölçek puanının kolikli bebeği olmayanlara göre daha düşük olduğu görüldü.

Annelerin kilosu ile YFÖ-30 toplam ölçek puanı arasında negatif bir korelasyon bulunmaktadır. Buna karşın VKİ ile toplam ölçek puanı arasında ilişki gösterilememiştir.

6.2.ÖNERİLER

İnfantil kolik bebeklerde ilk haftalarda sık görülen bir durumdur. Aşırı ağlama atakları sırasında ebeveynler bebeklerini sakinleştirmekte güçlük yaşamakta ve bu durum ailelerde strese ve yetersizlik duygusu hissetmelerine neden olmaktadır.

Prenatal dönemden itibaren bebeklerin rutin izlemleri biz aile hekimlerince büyük bir titizlikle yürütülmektedir. Bu izlemlere gelen her bebek İK açısından değerlendirilmeli ve aileler kolik yönünden sorgulanmalıdır. Birçok ailenin bu durumu doktora söylemek yerine çevrelerinden öğrendikleri yanlış bilgilerle yönetmeye çalışabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bunun yanında aşırı ağlamayla getirilen bebeklerde ise gereksiz tetkik ve tedavilerin önüne geçilmesi için ayırıcı tanıda İK akılda tutulmalıdır.

Hem bebeğin hem de annenin bu dönemi sağlıklı bir şekilde geçirebilmesi için bu durumun bebek büyüdükçe kendiliğinden geçeceği konusunda aileler rahatlatılmalı ve baş etme yöntemleri hakkında bilgilendirilmelidir. Kolikli bebeği olan ailelere eğer anne sütü alıyorsa emzirmenin kesilmemesi tavsiye edilmelidir.

Özellikle bağırsak problemi yaşayan annelerin bebeklerinde daha sık kolik görülmesinin ortak mikrobiyota kaynaklı olabileceğini dikkati çekmektedir. Ancak bu mikrobiyota ortaklığının aydınlatılması adına daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Ayrıca İK konusunda annelerin farkındalıklarını artırmak adına gebelik eğitimlerinde ve bebek bakımı hakkındaki bilgilendirmelerde İK'ye ve gıdaların kolik gelişimine etkisi açısından anne beslenmesine de değinilmelidir.

7.KAYNAKÇA

1. Newman JD. Neural circuits underlying crying and cry responding in mammals. *Behav Brain Res*. Eylül 2007;182(2):155-65.
2. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics*. Kasım 1954;14(5):421-35.
3. Lucassen PLBJ. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Arch Dis Child*. 01 Mayıs 2001;84(5):398-403.
4. Alagoz H, Ertekin V. Incidence, Risk Factors and Different Treatment Options of Infantile Colic in Eastern of Turkey. *J Contemp Med*. 2013;3(1):1.
5. Mai T, Fatheree NY, Gleason W, Liu Y, Rhoads JM. Infantile Colic. *Gastroenterol Clin North Am*. Aralık 2018;47(4):829-44.
6. 779500.pdf [İnternet]. [a.yer 21 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/779500>
7. 10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf [İnternet]. [a.yer 22 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf>
8. Jeong G, Park SW, Lee YK, Ko SY, Shin SM. Maternal food restrictions during breastfeeding. *Korean J Pediatr*. 2017;60(3):70.
9. Orhon Ş, Filiz F. İnfantil kolik tanımı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Ank Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecm*. 2016;69(3):159-66.
10. Hill DJ. Effect of a Low-Allergen Maternal Diet on Colic Among Breastfed Infants: A Randomized, Controlled Trial. *PEDIATRICS*. 01 Kasım 2005;116(5):e709-15.
11. Johnson JD, Cocker K. Infantile Colic: Recognition and Treatment. 2015;92(7):6.
12. Nocerino R, Pezzella V, Cosenza L, Amoroso A, Di Scala C, Amato F, vd. The Controversial Role of Food Allergy in Infantile Colic: Evidence and Clinical Management. *Nutrients*. 19 Mart 2015;7(3):2015-25.
13. Freedman SB, Al-Harthy N, Thull-Freedman J. The Crying Infant: Diagnostic Testing and Frequency of Serious Underlying Disease. *PEDIATRICS*. 01 Mart 2009;123(3):841-8.
14. Savino F, Cresi F, Castagno E, Silvestro L, Oggero R. A randomized double-blind placebo-controlled trial of a standardized extract of *Matricariae recutita*, *Foeniculum vulgare* and *Melissa officinalis* (ColiMil®) in the treatment of breastfed colicky infants. *Phytother Res*. Nisan 2005;19(4):335-40.
15. Miller-Loncar C, Bigsby R, High P, Wallach M, Lester B. Infant colic and feeding difficulties. *Arch Dis Child*. 01 Ekim 2004;89(10):908-12.
16. St James-Roberts I. Persistent infant crying. *Arch Dis Child*. 01 Mayıs 1991;66(5):653-5.
17. Wolke D, Bilgin A, Samara M. Systematic Review and Meta-Analysis: Fussing and Crying Durations and Prevalence of Colic in Infants. *J Pediatr*. Haziran 2017;185:55-61.e4.

18. Roberts DM, Ostapchuk M, O'Brien JG. Infantile Colic. *Am Fam Physician*. 15 Ağustos 2004;70(4):735-40.
19. Kinsley CH, Lambert KG. Pregnancy and motherhood change the structure of the female mammal's brain, making mothers attentive to their young and better at caring for them. 2006;8.
20. Fleming AS, Corter C, Stallings J, Steiner M. Testosterone and Prolactin Are Associated with Emotional Responses to Infant Cries in New Fathers. *Horm Behav*. Aralık 2002;42(4):399-413.
21. Savino F. Focus on infantile colic. *Acta Paediatr*. Eylül 2007;96(9):1259-64.
22. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Tamini J. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology*. Nisan 2006;130(5):1519-26.
23. Karabayır N, Gökçay G. New looking to the old problem: Infantile Colic. *Tuberculin Skin Test Child* [İnternet]. 2017 [a.yer 22 Temmuz 2020]; Erişim adresi: <https://www.journalagent.com/z4/vi.asp?pdire=cocuk&plng=eng&un=CD-83436&look4=>
24. Daelemans S, Peeters L, Hauser B, Vandenplas Y. Recent advances in understanding and managing infantile colic. *F1000Research*. 07 Eylül 2018;7:1426.
25. Sarasu JM, Narang M, Shah D. Infantile Colic: An Update. *Indian Pediatr*. Kasım 2018;55(11):979-87.
26. Talachian E, Bidari A, Rezaie MH. Incidence and risk factors for infantile colic in Iranian infants. *World J Gastroenterol*. 2008;14(29):4662.
27. Breath hydrogen SIBO interpretation_2054-2_2054.pdf [İnternet]. [a.yer 22 Temmuz 2020]. Erişim adresi: http://nordiclabs.fi/ProductPDF/Breath%20hydrogen%20SIBO%20interpretation_2054-2_2054.pdf
28. Alagoz H. Infantile colic: Etiology and treatment. *J Contemp Med*. 2013;3(1):1.
29. Gupta SK. Is colic a gastrointestinal disorder?: *Curr Opin Pediatr*. Ekim 2002;14(5):588-92.
30. Annese V, Bassotti G, Napolitano G, Usai P, Andriulli A, Vantrappen G. Gastrointestinal Motility Disorders in Patients with Inactive Crohn's Disease. *Scand J Gastroenterol*. Ocak 1997;32(11):1107-17.
31. Shenassa ED. Maternal Smoking and Infantile Gastrointestinal Dysregulation: The Case of Colic. *PEDIATRICS*. 01 Ekim 2004;114(4):e497-505.
32. Savino F, Cordisco L, Tarasco V, Calabrese R, Palumeri E, Matteuzzi D. Molecular identification of coliform bacteria from colicky breastfed infants. *Acta Paediatr*. Ekim 2009;98(10):1582-8.
33. Heine RG, Jordan B, Lubitz L, Meehan M, Catto-Smith AG. Clinical predictors of pathological gastro-oesophageal reflux in infants with persistent distress. *J Paediatr Child Health*. Mart 2006;42(3):134-9.
34. Jordan B, Heine RG, Meehan M, Catto-Smith AG, Lubitz L. Effect of antireflux medication, placebo and infant mental health intervention on persistent crying: A randomized clinical trial. *J Paediatr Child Health*. Ocak 2006;42(1-2):49-58.

35. Kanabar D, Randhawa M, Clayton P. Improvement of symptoms in infant colic following reduction of lactose load with lactase. *J Hum Nutr Diet*. Ekim 2001;14(5):359-63.
36. Camilleri M, Park S-Y, Scarpato E, Staiano A. Exploring hypotheses and rationale for causes of infantile colic. *Neurogastroenterol Motil*. Şubat 2017;29(2):e12943.
37. Yalçın SS, Örün E, Mutlu B, Madendağ Y, Sinici İ, Dursun A, vd. Why are they having infant colic? A nested case-control study: Infant colic. *Paediatr Perinat Epidemiol*. Kasım 2010;24(6):584-96.
38. Örün E, Yalçın SS, Mutlu B. Relations of maternal psychopathologies, social-obstetrical factors and mother-infant bonding at 2-month postpartum: a sample of Turkish mothers. *World J Pediatr*. Kasım 2013;9(4):350-5.
39. Akman I. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Arch Dis Child*. 01 Mayıs 2006;91(5):417-9.
40. Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. 1993;307:5.
41. İnfantil kolik: Klinik özellikler ve tanı - UpToDate [İnternet]. [a.yer 22 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/infantile-colic-clinical-features-and-diagnosis>
42. Akhnikh S, Engelberts AC, van Sleuwen BE, L'Hoir MP, Benninga MA. The Excessively Crying Infant: Etiology and Treatment. *Pediatr Ann*. 01 Nisan 2014;43(4):e69-75.
43. Halpern R, Coelho R. Excessive crying in infants. *J Pediatr (Rio J)*. Mayıs 2016;92(3):S40-5.
44. Savino F, Ceratto S, De Marco A, Cordero di Montezemolo L. Looking for new treatments of Infantile Colic. *Ital J Pediatr*. Aralık 2014;40(1):53.
45. Karabel M, Karabel D, Tayman C, Tonbul A, Tatli MM. İNFANTİL KOLİKTE RİSK FAKTÖRLERİNİN VE FARMAKOLOJİK TEDAVİ YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ. *Turk J Pediatr Dis*. 2010;4(1):6.
46. Drug and Therapeutics Bulletin. Management of infantile colic. *BMJ*. 10 Temmuz 2013;347(jul10 3):f4102-f4102.
47. Iacovou M, Ralston RA, Muir J, Walker KZ, Truby H. Dietary Management of Infantile Colic: A Systematic Review. *Matern Child Health J*. Ağustos 2012;16(6):1319-31.
48. Chau K, Lau E, Greenberg S, Jacobson S, Yazdani-Brojeni P, Verma N, vd. Probiotics for Infantile Colic: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial Investigating *Lactobacillus reuteri* DSM 17938. *J Pediatr*. Ocak 2015;166(1):74-78.e1.
49. Schreck Bird A, Gregory PJ, Jalloh MA, Risoldi Cochrane Z, Hein DJ. Probiotics for the Treatment of Infantile Colic: A Systematic Review. *J Pharm Pract*. Haziran 2017;30(3):366-74.
50. Sung V, Hiscock H, Tang MLK, Mensah FK, Nation ML, Satzke C, vd. Treating infant colic with the probiotic *Lactobacillus reuteri*: double blind, placebo controlled randomised trial. *BMJ*. 01 Nisan 2014;348(apr01 2):g2107-g2107.
51. İnfantil Kolik. Nalan KARABAYIR *, Fatma OĞUZ ** - PDF Ücretsiz indirin [İnternet]. [a.yer 22 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/14865947-Infantil-kolik-nalan-karabayir-fatma-oguz.html>

52. Çiftçi EK, Arikan D. Methods Used to Eliminate Colic in Infants in the Eastern Parts of Turkey. *Public Health Nurs.* Kasım 2007;24(6):503-10.
53. Kural B, Gökçay G. ANNE-BEBEK İKİLİSİNİN BİRLİKTE UYUMASI VE ANNE SÜTÜ İLE BESLENME. 2018;81(2):5.
54. Selimoglu MA. Importance of lactating mother nutrition regarding both mother and baby health. *Türk Pediatri Arş.* 01 Eylül 2013;48(3):183-7.
55. Fasano A. Another reason to favor exclusive breastfeeding: microbiome resilience. *J Pediatr (Rio J).* Mayıs 2018;94(3):224-5.
56. Bezirtzoglou E, Tsiotsias A, Welling GW. Microbiota profile in feces of breast- and formula-fed newborns by using fluorescence in situ hybridization (FISH). *Anaerobe.* Aralık 2011;17(6):478-82.
57. Cohen Engler A, Hadash A, Shehadeh N, Pillar G. Breastfeeding may improve nocturnal sleep and reduce infantile colic: Potential role of breast milk melatonin. *Eur J Pediatr.* Nisan 2012;171(4):729-32.
58. Sampey BP, Vanhoose AM, Winfield HM, Freemerman AJ, Muehlbauer MJ, Fueger PT, vd. Cafeteria Diet Is a Robust Model of Human Metabolic Syndrome With Liver and Adipose Inflammation: Comparison to High-Fat Diet. *Obesity.* Haziran 2011;19(6):1109-17.
59. Aksoy Okan M, Gunduz M, Okur M, Akgun C, Esin K. Does maternal diet affect infantile colic? *J Matern Fetal Neonatal Med.* Ekim 2016;29(19):3139-41.
60. Savino F, Tarasco V, Sorrenti M, Lingua C, Moja L, Gordon M, vd. Dietary modifications for infantile colic. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, editör. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 15 Mart 2014 [a.yer 22 Temmuz 2020]; Erişim adresi: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011029>
61. Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Benitez D. Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. *J Am Diet Assoc.* Ağustos 2009;109(8):1439-44.
62. Kose G, Tayfur M, Birincioglu I, Donmez A. Adaptation Study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) into Turkish. *J Cogn-Behav Psychother Res.* 2017;1.
63. Garg P. Infantile colic — Unfolded. *Indian J Pediatr.* Ekim 2004;71(10):903-6.
64. Garg P. Prevalence of infantile colic at a secondary level hospital. *Indian J Pediatr.* Kasım 2004;71(11):1039-1039.
65. Wal MF van der, Boom DC van den, Pauw-Plomp H, Jonge GA de. Mothers' reports of infant crying and soothing in a multicultural population. *Arch Dis Child.* 01 Ekim 1998;79(4):312-7.
66. Milidou I, Søndergaard C, Jensen MS, Olsen J, Henriksen TB. Gestational Age, Small for Gestational Age, and Infantile Colic: Gestational age, small for gesttional age, and infantile colic. *Paediatr Perinat Epidemiol.* Mart 2014;28(2):138-45.
67. Crowcroft NS, Strachan DP. The social origins of infantile colic: questionnaire study covering 76,747 infants. *BMJ.* 03 Mayıs 1997;314(7090):1325-8.
68. Goldman M, Beaumont T. A real world evaluation of a treatment for infant colic based on the experience and perceptions of 4004 parents. *Br J Nurs.* 2017;26(5):8.

69. Canivet C, Hagander B, Jakobsson I, Lanke J. Infantile colic—less common than previously estimated? *Acta Paediatr. Nisan* 1996;85(4):454-8.
70. Saavedra MAL, Costa JSD da, Garcias G, Horta BL, Tomasi E, Mendonça R. Infantile colic incidence and associated risk factors: a cohort study. *J Pediatr (Rio J)*. 15 Mart 2003;79(2):115-22.
71. Steer CD, Emond AM, Golding J, Sandhu B. The variation in stool patterns from 1 to 42 months: a population-based observational study. *Arch Dis Child*. 01 Mart 2009;94(3):231-3.
72. Landgren K, Kvorning N, Hallström I. Feeding, stooling and sleeping patterns in infants with colic - a randomized controlled trial of minimal acupuncture. *BMC Complement Altern Med*. Aralık 2011;11(1):93.
73. Tunc VT, Camurdan AD, İlhan MN, Sahin F, Beyazova U. Factors associated with defecation patterns in 0–24-month-old children. *Eur J Pediatr*. Aralık 2008;167(12):1357-62.
74. Alvarez M. Caregiving and Early Infant Crying in a Danish Community: *J Dev Behav Pediatr*. Nisan 2004;25(2):91-8.
75. Howard CR, Lanphear N, Lanphear BP, Eberly S, Lawrence RA. Parental Responses to Infant Crying and Colic: The Effect on Breastfeeding Duration. *Breastfeed Med*. Eylül 2006;1(3):146-55.
76. Sondergaard C. Fetal growth and infantile colic. *Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed*. 01 Temmuz 2000;83(1):44F - 47.
77. Kaymaz N, Yıldırım Ş, Topaloğlu N, Gencer M, Binnetoğlu FK, Tekin M, vd. Prenatal maternal risk factors for infantile colic: Nazan Kaymaz and colleagues examine factors that can arise before and during pregnancy that can lead to extreme crying and irritability in newborns. *Nurs Child Young People*. 11 Aralık 2015;27(10):32-8.
78. Rao MR. Long term cognitive development in children with prolonged crying. *Arch Dis Child*. 01 Kasım 2004;89(11):989-92.
79. Räihä H, Lehtonen L, Huhtala V, Saleva K, Korvenranta H. Excessively crying infant in the family: mother-infant, father-infant and mother-father interaction. *Child Care Health Dev*. Eylül 2002;28(5):419-29.
80. Leppälehto E, Pärtty A, Kalliomäki M, Löyttyniemi E, Isolauri E, Rautava S. Maternal Intrapartum Antibiotic Administration and Infantile Colic: Is there a Connection? *Neonatology*. 2018;114(3):226-9.
81. St James-Roberts I, Conroy S. Do pregnancy and childbirth adversities predict infant crying and colic? Findings and recommendations. *Neurosci Biobehav Rev*. Nisan 2005;29(2):313-20.
82. Radesky JS, Zuckerman B, Silverstein M, Rivara FP, Barr M, Taylor JA, vd. Inconsolable Infant Crying and Maternal Postpartum Depressive Symptoms. *PEDIATRICS*. 01 Haziran 2013;131(6):e1857-64.
83. Weerth C de, Fuentes S, Vos WM de. Crying in infants. *Gut Microbes*. 28 Eylül 2013;4(5):416-21.
84. Evans RW, Allardyce RA, Fergusson DM, Taylor B. MATERNAL DIET AND INFANTILE COLIC IN BREAST-FED INFANTS. *The Lancet*. Haziran 1981;317(8234):1340-2.

85. Lust KD, Brown J, Thomas W. Maternal Intake of Cruciferous Vegetables and Other Foods and Colic Symptoms in Exclusively Breast-Fed Infants. *J Am Diet Assoc*. 01 Ocak 1996;96(1):46-8.
86. Iacovou M, Craig SS, Yelland GW, Barrett JS, Gibson PR, Muir JG. Randomised clinical trial: reducing the intake of dietary FODMAPs of breastfeeding mothers is associated with a greater improvement of the symptoms of infantile colic than for a typical diet. *Aliment Pharmacol Ther*. Kasım 2018;48(10):1061-73.
87. Kidd M, Hnatiuk M, Mb JB, Woolgar M-J, Dds MPM. “Something is wrong with your milk”. :8.
88. Critch J. Infantile colic: Is there a role for dietary interventions? 2011;16(1):3.
89. Hutchinson AD, Charters M, Prichard I, Fletcher C, Wilson C. Understanding maternal dietary choices during pregnancy: The role of social norms and mindful eating. *Appetite*. Mayıs 2017;112:227-34.
90. Abbaspoor Z, Javadifar N, Miryan M, Abedi P. Psychometric properties of the Iranian version of mindful eating questionnaire in women who seeking weight reduction. *J Eat Disord*. Aralık 2018;6(1):33.
91. Apolzan JW, Myers CA, Cowley AD, Brady H, Hsia DS, Stewart TM, vd. Examination of the reliability and validity of the Mindful Eating Questionnaire in pregnant women. *Appetite*. Mayıs 2016;100:142-51.

8.EKLER

EK.1. Tez Anket Formu

1. Bebeğinizin yaşı(ay):
2. Bebeğinizin Cinsiyeti:
 - a) Kız
 - b) Erkek
3. Bebeğinizin Doğum Kilosu?(gr)
4. Bebeğinizin doğum haftası nedir?
 - a) ≤ 37 hafta
 - b) 38-40 hafta
 - c) $41 \leq$ hafta
5. Bebeğinizin ayda 3 haftadan fazla, haftada 3 günden fazla, günde 3 saati bulan özellikle akşam saatlerinde aşırı ağlama nöbetleri oluyor mu?
 - a) Evet
 - b) Hayır
6. Bebeğiniz Ailenin Kaçınıcı Çocuğu?.....
7. Başka çocuğunuz var mı?
 - a) Evet(sayısı.....)
 - b) Hayır(10.soruya geçiniz.)
8. Diğer çocuklarınızda infantil kolik tanısı alan var mıydı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
9. Bebeğinizin Bilinen Hastalığı Var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır (11.Soruya geçiniz)
10. Bebeğinizin tanıları nelerdir?

- a) ..
- b) ..

11. Bebeğinizin sürekli kullandığı ilacı var mı?

- a) Evet(.....)
- b) Hayır

12. Bebeğiniz nasıl besleniyor?

- a) Anne sütü
- b) Formül süt (.....)
- c) Ek gıda.

13. Bebeğinizin günlük dışkılama sayısı nedir?...

Ebeveynler ile ilgili bölüm

14. Yaşınız ? (.....)

15. Kilonuz? (.....)

16. Boyunuz?(.....)

17. BKİ(.....)

18. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-Yazar Değil

b)okuryazar

c)İlköğretim

d)Lise

e) Üniversite ve +

19. Sigara kullanıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

20. Alkol kullanıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

21. Babanın yaşı? (.....)

22. Babanın Kilosu? (.....)

23. Babanın Boyu? (.....)

24. Babanın BKİ(.....)

25. Babanın eğitim durumu nedir?

a) Okur-Yazar Değil

- b)okuryazar
- c)İlköğretim
- d)Lise
- e) Üniversite ve +

26. Baba sigara kullanıyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

27. Baba alkol kullanıyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

28. Evde sigara içiliyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

29. Bilinen bir hastalığınız var mı?

- a) Evet (.....)
- b) Hayır

30. Sürekli kullandığınız ilacınız var mı?

- a) Evet(.....)
- b) Hayır

31. Sık sık kabızlık, şişkinlik gibi bağırsak problemi yaşar mısınız?

- a) Evet
- b) Hayır

32. Gebelikte herhangi bir hastalık geçirdiniz mi?

- a) Evet (.....)
- b) Hayır

33. Gebelikte herhangi bir ilaç kullandınız mı?

- a) Evet (.....)
- b) Hayır

34. Gebeliğinizde stres yaşadınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

35. Gebelik döneminde beslenme alışkanlıklarınızda herhangi bir değişiklik oldu mu? Olduysa diyetinizden çıkardığınız besinler nelerdir?

- a) Evet(.....)
- b) Hayır

36. Lohusalık döneminde depresyon geçirdiniz mi?

- a) Evet
- b) Hayır

37. Yediğiniz herhangi bir gıdadan sonra bebekte ağlama atakları tetikleniyor mu? (en az 2 kez denenmiş olmalı)

- a) Evet(.....)
b) Hayır

38. Bebeğinizde gaz yapar düşüncesi ile bazı gıdaları yemeyi bıraktığınız oldu mu?

- a)Evet
b)Hayır

39. Cevabınız “Evet” ise, hangi gıdaları yemeyi bıraktınız?

.....
.....

40. Bu gıdaları yemeyi bırakmanızın herhangi bir etkisi oldu mu?

- a)Evet
b)Hayır

Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız.(Emziren anneler için)

41. Bebeğinizi günde kaç kere emzirmektesiniz?(.....)

YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

Değerli katılımcı, bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir.

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

1	2	3	4	5
Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman

		1	2	3	4	5
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2.	Ana öğünümü ekmezsiz yiyemem.					
3.	Lokmalarımı çiğnmeden yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doyduğumu fark edemem.					
5.	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					

12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14.	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16.	Sık sık diyet yaparım.					
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18.	Öğün saatlerim bellidir.					
19.	Yemek yerken çatal yerine kaşık kullanırım.					
20.	Bir öğünde daha fazla yiyemeyecek hale gelene kadar yerim.					
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.					
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23.	Canım sıkılınca yerim.					
24.	Sağlıklı beslenirim.					
25.	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26.	Yediğimi fark etmeden atıştırım.					
27.	Küçük lokmalarla yerim.					
28.	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29.	Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30.	Mutlu olmak için çikolata yerim.					

EK.2.Etik Kurul Onayı

Tarih : 25.02.2020

Onay No : 2694



EK 3: Özgeçmiş

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Büşra Yazla

Doğum Yeri ve Tarihi: Ordu, 24.10.1992

Uyruğu: Türk

Medeni Durumu: Evli

İletişim Adresi: Kocatepe mahallesi, ellinciyl caddesi,23-1,Bayrampaşa-İstanbul

Telefon: 05395786417

Yabancı Dili: İngilizce

II. Eğitim Bilgileri (Tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi 2010-2016

Rize Fen Lisesi 2006-2010

TOBB İlköğretim Okulu 1998-2006,

III. Mesleki Deneyim

Rize Merkez Toplum Sağlığı Merkezi 2016-2017

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi 2017-2018

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal SUAM 2018-

IV. Bilimsel İlgi Alanları

Yayınları: (Ulusal ya da uluslararası makale, bildiri, poster, kitap/kitap bölümü vb.)

-Aile Hekimliği Asistanlarının Kuduz Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi(Sözlü Bildiri,17.ulusal Aile Hekimliği Kongresi,2018)

-

-Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu-Şişli Hamidiye Etfal Örneği(Sözlü Bildiri,4.Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Aile Hekimliği Kongresi,2019)

V. Diğer Bilgiler

- Sigara Bıraktırma Sertifikası

-Kupa Uygulama Sertifikası



