

Original Article / Orijinal Araştırma

Türkiye'nin Doğusunda İnfantil Kolik İnsidansı, Etyolojisindeki Risk Faktörleri Ve Farklı Tedavi Seçeneklerinin Tespiti
Incidence, Risk Factors and Different Treatment Options of Infantile Colic in Eastern of Turkey

Hilal ALAGÖZ¹, Vildan ERTEKİN²

ÖZET

İnfantil kolik sağlıklı ve gelişimi normal olan bebeklerde durdurulamayan ağlama atakları ile karakterize huzursuzluk ve/veya ağlamadır. İnfantil kolik olan bebekler genellikle akşam veya gece saatlerinde ağlamaktadır ve bebeğin uzun süren ağlamaları kolaylıkla yatıştırılmamaktadır. İnfantil kolik görülme sıklığı toplumlara göre değişmekle beraber % 10 -40 arasında bildirilmektedir. Kesin sebebi henüz tam anlaşılamamış olan bir durum olması nedeniyle birçok risk faktörü araştırılmış, ancak ortak ve kesin bir risk faktörü tespit edilememiştir.

Bu çalışmada Erzurum il merkezinde yaşayan 3 hafta-3 ay arası infantlarda infantal kolik prevalansı, risk faktörleri ve tedavi seçeneklerinin araştırılması planlandı. Ailelerden geniş kapsamlı anket soruları ile (doğum kilosu, annenin doğumda aldığı kilo, doğum öyküsü, beslenme şekli, günlük emme sayı ve süresi, ağlama zamanı, kardeş ve/veya akrabalarda infantal kolik hikâyesi, bağırsak alışkanlıkları, kardeş sayısı, annenin yaşı, eğitim durumu, evlilik süresi, eşi ile akrabalık durumu, gebelikte ve sonrasında geçirdiği hastalıklar ve kullandığı ilaçlar, bağırsak problemi olması, diyetinden çıkardığı gıdalar, evde sigara kullanımının olması vs) bilgi alındı.

İnfantil kolik prevalansı % 19,9 bulundu. Anne yaşı, eğitim durumu, gebelikte alınan kilo, bağırsak problemi, bebeğin ağlama zamanı, gaita sayısı ve evde sigara içilmesi infantal kolik için risk faktörleri olarak saptandı. Sonuç olarak infantal kolik yönetiminde ailelerin infantal kolik hakkında daha fazla bilgilendirilmesi ve sigara gibi engellenebilir risk faktörlerinin uzaklaştırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: İnfantil kolik, risk faktörü, tedavi

ABSTRACT

Infantile colic is characterized by excessive crying with irritability which seen in healthy and normally growth infants. Infants with infantile colic usually cry at evening or night and there is minimal response to attempts at soothing. The prevalence of infantile colic is changeable according to population ranges from 10-40% of infants. The etiology of infantile colic remains unclear. Many risk factors assessed but no one is certain.

This study aimed to investigate prevalence of infantile colic, etiological risk factors and its treatment methods in the center of Erzurum. Data collected from parents with a comprehensive questionnaire (birth weight, birth history, gained weight during pregnancy, feeding type, daily breastfeeding frequency and duration, time of crying, infantile colic history in siblings and/or relatives, bowel habits, number of siblings, mother's age, education level, marriage duration, relationship between mother and father, having disease or drugs used during and/or after pregnancy, intestinal problems of the infant, foods excluded from the diet, smoking at home).

Prevalence of infantile colic was 19.9 %. Mother's age, education level, gained weight during pregnancy, having gastrointestinal problems, infant's time of crying in day, frequency of stool, frequency of breastfeeding and second hand smoking were found as risk factors. As a conclusion informing parents and avoiding smoking can be advised as preventable risk factors.

Key words: Infantile colic, risk factor, treatment

¹ Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Erzurum, Türkiye

² İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji ve Hepatoloji BD, İstanbul Türkiye

Corresponding Author:
Uzm.Dr. Hilal ALAGÖZ

Şeyhçui Mh. Amasya Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi 05100 Merkez-Amasya Türkiye

Email:
dr.hilalce@hotmail.com

Başvuru Tarihi/Received :
27-03-2013

Kabul Tarihi/Accepted:
03-04-2013

Giriş

İnfanıl kolik ilk 3 aylık dönemdeki bebeklerde görülen ve bazen 6. aylarına kadar devam edebilen, genellikle akşam saatlerinde ortaya çıkan, sebebi olmaksızın durdurulamayan ağlamanın ön planda olduğu bir durumdur (1). Farklı tanımlamalar olsa da en çok kullanılan “Wessel’in 3’ler kuralı” ’dır. Buna göre başlangıcı ilk haftalarda olan, günde 3 saatten fazla, haftada 3 günden fazla olan ve en az 3 haftadır devam eden, genellikle öğleden sonra ve/veya akşam saatlerinde ortaya çıkan, açıklanamayan ve kontrol edilemeyen ağlama nöbetleri “İnfanıl Kolik” olarak tanımlanmaktadır (2). İnfantil kolik görülme sıklığı kaynaklarda %10-40 olarak verilmektedir. 4-6. aylarda kendiliğinden kaybolan bir durum olsa da her hangi bir hastalık olmaksızın bebeğin sürekli ağlaması, bu ağlamanın kolaylıkla durdurulamaması ebeveynlerde hem yetersizlik duygusu oluşturmakta, hem de anksiyeteyi artırarak aile içi iletişimi bozabilmektedir (3). Ayrıca yapılan bazı çalışmalarda tedavi edilmeyen kolikli bebeklerde ileri dönemlerinde uyku, yeme ve davranış bozukluklarının daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. (3). İnfantil kolik etyolojisi henüz tam aydınlatılamamış olması nedeniyle gastrointestinal dismotilite, pikososyal faktörler ve immatür merkezi sinir sistem teorileri üzerinde durulmaktadır (3). İnfantil kolik oluşumunda çok fazla risk faktörü ortaya atılmıştır. Farklı çalışmalarda farklı risk faktörleri anlamlılık kazansa da kesin bir risk faktörü belirlenememiştir (1). İnfantil kolik kesin nedeni bilinemediğinden ve çok fazla risk faktöründen bahsedilmesi nedeniyle semptomların giderilmesi için zaman içinde birçok tedavi seçeneği öne sürülmüştür. Hepsisi davranışsal tedavi, ilaç tedavisi ve diğer tedaviler başlıkları altında toplanmaktadır. Uygun tedavinin verilmesi için de detaylı anamnez almak ve fizik muayene yapmak gerekmektedir (1).

MATERYAL VE METOD

Çalışma Aralık 2009-Haziran 2010 tarihleri arasında Erzurum’da doğan, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk polikliniklerine başvuran ve Erzurum merkez Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı olup kontrollere gelen 3 hafta-3 ay arası sağlıklı 382 bebeğin anneleri ile yapılmıştır. Çalışma

annelerle yüz yüze tarafımızdan hazırlanan anket soruları yöneltilerek yapıldı. Her anne, baba ve bebekle ilgili ayrıntılı anket formu dolduruldu. Bebekler aynı klinisyen tarafından muayene edildi. Çalışmaya erken doğan, eşlik eden kronik hastalığı, konjenital anomalisi, perinatal asfiksi anamnezi ve/veya asfiksi sekeli olan bebeklerin anneleri alınmadı. Bebeklerin ağlama süreleri anneler tarafından belirtildi. Wessel’in 3’ler kuralına göre en az 3 haftadır devam eden, günde en az 3 saat ve haftada en az 3 gün ağlayan bebekler infanıl kolik tanısı aldı (2). Kriterlere uyan bebekler hasta grubu kalanlar ise kontrol grubu olarak alındı.

ÇALIŞMANIN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRMESİ

Çalışmanın istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows 11.0 ve 15.0 paket programlarında yapıldı. Uygun veriler yüzde, bağımsız t-testi, ki-kare ve lojistik regresyon testleri kullanılarak değerlendirildi. $p \leq 0.05$ olarak bulunan sonuçlar anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

382 sağlıklı bebek ve anneleri değerlendirmeye alındı. 76’sında infanıl kolik (% 19.9) tespit edildi. İnfantil kolik olan grup ile kontrol grubu arasında yaş; cinsiyet; doğum kilosu ve anamnezi; beslenme şekli; emme sayı ve sıklığı; ilaç kullanımı; kaçınıcı çocuk olduğu; kardeş ve/veya akrabalarda da kolik hikâyesinin olması; bakan kişinin kim olduğu; annenin çalışma durumu, gebelikte geçirdiği hastalıkların, kullandığı ilaçların, bulantı, kusma veya uyku probleminin olması, stres yaşayıp yaşamadığı, sigara kullanması, diyetten gıda çıkarması; babanın yaş ve eğitim düzeyi; ebeveynlerin evlilik süresi, akrabalık ve sosyoekonomik durumu açısından fark yoktu. Anne yaşının küçük (20-24yıl)($p=0.025$) ve eğitim düzeyinin düşük olması ($p=0.031$) infanıl kolik için risk faktörü olarak bulundu. Annenin gebelik öncesi, sonrası veya gebelikte barsak problemleri (kabızlık, ishal, şişkinlik vb) yaşayan anne sayısı yine infanıl kolik olan grupta yüksekti ($p=0.049$). Bununla birlikte infanıl kolik olan bebeklerin günlük ortalama defekasyon sayısı kontrol grubuna göre fazla idi (3.43 ± 1.7 , 2.99 ± 1.5 , $p=0.046$). Bebeklerin beslenmelerine bakıldığında sadece emme sayıları arasında fark vardı. infanıl kolikli bebeklerin günlük ortalama emme sayısı daha

fazla idi ($p < 0.05$). İnfantil kolikli bebeği olan annelerin gebelik süresince aldıkları toplam kilo ortalamasının kontrol grubundaki annelere göre daha düşük olduğu tespit edildi (10 ± 4.8 , 12 ± 5.7 , $p < 0.05$). Annenin sigara kullanması bazı yayınlarda risk faktörü sayılsa da çalışmamızda bebek ile aynı evi paylaşan herhangi birinin sigara kullanması infantil kolik ortaya çıkması için yeterliydi ($p = 0.011$). Annelerin bebeklerin ağlaması azaltmak için en çok davranışsal tedavileri kullandığı görüldü.

TARTIŞMA

İnfantil kolik 0-3 aylık bebeklerde görülen, genellikle akşamları ortaya çıkan durdurulamayan ağlama atakları ile karakterize bir durumdur (2). İnfantil kolikğin değerlendirilmesi yapılırken birçok tanı kriterleri kullanılsa da Wessel ve ark.'nın 1954'te yayınladığı 3'ler kuralı en çok tercih edilen tanı kriteridir (2). Buna gören az 3 haftadır devam eden, günde en az 3 saat ve haftada en az 3 gün süren ağlama ataklarının olması ile tanı konulmaktadır.

Biz çalışmamızda infantil kolik prevalansını % 19.9 olarak tespit ettik. Bu oran çoğu çalışma ile benzerdi (4,5,6). Çalışmaya alınan bebeklerin % 44.2'si kız ve % 55.8'i erkekti. Gruplar karşılaştırıldığında diğer çalışmalarda olduğu gibi aradaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildi (4,6,7,9,10,11). Sadece bir çalışma erkek çocuklarının daha fazla ağladığını ifade etmekteydi (5). Çalışmamızda infantil kolik görülme sıklığı ile bebeklerin gün olarak yaşları arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Bebeklerin ağlamalarının 6. haftada pik yapıp (2,4,10,12) 12. haftada %50 azaldığını (10) ve bebeklerde nörogelişimsel değişikliklerin 6. hafta civarında olduğunu (13) ifade eden yayınlarda vardır. Barr ve ark.'nın yaptığı çalışmada prematürelerin 40. haftadan sonra daha fazla ağlamaya başladığını ve düzeltilmiş yaşlarına göre 6. haftada ağlamalarının pik yaptığı tespit edilmiştir (14). Bununla birlikte birçok toplumda yapılan çalışmalarda ağlama süresi ve pik zamanı açısından benzer sonuçlar elde edilmesi ve ağlamayı durdurmak için yapılanların işe yaramaması nedeniyle infantil kolikte görülen ağlamanın fazlalığı normalin varyantı olarak değerlendiren çalışmalar da yayınlanmıştır (15). Ancak 6. hafta civarında ağlamanın pik yapması nedeniyle 2 aylık bebeklerde infantil kolikğin daha sık

görülüğünü ifade eden ve bu düşüncüyü destekleyen yayınlarda mevcuttur (1).

Bebeklerin doğum kiloları ile infantil kolik arasındaki ilişkiye bakıldığında diğer çalışmalar gibi anlamlı bir farklılık tespit edilmedi (3,4,6,8). Biz prematüre bebekleri değerlendirmeye almadık ancak prematürelerinde katıldığı bir çalışmada düşük doğum kilosu risk faktörü olarak tespit edildiği görüldü (16). Bununla birlikte Crowcroft ve ark.'nın 76 binin üzerindeki bebeğin katılımıyla yaptıkları çalışmada infantil kolikği olan bebeklerin doğum kilolarının daha fazla olduğunu ve daha fazla kilo aldıklarını tespit etmişlerdir (11). Bununla birlikte bu bulguyu destekleyen başka bir çalışma bulunamadı. Bebeklerin doğum hikâyeleri ve doğum yolları risk faktörü açısından sorgulandığında gruplar arasında bir fark yoktu. Bazı yayınlarda sezaryen ile doğumun infantil kolik riskini hafif arttırdığını ifade etse de istatistiksel olarak anlamlı veriler elde edilmemiştir (19). Doğumlarda problem yaşayan veya doğumunun travmatik olduğunu düşünen annelerin bebeklerinde infantil kolik görülme riskinin daha fazla olduğu belirtilen yayınlarda (15,19) olsa da çalışmamızdaki bebeklerin doğum travması sorgulandığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi. Bebeklerin beslenmesine bakıldığında % 96.8 anne sütü almaktaydı. % 78'i sadece anne sütü alıyordu. Sadece mama alanlar ise % 2.5 idi. Gruplar arasında ise anlamlı bir farklılık yoktu. Rubin ve ark.'nın yazdığı gibi bazı eski çalışmalar anne sütü ile beslenen bebeklerde infantil kolik görülme oranının daha fazla olduğu (6,20,11), başka çalışmalarda ise anne sütünün koruyucu olduğu (4) belirtilmiştir. Ancak bunların sayısı fazla değildir. Çoğu çalışma ise elde ettiğimiz sonuçlarla aynı doğrultudadır (2,6,8,9,17,19,21). Anne sütü alan bebeklerin emme sayısı ve süreleri değerlendirildiğinde emme sayıları arasında anlamlı bir farklılık mevcuttu. İnfantil kolikği olan bebeklerin günlük emme sayısı ortalaması 7 ve üzerindedir. Barr ve ark.'nın daha sık beslemenin infantil kolikten koruduğu yönünde bulguları mevcut olsa da (12) İllingworth (8) ve Alvarez (10) çalışmalarında da gruplar arasında anlamlı farklılıklar olmadığını yayınlamışlardır. Bir yayında bebeklerin ilk 20 dakikada alacağı süt miktarının %90'ını aldığını için bu süre üzerinde emen bebeklerin gaz şikâyetlerinin daha

fazla olabileceği ifade edilirken yöremizde yapılan bir çalışmada 21 dakika ve daha fazla annesini emen bebeklerde infantil koliğin daha çok görüldüğü tespit edildiği görüldü (1). Uzun süre emziren annelerin emzirme tekniğini yanlış uygulamış olabilecekleri düşünülmüştür.

Bebeklerin ağlama zamanı gün içinde farklılıklar göstermekle beraber daha çok akşam ve gece olmaktadır. Normal bebeklerin de daha ziyade akşam saatlerinde ağladığı bilinmekle beraber, infantil koliği olan bebeklerin akşam saatlerine doğru ve gece daha fazla ağladığı, gündüz saatlerinde de ağlayanların ağlama şiddetinin akşam ve/veya gece saatlerinde daha da fazlaştığı tespit edilmiştir (2,3,8,9,22,23). Çalışmamızda infantil koliği olan bebeklerin gün içinde daha çok akşam saatlerinde ağladığı tespit edildi ($p<0.05$).

Çalışmaya alınan bebeklerin ilaç (demir, D vitamini, antikoik) kullanım durumlarının infantil kolik oluşumunda etkili olmadığı tespit edildi.

İnfantil koliği olan bebeklerin 25'inin (% 56.8), infantil koliği olmayan bebeklerin 117'sinin (% 63.2) en az bir kardeşinde infantil kolik hikayesi mevcuttu. Bu oran farkı anlamlı değildi. Bebeğin akrabalarında infantil kolik hikâyesinin olması kolik olma olasılığı açısından anlamlı değildi. Her iki durum göz önüne alındığında genetik yatkınlığın infantil koliğin ortaya çıkmasında çok etkili olmadığı söylenebilir. İnfantil koliğin daha çok gastrointestinal sistemle ilgili bir problem olduğu söylenmesi nedeniyle bebeklerin bağırsak alışkanlıkları incelendiğinde kabızlık görülme oranında gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Ancak infantil koliği olan bebeklerin kaka yapma sayısı infantil koliği olmayan bebeklerden anlamlı olarak farklıydı (3.43 ± 1.7 , 2.99 ± 1.5 , $p<0.005$). Bu da infantil koliği olan bebeklerde bağırsak hareketlerinin ve içeriğinin daha hızlı olduğu ve bu nedenle sancıya neden olduğu yönündeki ifadeleri destekleyebilir (22,24,25). Bir çalışmada ise infantil koliği olan bebeklerin kaka yapma sayısı daha az olarak tespit edilmiştir (8).

İnfantil koliğin oluşumunda veya semptomların alevlenmesinde bebeğe gösterilen yakın ilginin de önemli olduğu yönündeki yayınlar mevcuttur (15,25). Bu nedenle bebeğe bakan kişinin de önemli olup olmadığı araştırıldığında, bakan kişi veya kişilerin kim olduğu gruplar arasında anlamlı olarak farklı

değildi. Bebeklerin % 79.5'ine anne tek başına bakıyordu. İnfantil koliğin etyolojisinde öne sürülen anne-bebek ilişkisinin kötü olması fikrini desteklememekteydi (19,25).

Çalışmamızda annelerin yaşı arttıkça infantil kolik görülme oranı azalmaktaydı. Genç yaştaki annelerin bebeklerinde infantil kolik görülme sıklığı daha fazla idi. Bu sonuç annelerin bebek bakımı ve hayat deneyimlerinin az olmasına bağlanabilir. Anne yaşının kolik görülme oranına katkısı olmadığı yönünde yayınlar (1,5,8) olmakla beraber iki çalışmada 25-34 ve 30-34 yaş gruplarında daha fazla infantil kolik görüldüğünü belirtilmiştir (16,11). Bizim çalışmamızda da infantil koliği olan infantların oranı anne yaşı 20-24 yaş grubunda olanlarda daha yüksek idi. Annelerin eğitim düzeylerine bakıldığında eğitim düzeyi arttıkça infantil kolik görülme sıklığı azalmaktaydı. Kılınç ve ark. (26), Saavedra ve ark. (5) ve Crowcrof ve ark. (11)'nin yaptığı çalışmalarda da eğitim düzeyi ile kolik insidansı arasında ters ancak anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. İnfantil koliğin oluşmasında annenin eğitim düzeyinin etkisiz olduğunu ifade eden yayınlar da mevcuttur (15,16,25). Annelerin eğitim düzeyinin artması ile bilgiye ulaşma, yerinde kullanma ve çocuk sağlığı hizmetlerine daha kolay ulaşma olasılığının artması ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Annelerin çalışma durumları değerlendirildiğinde gebelik öncesi ve gebeliğinde düzenli bir işte çalışan annelerin veya ev hanımı olan annelerin bebeklerinde infantil kolik görülmesi açısından fark yoktu. Literatürdeki yayınlarla da sonucumuz örtüşmekteydi (28,1,26).

Çalışmamızdaki infantil koliği olan bebeklerin 37'si (% 48.7) ilk çocuktur. Gruplar arası çocuk sayısı incelendiğinde ise aralarında infantil kolik görülme olasılığı açısından fark yoktu. Bazı yayınlarda da benzer sonuçlar rapor edilmekle beraber (27,7,8,20,2) birkaç yayında ilk çocuk olmanın infantil kolik riskini arttırdığını söylemiştir (4,11).

Değerlendirilen bebeklerin babalarının yaş ve eğitim durumlarının gruplar arasında annelerinki gibi anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bir çalışmada 40 yaş ve üzerindeki babaların bebeklerinde riskin daha fazla olduğu ifade edilse de (5) çalışmamızdaki bulguyu destekleyen yayınların olduğunu gördük (19).

Ebeveynlerin evlilik süreleri ile kolik riski arasında da ilişki tespit edilmemiş ancak 0-3 yıl arasında evliliği olanlarda daha fazla kolikli bebekler olduğu görülmüştür. Saavedra ve ark.'nın yaptığı çalışmada da benzer bir sonuç elde edilmiştir (5). Eşlerin arasında akrabalık olmasının da infantil kolik ortaya çıkmasında bir risk faktörü olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan ailelerin 262'si (% 68.5) çekirdek aile özelliğindedir. Infantil kolikli olan bebeklerin de 47'si (% 61.8) çekirdek aileye mensuptu. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Aileler sosyoekonomik durumlarına göre değerlendirildiğinde de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Bu durum ile ilgili yapılan çalışmalarda da anlamlı ilişki tespit edilemediği görülmüştür (29).

Annelerin gebeliklerinde geçirdikleri hastalıkların, uyku ve/veya diğer problemlerinin olması veya ilaç kullanıyor olması infantil kolik oluşumuna etkisi araştırıldı ancak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi. Gebelik problemlerinden biri olan bulantı ve/veya kusma şikâyeti yaşanmasının da infantil kolik olma olasılığı ile ilişkisi tespit edilmedi. Bulantı ve/veya kusma şikâyetinin süresinin kısa veya uzun olmasının da bir katkısının olmadığı saptandı. Annenin geçirdiği rahatsızlıklar ve hastalıkların infantil kolik oluşumunda etkili olmadığını ifade eden ve çalışmamızdaki bulguları destekleyen yayınlar da mevcuttur (8,3). Bunlara karşılık olarak gebelikte geçirilen sıkıntılar, stresin ve hastalıkların doğum sonrası infantil kolik oluşma riskini arttırdığını belirten yayınlar da vardır (19,30). Bu çalışmalar annenin gebeliğindeki stresinin doğum sonrasında da devam ettiğini ve bebeğe karşı ambivalan duygular yaşamasına ve bebekle arasındaki ilişkinin bozulmasına neden olduğunu belirtmektedir. Gebelik boyunca annelerin aldığı kilo miktarları da sorgulandığında infantil kolikli olan bebeklerin annelerinin daha az kilo aldığı tespit edildi (10.7 ± 4.8 , 12.1 ± 5.7 $p < 0.005$). Fazla kilo alımının koruyucu olduğu görünse de beklenildiği düzeyde değildir (Odds oranı 0.92).

Annelerin gebelik öncesi, gebelikte ve/veya sonrasında herhangi bir bağırsak problemi yaşamasının (kabızlık, ishal, şişkinlik vs) bebeğinde infantil kolik olma riski ile ilişkili olduğu saptanmıştır ($p < 0.005$). İstatistiksel olarak anlamlı olan bu durum

bebekle anne arasındaki genetik benzerlikle veya anne sütüne geçen bazı maddelerden dolayı bebekte de bağırsak problemleri oluşturup infantil kolik oluşumuna neden olabileceğini düşündürmektedir.

Birçok yayında annenin diyetinden allerjen gıdaların (findık, fıstık, yumurta, inek sütü, buğday, balık, soya, turp, çikolata) çıkarılması ile infantil kolikli olan bebeklerin ağlama sürelerinde ve şiddetinde azalma olduğu saptanmışsa da (25,29,31,32,33) çalışmamızda belirgin bir farklılık tespit edilmedi. Bu çalışmalara karşılık olarak diyetten gıda uzaklaştırmanın beklendiği kadar faydasının olmadığını söyleyen araştırmacılar da mevcuttur (1,7,8,33). Kılıç'ın çalışmasında emzirme döneminde kendi beslenmesine dikkat eden annelerin bebeklerinde gaz sancısı görülme oranı % 40.7, dikkat etmeyen annelerin bebeklerinde % 64.6 göre daha düşük olup fark istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur (26).

Annelerin büyük çoğunluğu (%87.6) davranışsal tedavi yöntemlerini (karına masaj, bacaklarını itip çekme, sırtını sıvazlama, kucağa alma, beşikte veya kucakta sallama, emzirme, ısıtmaya çalışma veya karnına ısıtılmış havlu vb koyma) tercih ederken, yaklaşık üçte biri ilaç tedavisini kullandığını belirtmektedir. Doğal tedavi seçeneklerinden şerbet veya bitkisel çaylardan verme daha az oranda kullanıldığı görülmüştür. Bu oranın az olması ailelerin bu tür geleneksel yöntemleri kullanmayı söylemekten çekinmiş olabileceğini düşündürmektedir. Çünkü yöremizde yapılan bir çalışmada bu oranların daha fazla olduğu bildirilmiştir (1).

Literatürde çok tartışılan bir konu da bebeğin sigaraya maruziyetinin infantil kolik olma olasılığını artırıp arttırmadığıdır. Çalışmamızda evde sigara içilmesinin infantil kolik riskini yaklaşık 2.4 kat arttırdığını tespit ettik. Ancak sigara kullananın kim veya kaç kişi olduğunun bir önemi yoktu. Yapılan çalışmalarda gebelikte veya doğum sonrası pasif içicilik dâhil sigara kullanan ebeveynlere sahip bebeklerde infantil kolik riski sigara dumanına maruz kalmayan bebeklere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (16,18,34,35,36). Nikotin ve metabolitleri sigara kullanan anne bebeğinin ve direk sigara dumanına maruz kalan bebeğin tükürük, idrar ve serumunda anlamlı düzeyde yüksek olarak tespit edilmiştir (24). Nikotinin de motilin düzeylerini arttırdığı; artmış motilin düzeylerinin de bağırsaklarda

fazik kontraksiyonların artışına yol açarak sancıya neden olduğu öne sürülmektedir (37). Sigaranın infantil kolik oluşumuna katkısının olmadığını söyleyen yayınlar da vardır (6,37).

İnfantil kolik oluşmasında suçlanan faktörlerden biri olan aile içi iletişim ve anne-baba-bebek üçlüsünün bağlarının bozulduğu yönündeki düşüncelerle çalışmamız örtüşmemektedir. Çünkü gruplar arasındaki fark anlamlı olmasa da babaların büyük (%72.8) çoğunluğu anneye bir şekilde yardımcı olmaya çalışmaktaydı.

Sonuç olarak Türkiye'nin doğusunda infantil kolik insidansı %19.9 olarak bulundu. İnfantil kolik etkilleyen faktörler araştırıldı. Kullanılan tedavi seçenekleri sorgulandı. Ancak infantil kolik etyolojisinin ve tedavisinin tespiti için daha geniş ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Çiftçi EK. 1-3 aylık bebeklerde gaz sancısı, etkileyen faktörler ve annelerin bu konudaki uygulamaları, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2005.
2. Wessel M, Cobb J, Jackson E, et al. Paroxysmal Fussing in Infancy Sometimes Called Colic. *Pediatrics* 1954; 14(5): 421-434.
3. Çetinkaya B. Aromaterapi masajının bebeklerde kolikğin giderilmesi üzerine etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, 2007.
4. Talachian E, Bidari A, Rezaie MH. Incidence and risk factors for infantile colic in Iranian infants. *World J Gastroenterol* 2008; 14(29): 4662-4666.
5. Saavedra MA.L, Dias da Costa JS, Garcias G, et al. Infantile colic incidence and associated risk factors: a cohort study. *Journal De Pediatria* 2003; 79: 115-122.
6. Lucassen PLBJ, Assendelft WJ, van Eijk JT, Gubbels JW, Douwes AC, van Geldrop WJ. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Arch Dis Child* 2001; 84: 398-403.
7. Wade S, Kilgour T. Extracts from "Clinical Evidence" Infantile Colic. *BMJ* 2001; 323: 437-40.
8. Illingworth RS. 'Three months colic'. *Arch Dis Child* 1954, 29: 165-174.
9. Hide DW, Guyer BM. Prevalence of infantile colic. *Arch Dis Child* 1982; 57: 559-560.
10. Alvarez M. Caregiving and early infant crying in a Danish community. *J Dev Behav Pediatr* 2004; 2: 91-98.
11. Crowcroft NS, Strachan DP. The social origins of infantile colic: questionnaire study covering 76747 infants. *BMJ* 1997; 314: 1325-1328.
12. Lee K. Crying and behavior pattern in breast- and formula-fed infants. *Early Human Development* 2000; 58: 133-140.
13. St James-Roberts I, Alvarez M, Csipke E, Abramsky T, Goodwin J, Sorgenfrei E. Infant crying and sleeping in London, Copenhagen and when parents adopt a "proximal" form of care

14. Ellett CML (2005) Living with a colicky Infant. *Gastroenterology Nursing* 2005; 28:19-25.
15. St James-Roberts I. Persistent crying in infancy 110. Canivet C, Hagander B, Jakobsson I, Lanke J. Infantile colic—less common than previously estimated? *Acta Paediatr* 1996; 85: 454-458.
16. Sondergaard C, Skajaa E, Henriksen T. B. Fetal growth and infantile colic. *Archives of Diseases in Childhood, Fetal and Neonatal* 112. St James Roberts I, Halil A. Infant crying patterns in the first year: normal community and clinical findings. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32: 951-968.
17. Yalaz M. İnfantil Kolik Tedavi Modellerinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri: Pediatri* 2003; 12(3): 206-210.
18. Rao MR, Brenner RA, Schisterman EF, Vik T, Mills JL. Long term cognitive development in children with prolonged crying. *Arch Dis Child* 2004; 89: 989-992.
19. Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *BMJ* 1993; 307: 600-604.
20. Saavedra MA.L, Dias da Costa JS, Garcias G, et al. Infantile colic incidence and associated risk factors: a cohort study. *Journal De Pediatria* 2003; 79: 115-122.
21. Heine RG. Gastroesophageal reflux disease, colic and constipation in infants with food allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2006; 6: 220-225(Türkçe basımı).
22. Yılmaz G, Gürakan B, Varan B. İnfantil Kolik: Etiyoloji, Tanı ve Tedavi, *Türkiye Klinikleri Pediatri* 1999; 8: 169-175.
23. St James-Roberts I. Persistent infant crying. *Arch Dis Child* 1991; 66: 653-655.
24. Illingworth RS. Infantile colic revisited. *Arch Dis Child* 1985; 60: 981-985.
25. Yakut Hİ, Tunç B. İnfantil kolik. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2007; 1(1): 58-64.
26. Kılıç M. Ailelerin Sigara İçmelerinin Bebeklerde Kolik Üzerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Meslek Yüksekokulu Dergisi 2000; 5(5): 20-23.
27. Savino F, Cresi F, Castagno E, Silvestro L, Oggero R. A randomised double-blind placebo controlled trial of a standardized extract of *Matricariae recutita*, *Foeniculum vulgare* and *Melisa officinalis* (ColiMil®) in the treatment of breastfed colicky infants. *Phytother Res* 2005, 19: 335-340.
28. Miller-Loncar C, Bigsby R, High P, Wallach M, Lester B. Infant colic and feeding difficulties. *Arch Dis Child* 2004; 89: 908-912.
29. Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, van Eijk JT, van Geldrop WJ, Neven AK. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ* 1998; 316: 1563-1569
30. St James-Roberts I, Onroy S. Do pregnancy and childbirth adversities predict infant crying and colic? Findings and recommendations. *Neurosci Biobehav Rev* 2005; 29: 313-320.
31. Hill DJ, Roy N, Heine RG, et al. Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2005; 116: e709-e715.
32. Roberts DM, Ostapchuk M, O'brien JG. Infantile colic. *American Family Physician* 2004; 70: 735-739.
33. Campbell JP. Dietary treatment of infantile colic: a double-blind study. *J R Coll Gen Pract.* 1989; 39: 11-14.
34. Toyran M. Gebelikte sigara içiminin çocuk sağlığı üzerindeki etkileri. *Klinik Pediatri* 2005; 4(1): 17-23.
35. Reijneveld SA, Brugman E, Hirasing RA. Infantile colic: maternal smoking as potential risk factor. *Arch Dis Child* 2000; 83: 302-303.
36. Sondergaard C, Henriksen TB, Obel C, Wisborg K. Smoking during pregnancy and infant colic. *Pediatrics* 2001;108:342-6.
37. Shenassa ED, Brown MJ. Maternal smoking and infantile gastrointestinal dysregulation: the case of colic. *Pediatrics*. 2004; 114: e497-e505.