

**İKİ FARKLI SALLAMA YÖNTEMİNİN
BEBEKLERDEGAZ SANCISI VE AĞLAMA
SÜRESİNE ETKİSİ**

Gamze YILMAZ

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Duygu ARIKAN**

Doktora Tezi - 2013

**T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İKİ FARKLI SALLAMA YÖNTEMİNİN BEBEKLERDE
GAZ SANCISI VE AĞLAMA SÜRESİNE ETKİSİ**

Gamze YILMAZ

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Duygu ARIKAN**

**ERZURUM
2013**

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İKİ FARKLI SALLAMA YÖNTEMİNİN BEBEKLERDE
GAZ SANCISI VE AĞLAMA SÜRESİNE ETKİSİ

Gamze YILMAZ

Tez Savunma Tarihi : 27.06.2013

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Duygu ARIKAN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU (Uludağ Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALIOĞLU (Atatürk Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM

Enstitü Müdürü

Doktora Tezi

ERZURUM - 2013

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gaz Sancısı Tanımı	4
2.2. İnsidans-Prevalans	5
2.3. Etyoloji.....	5
2.3.1. Gastrointestinal Nedenler	5
2.3.2. İmmatür Santral Sinir Sistemi.....	6
2.3.3. Psikososyal Nedenler	7
2.3.4. İnterreaksiyonel Model	7
2.4. Gaz Sancısı Olan Bebeğin Anne/ Babaya Etkisi	7
2.5. Belirti ve Bulgular	8
2.6. Tanı	9
2.7. Tedavi	9
2.7.1. İlaç Tedavisi.....	9
2.7.2. Diyet Tedavisi.....	10
2.7.3. Davranışsal Tedaviler	11
2.8. Hemşirelik Bakımı.....	13

2.9. Prognoz	15
3. MATERYAL VE METOT.....	16
3.1. Araştırmanın Şekli	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
3.4. Verilerin Toplama Araçları.....	17
3.5. Veri Toplama Yöntemi	18
3.6. Gaz Sancısı Olan Bebeklere Uygulanan Girişimler	19
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	21
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	22
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	22
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
KAYNAKLAR	51
EKLER	64
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	64
EK-2. SORU FORMU	65
EK-3. INFANT KOLİK ÖLÇEĞİ	66
EK-4. AĞLAMA SÜRESİ KAYIT FORMU	68
EK-5. ETİK KURUL ONAY FORMU	69
EK-6. RESMİ İZİN YAZISI.....	71

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tezimin tüm aŐamalarında desteğini ve emeğini esirgemeyen, bu çalıŐmamı değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten değerli hocam Sayın Doç. Dr. Duygu ARIKAN'a Őukranlarımı sunarım.

ÇalıŐmam süresince her türlü yardım ve desteğini gösteren, engin bilgilerini esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ'ye, çalıŐmamda bilgi ve deneyimlerini paylaşan, katkılar sunan değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOğLU'na, çalıŐmama katılan tüm annelere, yaşamım boyunca bana hep güvenen ve her zaman yanımda olan sevgili anneme ve babama teşekkür ederim.

Gamze YILMAZ

ÖZET

İki Farklı Sallama Yönteminin Bebeklerde Gaz Sancısı ve Ağlama Süresine Etkisi

Amaç. Bu çalışma, iki farklı sallama yönteminin (kucakta sallama ve battaniyede sallama) bebeklerde gaz sancısı ve ağlama süresine etkisini ve gaz sancısı ile ağlama süresini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot. Çalışma, Ağrı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Temmuz 2012 - Şubat 2013 tarihleri arasında doğan, araştırma seçim kriterlerine uyan, gaz sancılı 72 bebek ve anneleriyle ön test-son test ve yarı deneme modelinde yapılmıştır. Uygulamalar on beş gün devam etmiştir. Verilerin toplanmasında soru formu, IKÖ ve ağlama süresi kayıt formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde yüzdelik dağılımlar, ortalama, standart sapma, ki-kare testi, bağlantılı ve bağlantısız örneklemeler için t testi, Kruskal Wallis H testi, Dunnet's T3 Post Hoc testi, Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular. Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki bebeklerin grup içinde günlük ağlama süreleri açısından uygulama öncesi ve sonrası (1. hafta ve 2. hafta) farkların anlamlı olduğu ($p<0.05$); uygulama süresi arttıkça (2. hafta sonunda) her iki gruptaki bebeklerin ağlama sürelerinde azalma olduğu tespit edilmiştir. Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki bebeklerin grup içinde IKÖ toplam puanlarında, uygulama öncesi ve sonrası farkların anlamlı olduğu ($p<0.05$); son testlerde her iki gruptaki bebeklerin gaz sancısında azalma olduğu görülmüştür. Kucakta ve battaniyede sallama grupları arasında, uygulama öncesi ve sonrası (1. hafta ve 2. hafta) ağlama süreleri ile IKÖ toplam puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Sonuç. Kucakta ve battaniyede sallamanın bebeklerin gaz sancısını ve ağlama sürelerini azalttığı bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda sallama uygulamalarının gaz sancısı olan bebeklerde kullanılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Ağlama, bebek, gaz sancısı, hemşirelik, sallama.

ABSTRACT

The Effects of The Two Different Methods on Colic and Crying Duration

Aim. This study has been planned to determine the factors of the two different methods (rocking baby on lap and on a blanket) on crying duration and colic and the factors affecting the duration of crying with colic.

Material and Method. This study has been carried out with pre-test, post-test quasi experimental model, with the 72 babies who had colic and their mothers, who has selection criteria of research, who was born in Ağrı Maternity and Child Health Hospital between the dates of July 2012 and February 2013. Application continued for 15 days. In collecting the datas, the question form, Infant Colic Scale and crying duration registration form have been used. In analyzing the datas; percentage distributions, standard deviation, Chi-square test, for connected and disconnected samples t test, Kruskal Wallis H Test, Dunnet's T3 Post Hoc Test and Mann Whitney U test have been used.

Results. It has been determined that there was a meaningful difference in crying duration of babies who were in groups of rocking on a blanket and rocking on lap, before and after the application (in the first and second weeks) ($p < 0.05$). It has been determined that as the duration of application increased (at the end of the second week), the crying duration of babies who were in each of the two groups decreased. In total infant colic scale scores of babies who were in groups of rocking on a blanket and rocking on lap, it has been seen that there was a meaningful difference ($p < 0.05$) before and after the application. In the last test, it has been seen that there was a depletion in colic of babies in each of the two groups. It has been determined there wasn't a meaningful difference in terms of crying duration and total infant colic scores, who were in groups of rocking on a blanket and rocking on lap, before and after the application (first and second weeks) ($p < 0.05$).

Conclusion. It has been found that rocking the babies on a blanket and on lap, decreased the colic and crying duration of babies. Rocking applications recommended for use in babies with colic.

Keywords: Baby, colic, crying, nursing, rocking.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

GÖR : Gastroözefagiyal Reflü

İKÖ : Infant Kolik Ölçeği

SBS : Sarsılmış Bebek Sendromu

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>		<u>Sayfa No</u>
Şekil 3.1.	Araştırma Planı	23
Şekil 4.1.	Kucakta Sallama Grubundaki Bebeklerin Grup İçi Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası (1. hafta ve 2. hafta) Ağlama Sürelerinin (saat/gün) Dağılımı	29
Şekil 4.2.	Kucakta Sallama Grubundaki Bebeklerin Grup İçi IKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Dağılımı	30
Şekil 4.3.	Battaniyede Sallama Grubundaki Bebeklerin Grup İçi Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası (1. hafta ve 2. hafta) Ağlama Sürelerinin (saat/gün) Dağılımı	32
Şekil 4.4.	Battaniyede Sallama Grubundaki Bebeklerin Grup İçi IKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Dağılımı	34
Şekil 4.5.	Kucakta ve Battaniyede Sallama Grubundaki Bebeklerin Gruplar Arası Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası (1.hafta ve 2. hafta) Ağlama Sürelerinin (saat/gün) Dağılımı.....	36
Şekil 4.6.	Kucakta ve Battaniyede Sallama Grubundaki Bebeklerin Gruplar Arası IKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Dağılımı	39

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Gaz Sancısı Olan Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	25
Tablo 4.2. Annelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	27
Tablo 4.3. Kucakta Sallama Grubundaki Bebeklerin Grup İçi Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası 1. Hafta ve 2. Hafta Ağlama Sürelerinin Karşılaştırılması	28
Tablo 4.4. Kucakta Sallama Grubundaki Bebeklerin Grup İçi İKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.5. Battaniyede Sallama Grubundaki Bebeklerin Grup İçi Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası 1. Hafta ve 2. Hafta Ağlama Sürelerinin Karşılaştırılması	32
Tablo 4.6. Battaniyede Sallama Grubundaki Bebeklerin Grup İçi İKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.7. Kucakta ve Battaniyede Sallama Grubundaki Bebeklerin Gruplar Arası Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası (1. Hafta ve 2. Hafta) Ağlama Süreleri ile İKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.8. Bebeklere İlişkin Tanıtıcı Özelliklere Göre Kucakta ve Battaniyede Sallama Grubundaki Bebeklerin Ağlama Süresi ve İKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41

Tablo 4.9. Annelere İlişkin Sosyo-demografik Özelliklere Göre Kucakta ve Battaniyede Sallama Grubundaki Bebeklerin Ağlama Süresi ve IKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
---	----

1. GİRİŞ

Gaz sancısı (kolik) ilk 4 aylık dönemdeki bebeklerde görülen ve bazen 6. aya kadar sürebilen, genellikle akşamları olan ve sebebi olmaksızın durdurulamayan ağlamanın ön planda olduğu bir durumdur.¹ Tüm bebeklerin ağlaması normal kabul edilir, ancak gaz sancısında aşırı ağlamanın uzun sürmesi söz konusudur.^{2,3} Gaz sancısının farklı tanımları olmasına karşın en yaygın ve geçerli olan tanım Wessel'in tanımı olarak kabul edilmektedir. Wessel; gelişimi normal olan, sağlıklı, 0-3 aylık bebeklerde görülen en az üç hafta süreli, haftada üç günden, günde üç saatten fazla süreli ve başka bir nedenle açıklanamayan biçimde huzursuzluk, ajitasyon ve ağlamaların olduğu tabloyu gaz sancısı olarak tanımlamıştır.²

Gaz sancısı ailelerin en sık doktora başvurduğu nedenler arasında olup, başvuru sıklığı %17-30 olarak belirtilmektedir.^{4,5} Gaz sancısının görülme sıklığı literatürde %10-40 olarak verilmektedir. Bu kadar geniş aralığın bulunmasının nedenleri; kullanılan tanı kriterlerinin farklı olması, farklı etnik topluluklarda yapılması, verilerin farklı şekilde toplanması ve çalışmaların farklı şekilde düzenlenmesi olabilir.⁶

Gaz sancısı oluşumunda çoğunlukla gastrointestinal, psikososyal ve nörolojik etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Nörolojik sistemin immatüritesi, laktoz intoleransı, bebeğin az ya da aşırı beslenmesi, yanlış beslenme sonucu bebeğin hava yutması veya gazın çıkarılamaması gibi etkenler nörolojik ve gastrointestinal nedenler arasında sayılabilir.^{2,3,5,7,8} Psikososyal etkenler arasında ise bebeğin anne karnındaki sıcak ve koruyucu ortamından uzaklaşması, travmatik doğum ve anne-bebek arasındaki bağlanma bozukluğu gibi nedenler yer almaktadır.⁹⁻¹¹

Gaz sancısına yaklaşımda; farmakolojik tedavi, diyet tedavisi ve davranışsal tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.^{4,11,12} Gaz sancısının giderilmesinde en çok kabul gören uygulamanın davranışsal yaklaşım olduğu belirtilmektedir.¹³ Davranışsal

yaklaşımlar arasında ise bebeğin daha fazla kucağa alınması, sallama, emzik kullanma, bebeğin uyarılmasını azaltmak ve anne baba eğitimi yer almaktadır.^{4,14} Sallama “tekrarlayıcı ve ritmik” hareketler olarak, sürekli uyaran sağladığı için faydalı olmaktadır.¹⁵ Sallama vestibular sistemi uyararak bebeği uyutur.¹⁶ Aynı zamanda sallama bebeklerde bilişsel davranışsal bir yöntem olarak endorfin salınımını uyararak bebeğin kendini rahat ve huzurlu hissetmesini sağlar.¹⁷ Yapılan çalışmalarda annelerin bebeklerini sakinleştirmek için sallama yöntemlerini kullandıkları görülmektedir.¹⁸⁻²¹ Bu uygulamaların bebeğin ağrısını ve ağlamasını azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir.²²⁻²⁶ Literatürde bir ağlama atağında bebeği kucaklamanın, kucakta hafifçe sallamanın, battaniye ile sallamanın yararlı olduğu belirtilmektedir.²⁷⁻²⁹ Çok sert sallama boyunda yaralanmaya yol açabileceğinden dikkatli olunması gereklidir.²⁷

Gereksinimleri uygun şekilde karşılanan bebeklerin temel güven duyguları gelişmektedir ve bu da ilerideki hayatlarını olumlu yönde etkilemektedir.³⁰⁻³¹ Pediatri hemşiresi bebeğin sadece ağrısını dindirmekle kalmayıp, tekrarlaması durumunda ailenin neler yapabileceğini, bebeği nasıl sakinleştirebileceğini, bebeğe nasıl kaliteli bir yaşam sunulabileceğinin yollarını öğretmekle de yükümlüdür.¹⁸

Süt çocukluğu döneminin en sık rastlanan sorunlarından biri olan gaz sancısı henüz çözümlenemeyen aileyi ve sağlık çalışanlarını çoğu zaman sıkıntıya sokabilen, maddi ve manevi birçok kayıplara neden olabilen bir sendromdur.² Gaz sancısı, bebeğin gereksiz hastane yatışına, ebeveyn-bebek ilişkisinde çatışmalara, evlilikte problemlere ve bebeğin istismarına yol açabilmektedir.³² İstemli veya istemsiz travmaya maruz kalan bebeklerde sarsılmış bebek sendromu (SBS) ve hatta ölümler gözlenebilmektedir.³³ Gaz sancısının bebeğe, aile ve bebek ilişkisine zarar vermesi nedeniyle semptomların ortadan kaldırılması veya hafifletilmesi,⁴ bunun için ise farklı stratejilerin geliştirilmesi önemlidir.

Bu alışma iki farklı sallama yönteminin (kucakta sallama ve battaniyede sallama) bebeklerde gaz sancısı ve ağlama süresine etkisini ve gaz sancısı ile ağlama süresini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmanın hipotezleri aşağıda verilmiştir.

Hipotez 1: Kucakta sallama grubundaki bebeklerin uygulama sonrası gaz sancısı ve ağlama süreleri uygulama öncesine göre daha düşüktür.

Hipotez 2: Battaniyede sallama grubundaki bebeklerin uygulama sonrası gaz sancısı ve ağlama süreleri uygulama öncesine göre daha düşüktür.

Hipotez 3: Kucakta ve battaniyede sallama grubuna uygulanan farklı sallama girişimlerine göre bebeklerin ağlama süreleri birbirinden farklıdır.

Hipotez 4: Kucakta ve battaniyede sallama grubuna uygulanan farklı sallama girişimlerine göre bebeklerin gaz sancısı düzeyleri birbirinden farklıdır.

Bu çalışmanın araştırma soruları ise şunlardır;

Araştırma sorusu 1: Bebeğe ait özellikler bebeğin gaz sancısını ve ağlama süresini etkiler mi?

Araştırma sorusu 2: Anneye ait özellikler bebeğin gaz sancısını ve ağlama süresini etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gaz Sancısı Tanımı

Gaz sancısı (kolik), iyi gelişen sağlıklı bebeklerde, daha çok akşam saatlerinde görülen, ataklar halinde ortaya çıkan, etyolojisi tam olarak aydınlatılamamış, bacaklarını karına çekme, yumruklarını sıkma, karında sertleşme, gaz çıkarma ile birlikte olan, tüm çabalara karşın durdurulması zor, aşırı ağlama ile karakterize bir sendromdur.^{12,14}

Gaz sancısı, ilk olarak 1894 yılında, altta yatan belli başlı bir neden olmadan, genellikle sağlıklı bir bebekte ilk birkaç aylık dönemde görülen şiddetli ve ısrarcı ağlama nöbetleri ile karakterize hazımsızlık (dispepsi) olarak tanımlanmıştır. Bu klinik tablonun normal ağlamadan farkı, bebeğin fizyolojik gereksinimlerinin karşılanmasına rağmen ağlamanın devam etmesidir.^{34,35}

Aşırı ağlama, Wessel ve ark.³⁶ çalışmasında, başlangıcı ilk haftalarda olan, 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, açıklanamayan ve kontrol edilemeyen ağlama nöbetleri olarak tanımlanmaktadır. Gaz sancısının farklı tanımları olmasına karşın en yaygın ve geçerli olan 3'ler kuralı olan Wessel'in tanımıdır.²

Gaz sancısı nöbetleri 6. haftada en üst düzeye ulaşmakta ve 4-6 aya kadar devam edebilmektedir.³⁷ Bebeklerin yalnızca %47'sinde belirtiler üç ay içerisinde kaybolmaktadır. Ağlama bebeklerin %41'inde altıncı aya kadar, geriye kalan %12'sinde ise 12. aya kadar sürmektedir.² Gaz sancısı ağlaması bebeğin her zamanki normal ağlamasından farklıdır. Ağlama genellikle her gün hemen hemen aynı saatlerde ve aniden başlar ve 3 haftalık bebeklerde saat 18.00'dan 23.00'a kadar, 6 haftalık bebeklerde saat 15.00'dan 24.00'a kadar görülmektedir. Her gün tekrarlanan ağlamalar

sırasında bebek arada normal ve sakin günlerde geçirebilir. Anne ve baba bu huzursuz dönemin hiç bitmeyeceğini düşünürken gaz sancısı birdenbire veya yavaşça sona erer.³⁸

2.2. İnsidans-Prevalans

Gaz sancısı bebeklerin %10-30'unda görülen bir durumdur.^{6,10,39,40} Ülkemizde 2005 yılında yapılan bir çalışmada gaz sancısı insidansı %51.1 olarak bildirilmiştir.⁴¹ Kolik prevalansı ise %5-28 olarak belirtilmiştir.⁴² Ülkemizde 2010 yılında yapılan bir çalışmada gaz sancısı prevalansı % 19.9 olarak bulunmuştur.⁴³

2.3. Etiyoloji

Gaz sancısını açıklamaya yönelik çeşitli teoriler öne sürülmüş, ancak etiyolojisi kesin olarak aydınlatılamamıştır.⁴⁴ Bebeklerde gaz sancısının sadece %5'inin fizyolojik nedenlerden olduğu bildirilmiştir.⁴⁵

2.3.1. Gastrointestinal Nedenler

Beslenme: Bebeğin özellikle biberonla beslenme veya aşırı ağlama sırasında hava yutmasıyla gaz sancısının daha fazla görüldüğü belirtilmektedir.^{3,46,47} Yutulan hava ile bağırsaklarda oluşan gaz; kolonda kaldığında zorlu kasılmalara neden olmaktadır.⁴⁸ Ancak, ataklar sırasında yapılan tetkiklerde diğer bebeklere göre bağırsak içeriğinin farklı olmadığı görülmüştür.³⁹

Alerji: İnek sütü proteini antijeni gebelikte plasenta ya da doğumdan sonra anne sütü ve antijen içeren formül mama ile beslenme yoluyla bebeğe geçmektedir. Bu antijene karşı gelişen duyarlılığın ise bağırsakta alerjik reaksiyona yol açarak gaz sancısına neden olabileceği söylenmektedir.^{2,4,46} Ayrıca, inek sütü proteini antijenin varlığının bağırsaklarda aşırı gaz ve hiperperistaltizme neden olduğu belirtilmiştir.⁴⁶ İnek sütü bazlı mamalar ile beslenen bebeklerde gaz sancısı görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir.^{49,50} Besin alerjisinin bu bebeklerin çok az kısmında gaz sancısına neden olabileceği belirtilmiştir.⁵¹

Gastrointestinal hormonlar: Gastrointestinal motiliteyi düzenleyici hormonlardan motilin, motiliteyi arttırması nedeniyle suçlanan diğer bir faktördür.⁵² Gaz sancısı olan bebeklerde motilin düzeyinin diğer bebeklere göre yüksek olduğu belirtilmiştir.^{7,10,42}

Laktoz intoleransı: Laktozun yeterince sindirilememesi kolonda laktik asit ve hidrojen oluşumuna, bu ise gerginliğe ve ağrıya neden olmaktadır.^{3,5,10} Yapılan bir çalışmada⁵³ laktoz içeriği azaltılmış mamanın gaz sancısı olan bebeklerin ağlama sürelerini azalttığı bildirilmiştir. Buna karşın laktozsuz mama ile beslenmenin gaz sancısının giderilmesinde etkili olmadığını belirten çalışmalarda bulunmaktadır.^{40,54}

Gastroözefagiyal reflü (GÖR): Sebepler arasında GÖR sayılsa da 24 saatlik ph monitörizasyonu yapılan gaz sancılı bebeklerin %15-25'inde anormal sıklıkta asit reflüsü tespit edilmiştir. Ancak, gün içinde ağlama süresi ile GÖR'ün şiddeti arasında bir korelasyon bulunamamıştır. Ayrıca, bu bebeklerin verilen anti-reflü ilaçlarına da plasebodan farklı bir cevap vermediği belirtilmiştir.⁵⁵⁻⁵⁶

2.3.2. İmmatür Santral Sinir Sistemi

Hem psikolog hem de nörologlara göre bebeğin nöro-davranışsal gelişiminin dönüm noktaları 3. ve 9. aylarda olmaktadır. Bu bilgi ışığında bu tarihlerde ağlama atakları daha fazla görülmektedir.⁵⁷ Bunun yanında, Keefe doğum sonrası bebeğin uyku ve uyanıklık döngüsü düzenlenene kadar gaz sancısının bir bulgu olarak ortaya çıktığını söylemektedir.⁵⁸ Ellet'in belirttiğine göre, Eppinger ve Hess gaz sancılı bebeklerin anormal bir şekilde hassas santral sinir sistemine sahip olduklarını öne sürmüştür. Bu yazarlar, hafif bir uyarının, ciddi ağlama periyodlarına neden olabileceğini ve bunun da gerilimi azaltma yolu olduğunu ileri sürmüşlerdir.⁵⁹

Son dönemlerde “Serotonin - Melatonin Teorisi” ileri sürülmüştür. Düz kaslar üzerinde serotonin kasılma, melatonin gevşeme etkisi göstermektedir. Ancak, akşam

saatlerinde salınımları artan bu hormonlardan melatonin siklusunun 3. aydan sonra düzene girmesi nedeniyle seratoninin etkisini ilk 3 ay baskılayamamaktadır. Bunun sonucunda, bağırsaklarda kasılmaların arttığı ve gaz sancısına neden olduğu belirtilmektedir.^{4,14,60,61}

2.3.3. Psikososyal Nedenler

Hamilelik sırasında çok sık psikososyal stresle karşılaşan, doyumsuz ve doğum süresince kötü duygular içerisinde olan annelerin bebeklerinde daha fazla gaz sancısı görülmektedir.^{2,38} Doğum sonrası annenin yaşadığı depresyon,⁶² endişe, bebeğe düşmanlık duygularının ve anne-bebek arasındaki bağın kurulamamasının gaz sancısı etiyolojisinde önemli bir rol oynadığı vurgulanmıştır.^{10,63} Ayrıca annenin genç olması, eğitim düzeyi, kişilik özelliği, deneyimsizlik, ebeveynler arasında doyurucu olmayan cinsellik, geçimsizlik, ilgisizlik, baba ile birlikte yaşamama, kendine güveni olmayan ebeveynler, sosyal desteğin yetersiz olması diğer faktörler arasında yer almaktadır.^{11,18,64,65} Annenin bebeğini sakinleştirme yöntemlerinin yetersizliği ve bebeğine yeterince vakit ayıramamasının ağlama nöbetlerinin artmasına ve gaz sancısı oluşumuna neden olduğu söylenmektedir.¹⁰

2.3.4. İnterreaksiyonel Model

Bebekten kaynaklanan duyarlılığın artması, kişilik yapısı gibi içsel etmenler ile ailedeki anksiyete ve çevresel etmenler gibi dışsal etmenlerin etkileşimi bebekte gaz sancısı oluşumuna neden olabilmektedir.² Gaz sancısı olan bebeklerin daha fazla kucağa alınmaya ya da uykuya dalmadan önce kucağa gereksinimleri olduğu düşünülmektedir. Bu bebeklerin daha hassas ve duygusal olduğu tahmin edilmektedir.⁶⁶

2.4. Gaz Sancısı Olan Bebeğin Anne/ Babaya Etkisi

Gaz sancısı; tehlikesiz bir durum olmasına rağmen, doğal akışında ailelere psikolojik, duygusal ve fiziksel sıkıntılar yaratmakta ve önemli bir problem olarak

algılanmaktadır.³² Bebeğini gaz sancısı ağlaması sırasında görmek anne baba için gerçekten zor bir durumdur.⁶⁷ Aileler gaz sancısı olan bebeklerin durumunu bir kriz olarak değerlendirmekte⁵⁸ ve bu durum büyük kaygıya ve strese sebep olmaktadır.^{68,69} Gaz sancısının 4-6 ay sürmesi ve bu döneminin stresli geçmesi anne bebek ilişkisini olumsuz etkilemektedir.^{18,70} Raiha ve ark.⁷¹ çalışmasında gaz sancısına bağlı olarak aşırı ağlayan bebeklerin anne-bebek ilişkisinin bozulduğu saptanmıştır. Annelerin gaz sancısındaki ağlama nöbetleri konusundaki bilgi eksikliği, yorgunluğu, yetersizlik hissi, bebeğin bakımında sosyal ve fiziksel desteğin azlığı, bebeğin doğumuyla birlikte değişen yaşam biçimi ve rol değişimi; annelerde kaygıya, anne olmanın verdiği memnuniyetteki azalmaya ve anne bebek bağının olumsuz yönde gelişmesine neden olmaktadır.⁷² Stifter ve Bono'nun⁷³ çalışmasında gaz sancısı olan bebeklerin annelerinde anne olmanın verdiği memnuniyette azalma olduğu ve kendilerini yetersiz hissettikleri bulunmuştur.

Bebeğe bakan kişinin stres düzeyini fark etmesi ve stresle başa çıkmayı öğrenmesi gerekir. Öfke duygusu kontrol edilemediğinde bebeğin kollarından ya da gövdesinden tutularak sertçe sarsılması SBS tablosunu oluşturabilir.^{33,74} Ciddi beyin travmasına sebep olabilen SBS özellikle bir yaş altı çocuklarda, tekrarlayan akselerasyon ve deselerasyon mekanizması ile karakterize kapalı kafa travması ile olabilen, istismara bağlı zedelenme olarak tanımlanır.^{75,76} Aileye gaz sancısının geçici olduğu, bebek besleniyorsa, kilo alıyorsa, gelişimi normal ise bebeklerinin sağlıklı olduğu anlatılmalıdır.²

2.5. Belirti ve Bulgular

Gaz sancısında belirtiler genelde 2-3. haftadan itibaren başlar ve 4-6 aya kadar devam eder.^{5,11,40} Gaz sancısı ağrıları 4-8. haftalarda zirve yapar ve yavaş yavaş azalır.² Nöbetler genelde öğleden sonra veya akşam saatlerinde gözlenir. Nöbetler sırasında

bebeğin yüzünde bir ağrı ifadesi oluşur, yumruklarını sıkar, ayaklarını karnına çeker. Karakteristik nöbet ani başlar, yüksek sesle ve sürekli ağlama gözlenir. Bebek sakinleştirilemeden saatlerce ağlayabilir. Bebeğin yüzünde kızarma veya ağız çevresinde solukluk gözlenebilir. Nöbet bebeğin dışkı veya gaz çıkarması ile sonlanabileceği gibi tamamen yorulmasıyla da bitebilir.^{39,77}

2.6. Tanı

Gaz sancısı tanısı 4-5 aylıktan küçük ve geçici ağlama nöbetleri olan, merkezi sinir sistemi gelişim bozukluğu olmayan, fizik muayene bulguları ve büyümesi normal olan her çocuğa konabilir.⁷⁸ Fizik muayenede özellikle bebeğin tüm vücudu travma ve olası kırıklar yönünden incelenir. Çünkü bu bebekler zor bebeklerdir ve istismar yönünden risk altındadırlar.⁶⁴

2.7. Tedavi

Günümüze kadar ilaç tedavisi ve ilaç dışı bir çok tedavi biçimi denenmiş, ancak etkili ve aynı zamanda güvenli bir tedavi biçimi henüz bulunamamıştır.⁷⁹

2.7.1. İlaç Tedavisi

2.7.1.1. Antikolinergik İlaçlar

Antikolinergik ilaçlardan Dicyclomine apne, kabızlık, ishal gibi ciddi yan etkileri nedeniyle artık kullanılmamaktadır.^{2,54,80} Cimetropium, sık kullanılan bir ajan olup plaseboya göre ağlama krizlerinin süresini azalttığı gösterilmiştir. Ancak gaz sancısı tedavisinde etkili bir yöntem olarak kullanılmamaktadır.⁴⁹

2.7.1.2. Simetikon

Simetikon bağırsaklarda oluşan fazla gazın atılmasını sağlamaktadır.¹⁰ Emilmediği için sistemik yan etkisi yoktur. Ancak, plasebo ile karşılaştırılan çalışmada belirgin bir etkinlik saptanmamıştır.⁸¹

2.7.2. Diyet Tedavisi

2.7.2.1. Anne Sütü Kullanma

Anne sütü alan bebeklerde formula ile beslenen bebeklere göre gaz sancısının daha sık görüldüğüne dair yayın⁸² olsa da net bir fikir birliği yoktur.^{51,83} Anne sütü alan bebeklerde protein intoleransından çok süte geçen allerjen maddeler özellikle de inek sütü proteini suçlanmaktadır. Diğer allerjenler yumurta, fındık, fıstık, bulgur, mercimek, kuru fasulye, lahana, turp, nohut, barbunya, baharatlı gıdalar olarak sıralanabilir. Ayrıca annenin kullandığı çay, sigara ve alkol de bebekte gaz sancısı riskini arttırmaktadır. Annenin bu gıdaları almadığında bebeğin gaz sancısı şikayetlerinde gerileme olduğu bildirilmektedir.⁸⁴

2.7.2.2. Soya Bazlı Formula Kullanma

Gaz sancısı tedavisinde inek sütü proteini içeren formül mamalar yerine soya bazlı formül mamaların kullanımı bir alternatif olarak sunulmuş olmasına karşın kullanımı tartışmalıdır.⁴

2.7.2.3. Whey veya Kazein Proteini Hidrolize Formula Kullanma

İnek sütü allerjisi düşünülen veya soya bazlı mama ile beslenmesine rağmen gaitada kan ve diğer allerji bulguları olan bebeklerde Whey veya kazein proteini hidrolize formula kullanımı diğer formulalara göre pahalı olan bir tedavi yöntemidir. Soya bazlı formulalar gibi ilk tercih olmasa da gaz sancısında kullanıldığında bebeklerin belirgin bir şekilde fayda sağladığı gösterilmiştir.^{34,54,85,86}

2.7.2.4. Laktozsuz Formula Kullanma

Laktozsuz formül mama ile beslenme gaz sancısının giderilmesinde standart bir yöntem olarak kullanılmamakta, sadece laktoz intoleransı olduğunda yapılması tavsiye edilmektedir. İntoleransı olan bebekler mama ile besleniyorsa mamalarının laktoz

içermeyen formülle değiştirilebileceği, anne sütü ile besleniyorsa beslenme değişikliği yapılmadan laktaz içeren ilaçlar verilebileceği söylenmektedir.¹¹

2.7.2.5. Sukroz (şerbet) Solüsyonu

Sukrozun özellikle yenidoğanlarda ağrı kesici etki gösterdiği bilinmektedir.⁸⁷ Yapılan çalışmalarda, gaz sancılı bebeklerde sukroz solüsyonu verilmesinin ağrıyı gidermede etkili bir yöntem olduğu ve ağlama süresini azalttığı bulunmuştur.^{41,55,88,89}

2.7.2.6. Bitkisel Çaylar

"Bitkisel çaylar" olarak nitelendirilen ürünlerin (tarçın, papatya, dereotu, rezene, zencefil, limon kökü, meyan kökü, nane ve civanperçemi) antispazmotik etkisi vardır.⁴⁶ Yapılan çalışmalarda, bitki çaylarının bebeklerin gaz sancılarının hafifletilmesinde^{40,90} ve ağlama sürelerinin azalmasında^{88,91} etkili olduğu belirtilmiştir. Bitkisel çayların tedavi amaçlı kullanımındaki çekinceler; doz ve içeriklerinin standardize olmaması, normal beslemeyi bozmaları ve içerdikleri toksik maddelere bağlı ciddi hatta ölümcül yan etkilerin görülmesidir.³⁹

2.7.2.7. Bebeğin Diyetine Lif Eklenmesi

Bebeğin diyetine lif eklenmesinin gaz sancısı bulgularında anlamlı bir iyileşme sağlamadığı gösterilmiştir.³⁴

2.7.2.8. Probiyotiklerin Diyete Eklenmesi

Probiyotiklerin gaz sancısı belirtilerini düzelttiğini, iyi tolere edildiğini ve güvenli olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Gaz sancısı tedavisinde rutin olarak uygulanabilmesi için daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.^{92,93}

2.7.3. Davranışsal Tedaviler

Ağlayan bebeği yatıştırmak için birçok yöntem³ bulunmakla birlikte gaz sancısının giderilmesinde en çok kabul gören uygulamanın davranışsal yaklaşım olduğu belirtilmektedir.¹³

Sallama: Bebek kucakta, pusette, yatağında, hamakta, altı haftalıktan büyükse otomatik bebek salıncağında³ çok aktif bebek ise battaniyede ritmik şekilde sallanabilir.²⁸ Sallama, “tekrarlayıcı ve ritmik” hareketler olarak, sürekli uyaran sağladığı için faydalı olmaktadır.¹⁵ Sallama, vestibular sistemi uyarak bebeği uyutur¹⁶ Aynı zamanda sallama bebeklerde bilişsel davranışsal bir yöntem olarak endorfin salınımını uyarak bebeğin kendini rahat ve huzurlu hissetmesini sağlar.¹⁷ Bir ağlama atağında bebeği kucaklamanın, kucakta hafifçe sallamanın, battaniye ile sallamanın yararlı olduğu belirtilmektedir.²⁷⁻²⁹ Bazı bebekler kucakta yana doğru sallanırsa uyuyabilir, yukarı aşağı sallayınca sakinleşirler. Bebek farklı yönlerde sallandığında tepkileri kontrol edilmeli⁹⁴ ve çok sert sallama boyunda yaralanmaya yol açabileceğinden dikkatli olunmalıdır.²⁷ Yapılan çalışmalarda da annelerin bebeklerini sakinleştirmek için sallama yöntemlerini kullandıkları görülmektedir.^{18,19-21} Bu uygulamaların bebeğin ağrısını ve ağlamasını azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir.²²⁻²⁶

Davranışsal yaklaşımda yer alan diğer yöntemler ise şunlardır;

- Bebek kucağa alınıp annenin/bakıcının göğsüne yaslanmış şekilde tutulabilir. Sarılmak, bebekte güven hissi uyandırır. Bu arada, sırtına hafifçe, aralıklı olarak minik vuruşlar uygulamanın da faydası olmaktadır.³
- Kundak yapmanın beyni iç ve dış etkilerden koruyarak ve uyaranları azaltarak gaz sancısı bulgularında azalmaya neden olduğu ileri sürülmüştür.^{95,96}
- Bebeğin araba ile gezdirilmesinin midesinin rahatlamasına yardımcı olabileceği söylenmiştir⁴⁷. Ancak uzun süreli etkili bir yöntem olmadığı belirtilmiştir.⁵⁴
- Karına yapılan on beş dakikalık masaj, gaita ve gaz çıkışına yardımcı olur, bağırsaklardaki kasılmayı ve sancıyı hafifletebilir.⁴⁶ Elle tedavi anlamına gelen “Chiropractic uygulama” spinal kord boyunca yapılan bir masaj yöntemidir.⁴

Yapılan çalışmalarda plaseboya göre etkin olduğu gösterilmiş, ancak diğer tedavi modellerine üstünlüğü halen tartışma konusudur.^{97,98}

- Bebeği daha sık beslemek ve emzik kullanmak yararlı olabilir. Emme bebeğin gaz çıkarmasını kolaylaştırabilmektedir.⁹⁹ Besleme sonrasında omuz pozisyonu kullanarak geçirilmelidir. Beslemeden sonra dik tutulmalıdır.¹⁰⁰
- Yüzüstü yatırma denenebilir.² Karına sıcak havlu uygulaması, ılık banyo yaptırma, şarkı söyleme yararlı olabilen diğer yöntemler arasındadır. Bebeğin hangi müzik türünden hoşlandığı keşfedilmeye çalışılmalıdır. Beğendiği bir melodi tekrar tekrar söylenebilir.³
- Ritmik seslerden yararlanılabilir. Bebekler, annenin arterlerindeki kanın sesine ve karnın içindeki sallanma hareketine alışkanlık geliştirmektedirler. Birçok bebek vantilatör ya da elektrik süpürgesinin sesiyle, rahim içinde duyduğu guruldama seslerinin teyp kaydıyla, doğadaki seslerle ya da babalarının sesleriyle sakinleşebilmektedir.³ Sessiz ve daha az aydınlık bir oda dış uyaranları azaltmak da bebeğin sakinleşmesine yardımcı olabilir.²
- Bebeği kurutma makinesi ya da saç kurutma makinesi yanına koymak gaz sancısını azaltmak için uygulanan diğer yöntemlerdir.³⁹

2.8. Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanmasında ailelere empatik bir yaklaşım içinde olunmalıdır. Annelerin stres durumu ile baş edebilmesine yardım edilmeli, kaygıları azaltılmalı, gaz sancısıyla ilgili bilgi düzeyi artırılmalı, gereksinimleri ve destek sistemleri belirlenmelidir.^{18,72} Aileye destek veren sistemlerin var oluşu, bebek ve aile sağlığı açısından önemlidir. Hemşireler, ailelerin bu süreçle baş edebilmelerine yardımcı olan destek sistemlerinden biridir. Aileye yaklaşımda özellikle

bebeğin büyüme ve gelişiminin normal olduğu vurgulanmalı, bu durumun dördüncü aya kadar geçeceği, ender olarak altı ya da dokuz ay kadar sürebileceği söylenmelidir.⁸⁰

Hemşirelik yaklaşımında aile öyküsü ve alışkanlıkları belirlenmeli, bebeğin ve annenin beslenme şekli incelenmelidir.¹⁰¹ Bebeğin ağlaması; ağlama şekli, günün hangi saatleri ağladığı, ağlamasının karakteristik özellikleri ile ailenin ağlama nöbetleri sırasında ve sonrasında bebeklerine olan yaklaşım ve iletişimi değerlendirilmelidir. Ailelere bebeklerin ağlamalarına erken yanıt verilmesi ve aşırı uyaranlardan kaçınılması gerektiği anlatılmalıdır.¹⁰²

Annenin alışkanlıkları, ilaç alma, sigara içme ve kahve tüketimi incelenmelidir.¹⁰² Emzirme döneminde alınan bazı ilaçların bebeklerde konvülsiyonlara, ciddi gastrointestinal problemlere, gaz sancısına ve kilo kaybına yola açtığı belirtilmiştir. Annenin laktasyon döneminde günde 2-3 fincandan fazla kahve tüketmesi, içerdiği kafeinden dolayı bebekte irritabiliteye yol açabilmektedir.¹⁰³ Gebelikte ve emzirme döneminde sigara içimi gaz sancısı oluşumuna neden olduğundan, anne sigara içiyorsa bırakması önerilmektedir.^{2,42,104}

Emzirmenin ağlayan bebekler üzerinde sakinleştirici etkisi vardır.¹⁹ Emzirmenin etkili olabilmesi için bebek doğru emzirme tekniği ile emzirilmelidir.¹⁰⁵ Emzirme etkisiz olursa, hava yutan bebeklerde gaz sancısı görülme riskinin artacağı bilinmektedir.¹⁰⁶ Bebeklerin emzirme süresini kısaltmanın gaz sancısı için risk oluşturduğu belirtilmektedir.¹⁹ Annelere bebeklerini 6 ay boyunca emzirmeleri önerilmelidir.^{3,19}

Ailelere bebeklerinde gaz sancısı olduğunda uygulayabileceği yöntemler anlatılmalı, içlerinden bebeğine uygun yöntemi seçmelerine yardım edilmelidir.¹⁰² Özellikle seçilen yöntemin doğru uygulanmasına karşın bu durumun devam edebileceği vurgulanmalıdır.³

Ailelere koruyucu sağlık eğitimleri verilmeli ve anne bebek bağının 6nemi vurgulanmalıdır.⁵⁰ Annelerin aşıırı ağlayan bebeklerine bağlanmada yaşıadıkları sorunları erken d6nemde belirleyerek ileriki d6nemlerde gelişıebilecek sorunların en aza indirilmesinde ve oluşıabilecek 7ocuk istismarı ve ihmalinin 6nlenmesinde 6nemli katkıları olabilir.⁷² 6zellikle doğum sonrası erken d6nemde eğitim verilmesi ile farkındalığın artması sağlanarak SBS'nin gelişımesi 6nlenebilir.^{33,74} T6m hemşırelik yaklaşımlarının aile merkezli olması gerekliliğinden bakımda anneler olduğu kadar babalar da desteklenmeli ve cesaretlendirilmeli, ailenin diğer 6yelerinin de bakıma katılması sağlanmalıdır.¹⁰⁷

2.9. Prognoz

Gaz sancısı bebeklerde g6r6len ge7ici bir durumdur. Prognozu iyidir ve mortalite riski yoktur. Bebeklerin b6y6me ve gelişımesi normal olarak devam etmektedir.^{11,108} Bu bebekler iki-yedi ayda normal uyku d6zenine sahip olmaktadır.¹⁰⁹

Gaz sancılı 7ocukların ilerde titiz, agresif, uyku bozuklukları olan 7ocuklar olduğu bildirilmektedir.¹¹⁰ Bu 7ocuklarda yineleyen karın ağrıları ve alerjik hastalıkların daha sık g6r6ld6đu bildirilmekle beraber, yapılan bir 7alışmada astım ve alerjik hastalıklarla bağlantı saptanmamıştır.¹¹¹ Başka bir 7alışmada ise 67 aydan uzun s6ren ağlamalarda ileri yaşta bilişsel fonksiyonların bozulabileceği bildirilmektedir.¹¹²

3. MATERYAL VE METOT

3. 1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, ön test- son test ve yarı deneme modeli uygulanarak yapılmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ağrı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 15 Temmuz 2012 – 15 Haziran 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Temmuz 2012 - Şubat 2013 tarihleri arasında Ağrı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde doğan bebekler ve anneleri; örneklemini söz konusu tarihler arasında bu hastanede doğan, araştırma seçim kriterlerine uyan ve güç analizi (%80 temsil gücünde minimum örneklem sayısı 18) ile belirlenen 72 bebek ve anneleri oluşturmuştur.

Araştırmaya 1-3 aylık, miadında doğan, doğum ağırlığı 2500-4000 gram olan, düzenli büyüme ve gelişme gösteren, sağlıklı, Wessel'in 3'ler kuralına göre günde 3 saatten fazla, haftada 3 günden fazla ve en az 3 hafta devam eden ağlaması olan, Ağrı il merkezinde oturan, okur-yazar ve iletişime ve işbirliğine açık anneye sahip bebekler dahil edilmiştir.

Gaz sancısı olan bebekleri belirleyebilmek için bebeklerin bilgilerine ve annelerin telefon numaralarına hastane kayıtlarından yararlanılarak ulaşılmıştır. Araştırma kriterlerine uyan bebeklerin anneleri ile telefonda görüşülmüş ve Wessel'in 3'ler kuralı açıklanarak bebeklerin ağlama durumu sorgulanmıştır. Wessel'in 3'ler kuralına göre ağlama sorunu yaşadığını belirten annelerden 7 gün süre ile bebeklerinin sadece gaz sancısı nedeniyle olan ağlama sürelerini not etmeleri istenmiştir. Bu süre sonunda ev ziyareti yapılarak annelerin aldığı notlar incelenmiş ve 80 bebeğin en az üç hafta, haftada 3 gün ve günde 3 saatten fazla ağladığı saptanmıştır. Wessel kriterlerine

göre gaz sancısı olduğu belirlenen bu bebekler çalışmaya alınmıştır. Uygulamalar devam ederken 8 anne kendi istekleriyle araştırmadan ayrılmak istediğini belirtmiş ve araştırma 72 anne ve bebek ile tamamlanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan ilk grup araştırmanın kucakta sallama grubunu (S=38), ikinci grup battaniyede sallama grubunu (S=34) oluşturmuştur. Grup sıralaması kura ile belirlenerek basit rastgele yapılmıştır. Gaz sancısı olan her bebek bu sıralamaya göre gruplara dahil edilmiştir. Gruplardan hangisinin kucakta, hangisinin battaniyede sallama olacağına kura yöntemiyle karar verilmiştir.

3. 4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Soru Formu: Araştırmacı tarafından literatür^{18,113} incelenerek hazırlanan bu form; bebeğin yaşı (ay), cinsiyeti, doğum ağırlığı, kaçınıcı çocuk olduğu, planlı gebelik olma durumu, doğum şekli, beslenme tipi, annenin yaşı, eğitimi, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu ve aile tipini içeren dördü açık uçlu olmak üzere toplam 13 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

3.4.2. İnfant Kolik Ölçeği (İKÖ): Ellet ve ark.¹¹⁴ tarafından, gaz sancısını tanılamada ve değerlendirmede sağlık profesyonellerine yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, inek sütü/soya proteini alerjisi/intoleransı, immatür sindirim sistemi, immatür merkezi sinir sistemi, zor bebek, ebeveyn-bebek etkileşimi+sorunlu bebek olmak üzere toplam 5 alt boyuttan ve 22 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin cronbach alpha katsayı 0.73 olarak bulunmuştur.¹¹⁴ İnfant kolik skalasının maddeleri 6 puanlı likert skala üzerinde değerlendirilmiştir. Ölçek maddeleri 1'den 6'ya kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir. Derecelendirme 1 (kesinlikle katılmıyorum), 6 (kesinlikle katılıyorum) şeklinde yapılmıştır. Puanların yorumlanmasında tutarlılık olması için negatif sorular tersine kodlanmıştır. İmmatür sindirim sistemi alt boyutunda yer alan madde 3, immatür merkezi sinir sistemi alt

boyutunda yer alan madde 7, 8, 9, zor bebek alt boyutunda yer alan madde 13, 14, 15, ebeveyn-bebek etkileşimi+sorunlu bebek alt boyutunda yer alan madde 17 ve madde 19 ters kodlanmıştır. Ölçekten alınan toplam puan ortalamasının düşük olması gaz sancısının azaldığını, puan ortalamasının yüksek olması ise gaz sancısının arttığını göstermektedir.^{114,115} Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında Çetinkaya ve Başbakkal tarafından 110 gaz sancılı bebekte yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla, madde toplam korelasyonları incelenmiş ve analiz sonucunda immatür sindirim sistemi alt boyutuna ait madde 5 (Bebeğim sütü sindirmeden kusuyor) ve madde 6 (Bebeğim kakasını yapmakta zorlanmıyor) ile immatür merkezi sinir sistemi alt boyutuna ait madde 11 (Bebeğim her gün aynı saatte besleniyor) ölçekten çıkarılmıştır. Sonuç olarak, 22 maddelik ölçek 19 maddeye inmiştir. Faktör analizi sonucunda, ölçeğin 5 alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Ölçek toplam varyansın %57.6'sını açıklamaktadır. Ölçeğin zamana göre değişmezliği test-retest güvenilirliği ölçümü ile değerlendirilmiştir. Toplam ölçek için test-retest korelasyon katsayısı 0.65 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliği için incelenen cronbach alpha katsayısının 0.73 olduğu saptanmıştır¹¹⁵ (EK-3).

Bu araştırmada cronbach alpha katsayısı 0.64 olarak bulunmuştur. 0.60 ve 0.80 arasındaki değerler oldukça güvenilir olarak yorumlanmaktadır.¹¹⁶

3.4.3. Ağlama Süresi Kayıt Formu: Bebeklerin ağlama saati ve süresinin ebeveynler tarafından kaydedilebilmesi için araştırmacı tarafından hazırlanan bir formdur (EK-4).

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın başlangıcında, araştırma kriterlerine uyan, Wessel'in 3'ler kuralına göre gaz sancısı olduğu belirlenen ve yedi gün süreyle bebeklerin ağlama sürelerinin kaydedildiği formların ev ziyareti yapılarak incelenmesi sonucunda Wessel kriterlerine

göre gaz sancısı tanısı konulan bebeklerin annelerine, araştırmanın amacı ve yapılacak uygulamalar anlatılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerle yapılan ön görüşmede soru formu ve IKÖ doldurulmuştur. Annelere, uygulamalar süresince bebeğin gaz sancısı başladığı zaman ağlama süresini yedi gün süreyle kayıt tutmaları için ağlama süresi kayıt formu bırakılmıştır. Verilerin toplanması ve annelere uygulamanın anlatılması, gösterilmesi ve yaptırılması her anne için yaklaşık 40 dakika sürmüştür. Kucakta ve battaniyede sallama gruplarındaki uygulamalar on beş gün devam etmiştir. Ön görüşme sonrası, her iki grup birer hafta arayla toplam iki kez izlenmiştir. Birinci hafta izlem verilerinin toplanmasında yaklaşık 10 dakikalık sürelerle ev ziyareti yapılarak, yedi gün boyunca kaydedilen ağlama süresi kayıt formu alınmış, yeni kayıt formu bırakılmıştır. İkinci haftanın sonunda ise yine bir hafta boyunca bebeklerinin ağlama süresini kaydettikleri ikinci formlar alınarak ve son izlem IKÖ doldurularak uygulamalar tamamlanmıştır.

3. 6. Gaz Sancısı Olan Bebeklere Uygulanan Girişimler

Gaz sancısı olan bebeklere kucakta sallama ve battaniyede sallama girişimleri uygulanmıştır.

Kucakta sallama grubundaki bebeklerin annelerine, bebeğin gaz sancısı ağlaması başladığı an bebeği kucağa alıp, her zaman baş ve boyun desteklenerek, sallama yönü fark etmeden ritmik olarak ve sallamayı şiddetlendirmeden sessiz bir ortamda ağlama süresince ve bebek sakinleşinceye kadar kucakta sallamaları söylenmiştir. Bu gruptaki annelere bebeğin ağladığı zaman kucağa alınmasına ihtiyacı olduğunu ancak ağlamadığı zamanlarda kucağa almamaları ve kucağa alıncak diye endişelenmemeleri gerektiği belirtilmiştir. Sallamanın ritmik ve özellikle yavaş olmasına dikkat edilmesi gerektiği söylenmiştir.

Battaniyede sallama grubundaki bebeklerin annelerine ise bebeği sessiz bir ortamda, ince ve yumuşak bir battaniyede, yumuşak hareketlerle, bir yardımcı eşliğinde, ağlama sũresince ve bebek sakinleşinceye kadar sallamaları sũylenmiřtir. Annelere, bebeği uyuması için sũrekli salladıkları taktirde bu durumun bebek için alışkanlık oluşturacağı, bunu önlemek için bebeğin uykusu geldiğinde ve ağlamadığı zamanlarda bebeği yatağına koymaları ve ağlamıyorsa uyuması için sallamaları gerektiği açıklanmıştır.

Her iki gruptaki annelere bebeğin gaz sancısı ağlaması başladığında kucakta ya da battaniyede sallamaya başladıktan sonra ağlamanın ne kadar sũrede sona erdiğini ağlama sũresi kayıt formuna kayıt etmeleri belirtilmiştir. Annelere, uygulamalar sũresince bebeğin gaz sancısını azaltmak için sallama girişimleri dışında başka girişimde bulunmamaları gerektiği belirtilerek annelerden bu konuda gũvence alınmıştır.

Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki annelere yapacakları uygulamalar araştırmacı tarafından anlatıldıktan sonra uygulamayı nasıl yapacakları gösterilmiş ve uygulamalar araştırmacı gözleminde annelere yaptırılmıştır. Literatũrde sallamanın sũresi ve sıklığı ile ilgili bilgiye rastlanmamıştır. Sallama sũresi annenin isteğine bırakılarak bebeğin sakinleşme sũresine kadar bebeği sallamaları sũylenmiřtir. Annelere çok sert sallamanın boyunda yaralanmaya yol açabileceği ve bu konuda dikkatli olunması gerektiği belirtilmiştir.²⁷ Hafifçe sallamanın bebeğe herhangi bir zararı olmayacağı açıklanmıştır. Annelere bu konuda bilgi ve destek verilip rahatlatılarak SBS'nin kontrol altına alınması sağlanmıştır.

Annelere gaz sancısının normal gelişmenin bir parçası olduğu, bir hastalık belirtisi olmadığı, ağlama ne kadar uzun sũrerse sũrsũn bebeği sarsmadan, zarar vermeden en iyi yardımı kendilerinin yapabileceği anlatılmıştır.¹¹⁷ Bebeği bir tũrlũ

susturamamaktan dolayı gerginleşip, stresin giderek arttığını hissettiklerinde bebeği babasına veya bebeğe bakabilecek diğer kişilere bırakabilecekleri belirtilmiştir.⁹⁴ Bu şekilde annenin kaygısı azaltılmaya ve stresi kontrol altına alması sağlanmaya çalışılmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Sallama girişimleri (kucakta ve battaniyede sallama)

Bağımlı Değişkenler: Ağlama süreleri, gaz sancısı düzeyi

Kontrol Değişkenleri: Bebeğe ilişkin tanıtıcı özellikler (yaş, cinsiyet, doğum ağırlığı, kaçınıcı çocuk olduğu, planlı gebelik olma durumu, doğum şekli, beslenme şekli) ve anneye ilişkin tanıtıcı özellikler (yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir ve sosyal güvence durumu, aile tipi)

3. 8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 18.0 paket programında uygun istatistiksel analizler kullanılarak değerlendirilmiştir.

İstatistiksel analizde;

- Bebeklerin tanıtıcı özellikleri ve annelerin sosyo-demografik özelliklerini incelemek amacıyla yüzdeler dağılımlar, ki kare testi,
- Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki bebeklerin grup içi ve gruplar arası ağlama süreleri (saat/gün) ve IKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ortalama, standart sapma, t testi,
- Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki bebeklerin tanıtıcı özellikleri ve annelerin sosyo-demografik özelliklerinin bebeklerin ağlama süreleri ve ölçek toplam puan ortalamalarıyla karşılaştırılmasında ortalama, standart sapma, Kruskal Wallis H testi, Mann Whitney U testi,

- Ölçeğin iç içyapı tutarlılığını belirlemek amacıyla cronbach alpha katsayısı kullanılmıştır.

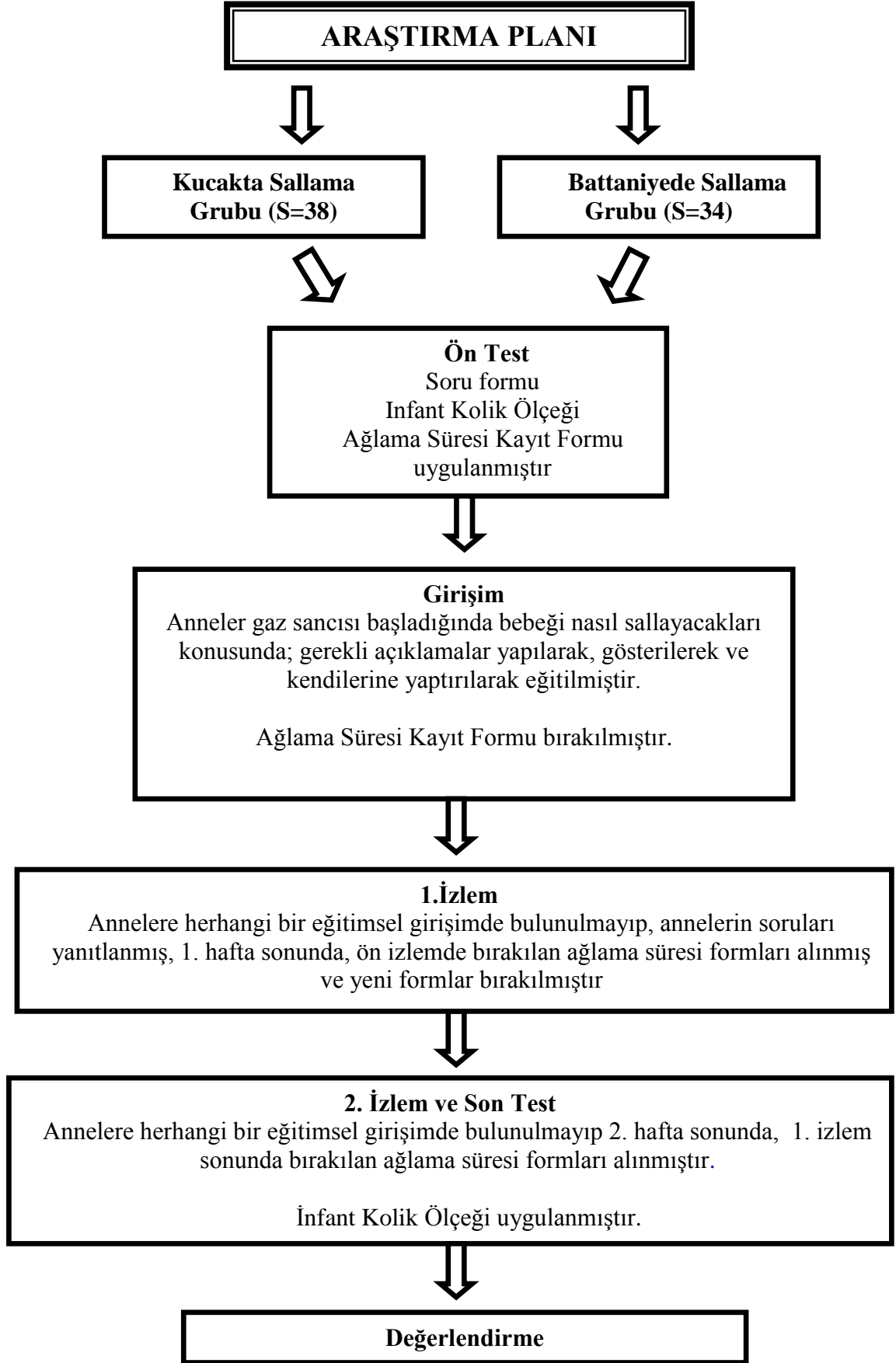
3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan (08.05.2012 tarih ve 2012.2.46 sayılı) etik onay (EK-5) ve ilgili kurumdan yasal izin alınmıştır (EK-6). Araştırma grubu kriterlerini taşıyan bebeklerin annelerine, çalışmanın amacı açıklanmış, soruları yanıtlanmış ve yazılı onayları alınmıştır. Annelere verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklanmıştır.

Araştırmada, insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden ilgili etik ilkeler olan “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi”, “Gönüllülük İlkesi” ve “Gizliliğin Korunması İlkesi” yerine getirilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Uygulama öncesi ön izlem ve uygulama sonrası iki izlem (1. hafta ve 2. hafta) süresince ağlama sürelerinin anneler tarafından kayıt edilmesi, araştırmada kontrol grubu oluşturulamaması ve her iki gruptaki annelerin çalışma durumu yönünden denk olmaması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Örneklem sayısının az olması nedeniyle araştırmanın sonuçları bu gruba genellenebilir.



Şekil 3.1. Araştırma planı

4. BULGULAR

Kucakta sallama ve battaniyede sallama grubundaki gaz sancısı olan bebeklerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili bilgiler Tablo 4.1’de verilmiştir.

Kucakta sallama grubundaki bebeklerin %47.4’ünün bir aylık, %21.1’inin iki aylık, %31.6’sının üç aylık olduğu; %52.6’sının kız, %47.4’ünün erkek, %21.1’inin doğum ağırlığının 2500-2900 gr, %55.3’ünün 3000-3400 gr, %23.7’sinin 3500-4000 gr olduğu, %31.6’sının ilk çocuk, %81.6’sının planlı gebelik olduğu bulunmuştur. Bebeklerin %65.8’inin normal doğumla, %34.2’sinin sezaryan doğumla dünyaya geldiği; %68.4’ünün anne sütü, %5.3’ünün mama, %26.3’ünün anne sütü ve mama ile beslendiği belirlenmiştir.

Battaniyede sallama grubundaki bebeklerin %52.9’unun bir aylık, %17.6’sının iki aylık, %29.4’ünün üç aylık olduğu; %47.1’inin kız, %52.9’unun erkek; %23.5’inin doğum ağırlığının 2500-2900 gr, %58.8’inin 3000-3400 gr, %17.6’sının 3500-4000 gr olduğu; %47.1’inin ilk çocuk, %76.5’inin planlı gebelik olduğu bulunmuştur. Bebeklerin %73.5’inin normal doğumla, %26.5’inin sezaryan doğumla dünyaya geldiği; %82.4’ünün anne sütü, %17.6’sının anne sütü ve mama ile beslendiği belirlenmiştir.

Araştırmada, kucakta ve battaniyede sallama gruplarındaki bebeklerin tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.1). Bu sonuçlar iki deney grubunun kontrol değişkenleri yönünden benzer olduklarını göstermektedir.

Tablo 4.1. Gaz Sancısı Olan Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	GRUPLAR				Test ve p	
	Kucak (S=38)		Battaniye (S=34)		χ^2	p
	S	%	S	%		
Yaş (ay)						
1	18	47.4	18	52.9	.246	.884
2	8	21.1	6	17.6		
3	12	31.6	10	29.4		
Cinsiyet						
Kız	20	52.6	16	47.1	.223	.637
Erkek	18	47.4	18	52.9		
Doğum ağırlığı (gr)						
2500-2900	8	21.1	8	23.5	.403	.817
3000-3400	21	55.3	20	58.8		
3500-4000	9	23.7	6	17.6		
Kaçıncı çocuk						
1	12	31.6	16	47.1	5.092	.078
2	16	42.1	6	17.6		
3 ve üzeri	10	26.3	12	35.3		
Planlı gebelik durumu						
Planlı	31	81.6	26	76.5	.284	.594
Plansız	7	18.4	8	23.5		
Doğum şekli						
Normal	25	65.8	25	73.5	.507	.477
Sezeryan	13	34.2	9	26.5		
Beslenme şekli						
Anne sütü	26	68.4	28	82.4	2.861	.239
Mama	2	5.3	0*	-		
Anne sütü ve mama	10	26.3	6	17.6		

*Battaniyede sallama grubunda mama ile beslenen bebek yoktur.

Tablo 4.2’de kucakta sallama ve battaniyede sallama grubundaki annelerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili veriler sunulmuştur.

Kucakta sallama grubundaki annelerin %5.3’ünün 20 yaş ve altında, %44.7’sinin 21-29 yaş, %50’sinin 30 yaş ve üstünde olduğu; %15.8’inin okur-yazar, %42.1’inin ilköğretim mezunu, %21.1’inin lise mezunu, %21.1’inin üniversite mezunu olduğu; %81.6’sının çalışmadığı; %23.7’sinin gelirinin giderinden az, %68.4’ünün gelirinin giderine eşit; %97.4’ünün sosyal güvencesi olduğu; ailelerin %81.6’sının çekirdek aile olduğu belirlenmiştir.

Battaniyede sallama grubundaki annelerin %8.8’inin 20 yaş ve altında, %58.8’inin 21-29 yaş, %32.4’ünün 30 yaş ve üstünde olduğu; %11.8’inin okur-yazar, %47.1’inin ilköğretim mezunu, %32.4’ünün lise mezunu, %8.8’inin üniversite mezunu olduğu; tamamının (%100) çalışmadığı; %41.2’sinin gelirinin giderinden az, %55.9’unun gelirinin giderine eşit; %97.1’inin sosyal güvencesi olduğu; ailelerin %82.4’ünün çekirdek aile olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada, kucakta ve battaniyede sallama gruplarındaki annelerin yaş, eğitim, gelir durumu, sosyal güvence durumu ve aile tipi karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), çalışma durumu ile karşılaştırıldığında ise gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.2. Annelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	GRUPLAR				Test ve p	
	Kucak (S=38)		Battaniye (S=34)		χ^2	p
	S	%	S	%		
Yaş						
20 yaş ve altı	2	5.3	3	8.8	2.362	.307
21-29 yaş	17	44.7	20	58.8		
30 yaş ve üstü	19	50.0	11	32.4		
Eğitim durumu						
Okur-yazar	6	15.8	4	11.8	2.933	.402
İlköğretim mezunu	16	42.1	16	47.1		
Lise mezunu	8	21.1	11	32.4		
Üniversite mezunu	8	21.1	3	8.8		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	7	18.4	-*	-	6.938	.008
Çalışmıyor	31	81.6	34	100.0		
Gelir durumu						
Gelir giderden az	9	23.7	14	41.2	2.963	.227
Gelir gidere eşit	26	68.4	19	55.9		
Gelir giderden fazla	3	7.9	1	2.9		
Sosyal güvence durumu						
Var	31	97.4	33	97.1	.006	.936
Yok	7	2.6	1	2.9		
Aile tipi						
Çekirdek	31	81.6	28	82.4	.007	.932
Geniş	7	18.4	6	17.6		

*Battaniyede sallama grubunda çalışan anne yoktur.

Kucakta sallama grubundaki bebeklerin grup içi uygulama öncesi ve uygulama sonrası 1. hafta ve 2. hafta ağlama süreleri Tablo 4.3’de verilmiştir.

Kucakta sallama grubundaki bebeklerin günlük ağlama süresi (saat/gün) ortalaması uygulama öncesi 3.71 ± 0.83 , uygulama sonrası birinci hafta sonunda 1.57 ± 0.66 ’dır. Birinci ve ikinci hafta ağlama süreleri karşılaştırıldığında; ağlama süresi birinci hafta sonunda 1.57 ± 0.66 , ikinci hafta sonunda ise 1.29 ± 0.55 bulunmuştur. Kucakta sallama grubundaki bebeklerin uygulama öncesi ağlama süreleriyle ikinci hafta sonundaki ağlama süreleri karşılaştırıldığında; ağlama sürelerinde ikinci haftada önemli bir azalma olduğu görülmektedir.

Uygulama öncesi ile uygulama sonrası 1. Hafta ($t=17.05$ $p=.000$), uygulama sonrası 1. hafta ile 2. hafta ($t=8.35$ $p=.000$), uygulama öncesi ile uygulama sonrası 2. hafta ($t=19.42$ $p=.000$) ağlama süreleri açısından farkların son testler lehine istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$, Tablo 4.3).

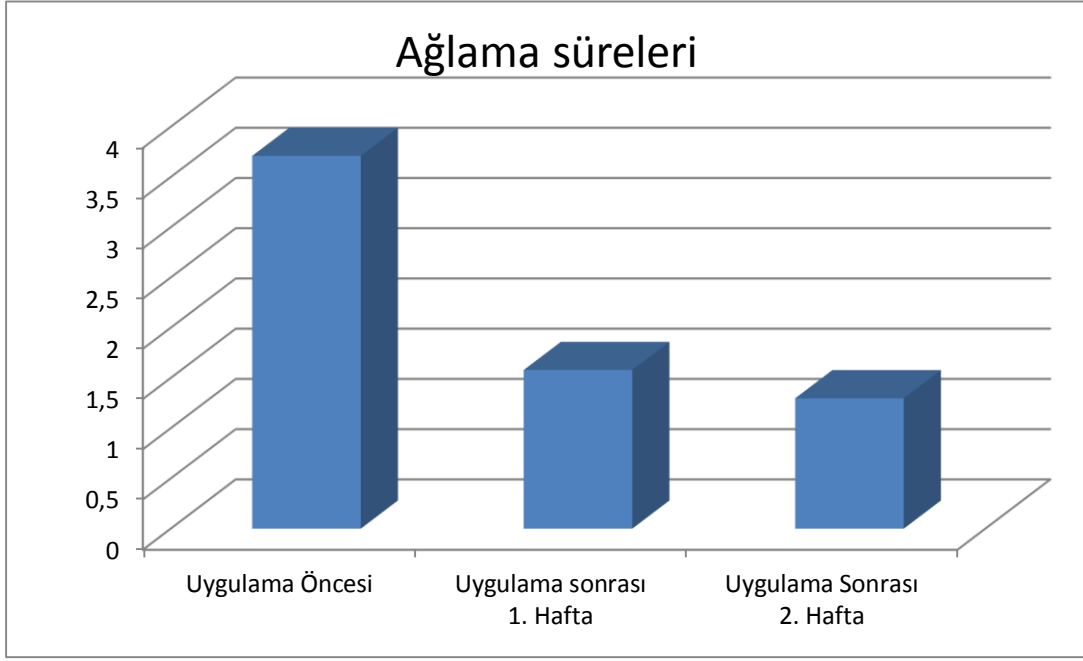
Tablo 4.3. Kucakta Sallama Grubundaki Bebeklerin Grup İçi Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası 1. Hafta ve 2. Hafta Ağlama Sürelerinin Karşılaştırılması

		S	X	SS	t	p
	*UÖ	38	3.71	.83	17.05	.000
	**US 1.Hafta	38	1.57	.66		
Ağlama süresi (saat/gün)	US 1.Hafta	38	1.57	.66	8.35	.000
	US 2.Hafta	38	1.29	.55		
	UÖ	38	3.71	.83	19.42	.000
	US 2.Hafta	38	1.29	.55		

*UÖ= Uygulama öncesi

**US= Uygulama sonrası

Uygulama süresi arttıkça kucakta sallama grubundaki bebeklerin ağlama sürelerinin azaldığı saptanmıştır (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Kucakta sallama grubundaki bebeklerin grup içi uygulama öncesi ve uygulama sonrası (1. hafta ve 2. hafta) ağlama sürelerinin (saat/gün) dağılımı

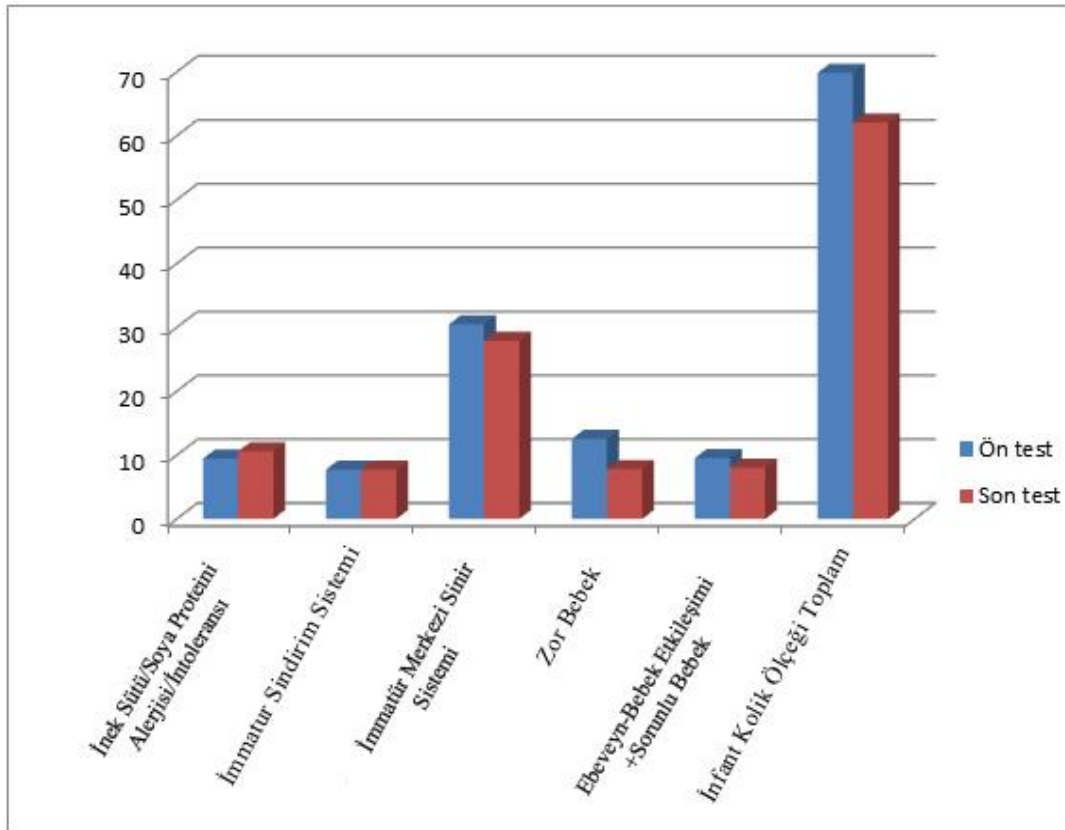
Kucakta sallama grubundaki bebeklerin grup içi IKÖ ön test ve son test puanları açısından farklar Tablo 4.4’de verilmiştir.

Kucakta sallama grubundaki bebeklerin, IKÖ’nün “İnek Sütü/Soya Proteini Alerjisi/İntoleransı” alt boyut puan ortalaması ön testte 9.47 ± 2.69 iken, bu değer son testte 10.60 ± 1.38 , “İmmatür Sindirim Sistemi” alt boyut puan ortalaması ön testte 7.76 ± 2.05 iken son testte 7.71 ± 2.25 , “İmmatür Merkezi Sinir Sistemi” alt boyut puan ortalaması ön testte 30.50 ± 4.78 iken son testte 27.94 ± 3.69 ’dur. Ölçeğin, “Zor Bebek” alt boyut puan ortalaması ön testte 12.57 ± 4.15 iken, son testte 7.78 ± 2.25 , “Ebeveyn-Bebek Etkileşimi+Sorunlu Bebek” alt boyut puan ortalaması ön testte 9.57 ± 3.39 iken, son testte 8.02 ± 1.26 ’dir. Toplam ölçek puanları incelendiğinde ön test puan ortalaması 69.89 ± 9.26 , son test puan ortalaması ise 62.07 ± 5.87 ’dir. Kucakta sallama grubundaki bebeklerin, IKÖ “İnek sütü/soya proteini alerjisi/intoleransı” alt boyut puanı son testte beklenen sonucun aksine artmıştır ($t=-4.07$ $p=.000$). Ölçeğin “İmmatur sindirim

sistemi” alt boyut puanında son testte azalma olmasına rağmen ön test ve son test puanları arasındaki fark anlamsız ($t=.57$ $p=.571$) bulunmuştur.

İKÖ'nün “İmmatür merkezi sinir sistemi” ($t=7.99$ $p=.000$), “Zor bebek” ($t=9.94$ $p=.000$), “Ebeveyn-Bebek Etkileşimi+Sorunlu bebek” ($t=3.62$ $p=.001$) alt boyut puanları ve “İnfant Kolik Ölçeği Toplam” puanında ($t=11.04$ $p=.000$) son testlerde azalma olduğu ve ön test ve son test puanları açısından farkların son testler lehine istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$, Tablo 4.4).

Kucakta sallama grubunda, ölçeğin “İnek sütü/soya proteini alerjisi/intoleransı” alt boyutu dışında, diğer alt boyutları ve toplam puanında, son testlerde azalma olduğu saptanmıştır (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Kucakta sallama grubundaki bebeklerin grup içi İKÖ ön test ve son test puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 4.4. Kucakta Sallama Grubundaki Bebeklerin Grup İçi IKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İNFANT KOLİK ÖLÇEĞİ						
ALT BOYUTLARI		S	X	SS	t	p
İnek sütü/soya proteini alerjisi/intoleransı	Ön test	38	9.47	2.69	-4.07	.000
	Son test	38	10.60	1.38		
İmmatur sindirim sistemi	Ön test	38	7.76	2.05	.57	.571
	Son test	38	7.71	2.25		
İmmatür merkezi sinir sistemi	Ön test	38	30.50	4.78	7.99	.000
	Son test	38	27.94	3.69		
Zor bebek	Ön test	38	12.57	4.15	9.94	.000
	Son test	38	7.78	2.25		
Ebeveyn-Bebek Etkileşimi+Sorunlu bebek	Ön test	38	9.57	3.39	3.62	.001
	Son test	38	8.02	1.26		
İnfant Kolik Ölçeği	Ön test	38	69.89	9.26	11.04	.000
Toplam Puan	Son test	38	62.07	5.87		

Battaniyede sallama grubundaki bebeklerin uygulama öncesi, uygulama sonrası 1. hafta ve 2. hafta ağlama süreleri Tablo 4.5’de verilmiştir.

Bebeklerin günlük ağlama süresi (saat/gün) ortalaması uygulama öncesi 3.67 ± 0.72 , uygulama sonrası birinci hafta sonunda 1.71 ± 0.85 ’dir. Birinci ve ikinci hafta ağlama süreleri karşılaştırıldığında; ağlama süresi birinci hafta sonunda 1.71 ± 0.85 , ikinci hafta ise sonunda 1.33 ± 0.67 bulunmuştur. Battaniyede sallama grubundaki bebeklerin uygulama öncesi ağlama süreleriyle ikinci hafta sonundaki ağlama süreleri karşılaştırıldığında; ağlama sürelerinde ikinci haftada önemli bir azalma olduğu görülmektedir. Uygulama öncesi ile uygulama sonrası 1. Hafta ($t=14.38$ $p=.000$), uygulama sonrası 1. hafta ile 2. hafta ($t=8.53$ $p=.000$), uygulama öncesi ile uygulama

sonrası 2. hafta ($t=18.93$ $p=.000$) ağlama süreleri açısından farkların son testler lehine istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$, Tablo 4.5).

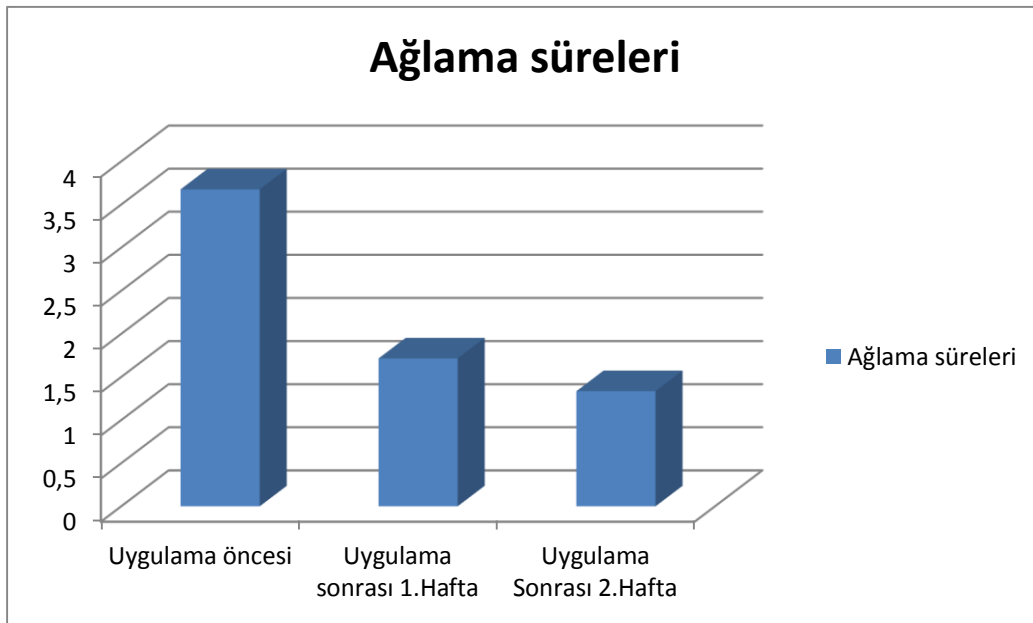
Tablo 4.5. Battaniyede Sallama Grubundaki Bebeklerin Grup İçi Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası 1. Hafta ve 2. Hafta Ağlama Sürelerinin Karşılaştırılması

	S	X	SS	t	p
*UÖ	34	3.67	.72	14.38	.000
**US1. Hafta	34	1.71	.85		
Ağlama süresi					
(gün/saat)					
US 1. Hafta	34	1.71	.85	8.53	.000
US 2. Hafta	34	1.33	.67		
UÖ	34	3.67	.72	18.93	.000
US 2. Hafta	34	1.33	.67		

*UÖ= Uygulama öncesi

**US= Uygulama sonrası

Uygulama süresi artıkça battaniyede sallama grubundaki bebeklerin ağlama sürelerinin azaldığı saptanmıştır (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Battaniyede sallama grubundaki bebeklerin grup içi uygulama öncesi ve uygulama sonrası (1. hafta ve 2. hafta) ağlama sürelerinin (saat/gün) dağılımı

Battaniyede sallama grubundaki bebeklerin grup içi IKÖ ön test ve son test puanları açısından farklar Tablo 4.6’da verilmiştir.

Battaniyede sallama grubundaki bebeklerin, IKÖ’nün “İnek Sütü/Soya Proteini Alerjisi/İntoleransı” alt boyut puan ortalaması ön testte 9.94 ± 2.17 iken, bu değer son testte 10.67 ± 1.27 , “İmmatür Sindirim Sistemi” alt boyut puan ortalaması ön testte 7.76 ± 1.37 iken son testte 7.61 ± 1.49 , “İmmatür Merkezi Sinir Sistemi” alt boyut puan ortalaması ön testte 30.47 ± 4.00 iken son testte 27.50 ± 3.50 ’dir. Ölçeğin, “Zor Bebek” alt boyut puan ortalaması ön testte 12.08 ± 3.34 iken, son testte 7.64 ± 1.47 , “Ebeveyn-Bebek Etkileşimi+Sorunlu Bebek” alt boyut puan ortalaması ön testte 10.08 ± 3.74 iken, son testte 8.20 ± 1.22 ’dir. Toplam ölçek puanları incelendiğinde ön test puan ortalaması 70.35 ± 7.39 , son test puan ortalaması ise 61.64 ± 4.54 ’dür.

Battaniyede sallama grubundaki bebeklerin, IKÖ “İnek sütü/soya proteini alerjisi/intoleransı” alt boyut puanında son testte beklenen sonucun aksine artma olmuştur. Ön test ve son test puanları açısından aralarındaki farkların anlamlı olduğu ($t=-4.07$ $p=.000$) tespit edilmiştir.

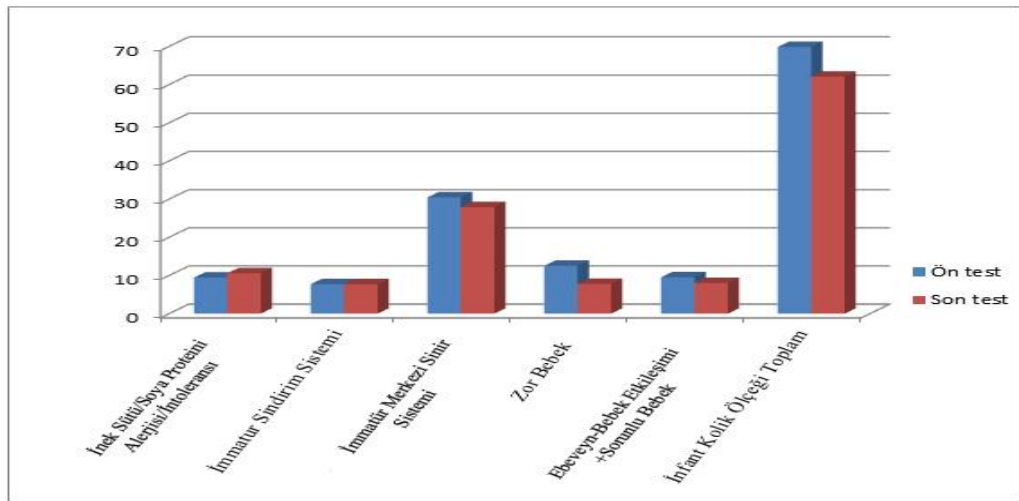
Ölçeğin “İmmatur sindirim sistemi” alt boyut puanında ise son testte azalma olmasına rağmen ön test ve son test puanları arasındaki fark anlamsız ($t=.57$ $p=.571$) bulunmuştur.

IKÖ’nün “İmmatür merkezi sinir sistemi” ($t=8.09$ $p=.000$), “Zor bebek” ($t=11.33$ $p=.000$), “Ebeveyn-Bebek Etkileşimi+Sorunlu bebek” ($t=3.89$ $p=.000$) alt boyut puanları ve “İnfant Kolik Ölçeği Toplam” puanında ($t=12.13$ $p=.000$) son testlerde azalma olduğu ve ön test ve son test puanları açısından farkların son testler lehine istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$, Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Battaniyede Sallama Grubundaki Bebeklerin Grup İçi IKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İNFANT KOLİK ÖLÇEĞİ			S	X	SS	t	p
ALT BOYUTLARI							
İnek sütü/soya protein alerjisi/intoleransı	Ön test	34	9.94	2.17	-3.01	.005	
	Son test	34	10.67	1.27			
İmmatur sindirim sistemi	Ön test	34	7.76	1.37	1.22	.231	
	Son test	34	7.61	1.49			
İmmatür merkezi sinir sistemi	Ön test	34	30.47	4.00	8.09	.000	
	Son test	34	27.50	3.50			
Zor bebek	Ön test	34	12.08	3.34	11.33	.000	
	Son test	34	7.64	1.47			
Ebeveyn-Bebek Etkileşimi+Sorunlu bebek	Ön test	34	10.08	3.74	3.89	.000	
	Son test	34	8.20	1.22			
İnfant Kolik Ölçeği	Ön test	34	70.35	7.39	12.13	.000	
Toplam Puan	Son test	34	61.64	4.54			

Battaniyede sallama grubunda, ölçeğin “İnek sütü/soya proteini alerjisi/intoleransı” alt boyutu dışında, diğer alt boyutları ve toplam puanında, son testlerde azalma olduğu saptanmıştır (Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Battaniyede sallama grubundaki bebeklerin grup içi IKÖ ön test ve son test puan ortalamalarının dağılımı

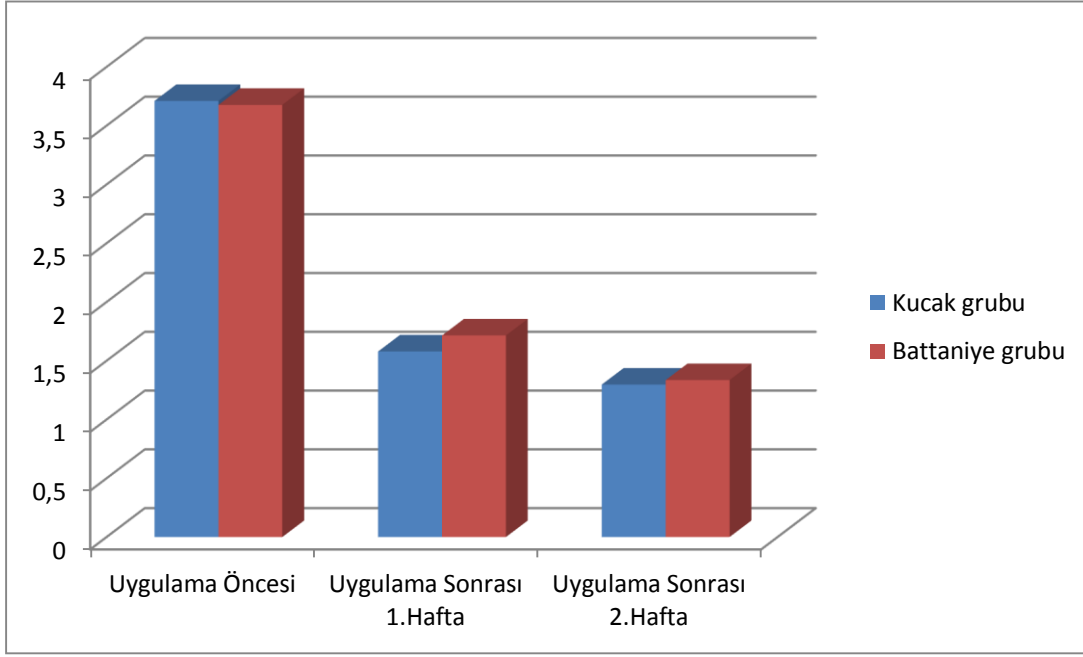
Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki bebeklerin gruplar arası uygulama öncesi, uygulama sonrası 1. hafta ve 2. hafta ağlama süreleri (saat/gün) ve IKÖ ön test ve son test puanları açısından aralarındaki farkların dağılımı Tablo 4.7’de verilmiştir.

Günlük ağlama süresi ortalaması uygulama öncesi kucakta sallama grubundaki bebeklerde 3.71 ± 0.83 , battaniyede sallama grubundaki bebeklerde 3.67 ± 0.72 ’dir. Uygulama sonrası bu değer kucakta sallama grubundaki bebeklerde birinci hafta sonunda 1.57 ± 0.66 , ikinci hafta sonunda 1.29 ± 0.55 ; battaniyede sallama grubundaki bebeklerde birinci hafta sonunda 1.71 ± 0.85 , ikinci hafta sonunda 1.33 ± 0.67 olarak bulunmuştur.

Gruplar arası ağlama süreleri incelendiğinde, kucakta ve battaniyede sallama grubundaki bebeklerin uygulama öncesi, uygulama sonrası 1. hafta ve 2. hafta ağlama süreleri açısından aralarındaki farkların istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir ($p>0.05$, Tablo 4.7).

Kucakta sallama grubundaki bebeklerin ağlama sürelerinde, battaniyede sallama grubuna göre daha fazla azalma olduğu görülmesine rağmen aralarında fark olmadığı saptanmıştır. Bu bulgu iki deney grubu arasında ağlama sürelerini azaltma yönünden fark olmadığını göstermektedir.

Her iki gruptaki bebeklerin uygulama öncesi, uygulama sonrası 1. hafta ve 2. hafta ağlama süreleri açısından benzer oldukları tespit edilmiştir (Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki bebeklerin gruplar arası uygulama öncesi ve uygulama sonrası (1. hafta ve 2. hafta) ağlama sürelerinin (saat/gün) dağılımı

Gruplar arası IKÖ incelendiğinde “İnek Sütü/Soya Proteini Alerjisi/İntoleransı” alt boyut puan ortalaması kucakta sallama grubundaki bebeklerde ön testte 9.47 ± 2.69 , son testte 10.60 ± 1.38 ; battaniyede sallama grubundaki bebeklerde ön testte 9.94 ± 2.17 , son testte 10.67 ± 1.27 bulunmuştur. Her iki gruptaki bebeklerde “İnek Sütü/Soya Proteini Alerjisi/İntoleransı” alt boyut puanında son testte azalma olmadığı tespit edilmiştir.

Ölçeğin “İmmatür Sindirim Sistemi” alt boyut puan ortalaması, kucakta sallama grubundaki bebeklerde ön testte 7.76 ± 2.05 , son testte 7.71 ± 2.25 ; battaniyede sallama grubundaki bebeklerde ön testte 7.76 ± 1.37 iken son testte 7.61 ± 1.49 ’dur. “

İmmatür Merkezi Sinir Sistemi” alt boyut puan ortalaması, kucakta sallama grubundaki bebeklerde ön testte 30.50 ± 4.78 , son testte $27.94 \pm 3,69$; battaniyede sallama grubundaki bebeklerde ön testte 30.47 ± 4.00 , son testte $27.50 \pm 3,50$ ’dir.

“Zor Bebek” alt boyut puan ortalaması, kucakta sallama grubundaki bebeklerde ön testte 12.57 ± 4.15 iken, son testte 7.78 ± 2.25 , battaniyede sallama grubundaki bebeklerde ön testte 12.08 ± 3.34 , son testte 7.64 ± 1.47 ’dir.

“Ebeveyn-Bebek Etkileşimi+Sorunlu Bebek” alt boyut puan ortalaması, kucakta sallama grubundaki bebeklerde ön testte 9.57 ± 3.39 iken, son testte 8.02 ± 1.26 ; battaniyede sallama grubundaki bebeklerde ön testte 10.08 ± 3.74 iken, son testte 8.20 ± 1.22 ’dir. Her iki grupta ölçek alt boyut puanlarında son testte azalma olduğu bulunmuştur.

Kucakta sallama grubu ve battaniyede sallama grubundaki bebeklerin, ön test ve son test “İnek sütü/soya proteini alerjisi/intoleransı”, “İmmatur sindirim sistemi”, “İmmatür merkezi sinir sistemi”, “Zor bebek”, “Ebeveyn-Bebek Etkileşimi+Sorunlu bebek” alt boyut puanları açısından aralarındaki farkların istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir ($p > 0.05$).

Toplam ölçek puanları incelendiğinde; kucakta sallama grubundaki bebeklerde ön test puan ortalaması 69.89 ± 9.26 , son test puan ortalaması ise 62.07 ± 5.87 ; battaniyede sallama grubundaki bebeklerde ön test puan ortalaması 70.35 ± 7.39 , son test puan ortalaması ise 61.64 ± 4.54 bulunmuştur. İKÖ toplam puanlarında da iki grupta azalma olduğu ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$, Tablo 4.7).

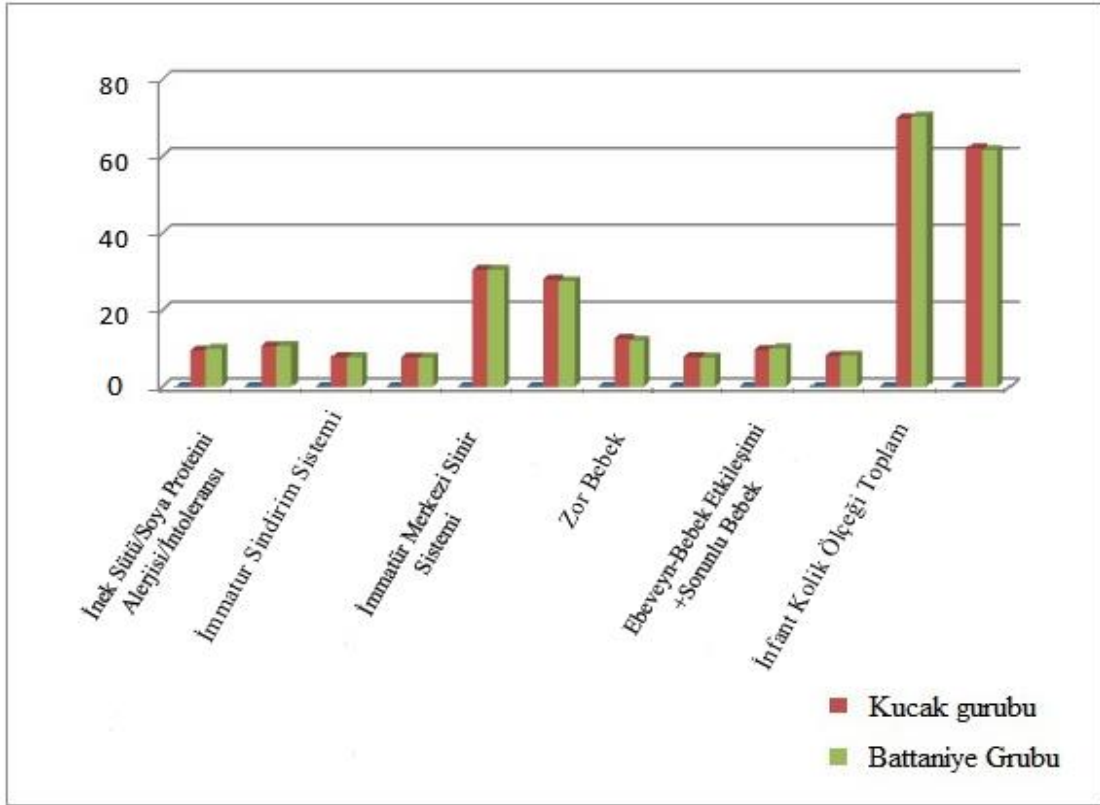
Tablo 4.7. Kucakta ve Battaniyede Sallama Grubundaki Bebeklerin Gruplar Arası Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası (1. Hafta ve 2. Hafta) Ağlama Süreleri ile İKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Kucakta		Battaniyede		t	p
		sallama (S=38)		sallama (S=34)			
		X	SS	X	SS		
Ağlama süresi	* UÖ	3.71	.83	3.67	.72	.184	.855
	**US 1.Hafta	1.57	.66	1.71	.85	-.757	.452
	US 2.Hafta	1.29	.55	1.33	.67	-.262	.794
İnek sütü/soya proteini alerjisi /intoleransı	Ön test	9.47	2.69	9.94	2.17	-.803	.424
	Son test	10.60	1.38	10.67	1.27	-.226	.822
İmmatur sindirim sistemi	Ön test	7.76	2.05	7.76	1.37	-.004	.997
	Son test	7.71	2.25	7.61	1.49	.208	.836
İmmatür merkezi sinir sistemi	Ön test	30.50	4.78	30.47	4.00	.028	.978
	Son test	27.94	3.69	27.50	3.50	.526	.601
Zor bebek	Ön test	12.57	4.15	12.08	3.34	.548	.586
	Son test	7.78	2.25	7.64	1.47	.313	.755
Ebeveyn-Bebek Etkileşimi+Sorunlu bebek	Ön test	9.57	3.39	10.08	3.74	-.606	.547
	Son test	8.02	1.26	8.20	1.22	-.611	.543
İnfant Kolik Ölçeği Toplam	Ön test	69.89	9.26	70.35	7.39	-.230	.819
	Son test	62.07	5.87	61.64	4.54	.346	.730

*UÖ= Uygulama öncesi

**US= Uygulama sonrası

Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki bebeklerin, gruplar arası İKÖ ön test ve son test “İnek sütü/soya proteini alerjisi/intoleransı”, “İmmatur sindirim sistemi”, “İmmatür merkezi sinir sistemi”, “Zor bebek”, “Ebeveyn-Bebek Etkileşimi+Sorunlu bebek” alt boyut puanları ve “İnfant Kolik Ölçeği Toplam” puanları açısından benzer oldukları saptanmıştır (Şekil 4.6).



Şekil 4.6. Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki bebeklerin gruplar arası IKÖ ön test ve son test puan ortalamalarının dağılımı

Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki bebeklere ilişkin tanıtıcı özelliklere göre ön izlem ağlama süresi ve ön test IKÖ toplam puan ortalaması arasındaki farklar Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Kucakta sallama grubundaki bebeklerin yaşları, cinsiyetleri, doğum ağırlığı, kaçınıcı çocuk olduğu, planlı gebelik olma durumu ve doğum şeklinin bebeklerin ağlama sürelerine ve IKÖ puanlarına etkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Bebeklerin beslenme şeklinin ağlama süresine ve IKÖ puanlarına etkili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.8). Kucakta sallama grubunda anne sütüyle beslenen bebeklerin ağlama sürelerinin ve gaz sancısının daha az olduğu bulunmuştur.

Battaniyede sallama grubundaki bebeklerin yaşları, cinsiyetleri, doğum ağırlığı, planlı gebelik olma durumu, doğum şekli ve beslenme şeklinin bebeklerin ağlama sürelerine ve IKÖ puanlarına etkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Bebeklerin kaçınıcı

çocuk olduğunun ağlama sürelerine etkili olduğu ($p<0.05$), İKÖ puanlarına etkili olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 4.8). Bu bulgu battaniyede sallama grubunda ikinci çocukların ağlama sürelerinin daha az olduğunu göstermektedir.

Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki annelere ilişkin sosyo-demografik özelliklere göre bebeklerin ön izlem ağlama süresi ve ön test İKÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Kucakta sallama grubundaki annelerin yaşı, eğitimi, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumunun bebeklerin ağlama sürelerine ve İKÖ puanlarına etkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Aile tipinin bebeklerin ağlama sürelerine ve İKÖ puanlarına etkili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.9). Bu bulgu kucakta sallama grubunda geniş ailede yaşayan annelerin bebeklerinin ağlama sürelerinin ve gaz sancısının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Battaniyede sallama grubundaki annelerin eğitimi, gelir durumu, sosyal güvence durumunun bebeklerin ağlama sürelerine ve İKÖ puanlarına etkili olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Annelerin yaşı ve aile tipinin bebeklerin ağlama süresine etkili olmadığı ($p>0.05$), İKÖ puanlarına etkili olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.9). Bu bulgu battaniyede sallama grubunda, 20 yaş ve altındaki anneler ile geniş ailede yaşayan annelerin bebeklerinin gaz sancısının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.8. Bebeklere İlişkin Tanıtıcı Özelliklere Göre Kucakta ve Battaniyede Sallama Grubundaki Bebeklerin Ağlama Süresi ve İKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	<u>AĞLAMA SÜRESİ (saat/gün)</u>						<u>İKÖ PUAN ORTALAMASI</u>					
	Kucak			Battaniye			Kucak			Battaniye		
	S	X	SS	S	X	SS	S	X	SS	S	X	SS
Yaş (ay)												
1	18	3.66	.907	18	3.61	.697	18	71.44	10.04	18	68.61	6.65
2	8	3.50	.755	6	3.83	.752	8	69.75	9.34	6	73.33	11.03
3	12	3.91	.792	10	3.70	.823	12	67.66	8.22	10	71.70	5.92
	KW=1.593			KW=.461			KW=1.498			KW= 1.526		
	p=.451			p= .794			p=.473			p= .466		
Cinsiyet												
Kız	20	3.75	.910	16	3.81	.750	20	70.15	10.21	16	69.68	7.70
Erkek	18	3.66	.766	18	3.55	.704	18	69.61	8.36	18	70.94	7.24
	U = 175.50			U= 116.00			U= 171.00			U= 140.00		
	p=.885			p=.291			p= .792			p=.890		
Doğum ağırlığı (gr)												
2500-2900	8	3.50	.925	8	3.87	.834	8	68.00	8.63	8	66.12	6.33
3000-3400	21	3.90	.830	20	3.45	.604	21	71.38	10.00	20	70.00	5.92
3500-4000	9	3.44	.726	6	4.16	.752	9	68.11	8.25	6	77.16	9.28
	KW=2.979			KW=5.010			KW=1.349			KW=4.529		
	p=.226			p=.082			p=.509			p=.104		
Kaçıncı çocuk												
1	12	3.91	.900	16	3.81	.834	12	67.75	8.33	16	70.00	9.28
2	16	3.56	.813	6	3.00	.000	16	69.75	9.51	6	67.50	3.39
3 ve üzeri	10	3.70	.823	12	3.83	.577	10	72.70	10.10	12	72.25	5.72
	KW=1.259			KW=7.229			KW=2.094			KW=2.322		
	p=.533			p=.027			p=.351			p=.313		
Planlı gebelik durumu												
Planlı	31	3.64	.797	26	3.61	.752	31	68.67	8.68	26	69.61	7.56
Plansız	7	4.00	1.00	8	3.87	.640	7	75.28	10.49	8	72.75	6.69
	U = 86.500			U = 80.000			U = 63.00			U = 82.000		
	p=.319			p=.287			p=.086			p=.371		
Doğum şekli												
Normal	25	3.60	.763	25	3.60	.707	25	71.24	8.38	25	69.84	5.61
Sezeryan	13	3.92	.954	9	3.88	.781	13	67.30	10.62	9	71.77	11.30
	U = 133.000			U = 88.500			U = 121.500			U = 99.500		
	p=.319			p=.306			p=.206			p=.611		
Beslenme şekli												
Anne sütü	26	3.46	.706	28	3.71	.762	26	67.42	8.40	28	69.71	7.69
Mama	2	4.00	1.41	*	-	-	2	66.50	2.12	-	-	-
Anne sütü+mama	10	4.30	.823	6	3.50	.547	10	77.00	8.91	6	73.33	5.31
	U = 7.277			U=73.500			U= 9.455			U=52.500		
	p= .026			p= .604			p= .009			p= .154		

*Battaniyede sallama grubunda mama ile beslenen bebek bulunmamaktadır.

Tablo 4.9. Annelere İlişkin Sosyo-demografik Özelliklere Göre Kucakta ve Battaniyede Sallama Grubundaki Bebeklerin Ağlama Süresi ve İKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	AĞLAMA SÜRESİ (saat/gün)						İKÖ PUAN ORTALAMASI					
	Kucak			Battaniye			Kucak			Battaniye		
	S	X	SS	S	X	SS	S	X	SS	S	X	SS
Yaş												
20 yaş ve altı	2	4.00	.000	3	4.33	.577	2	68.50	6.36	3	82.66	5.85
21-29	17	3.70	.848	20	3.60	.753	17	68.76	10.11	20	68.55	7.05
30 yaş ve üzeri	19	3.68	.885	11	3.63	.674	19	71.05	8.95	11	70.27	5.17
	KW=.644			KW=2.925			KW=.408			KW= 6.969		
	p=.725			p= .232			p=.815			p= .031		
Eğitim durumu												
Okur-yazar	6	3.66	.816	4	4.00	.000	6	72.66	10.38	4	74.25	7.04
İlköğretim	16	3.93	.853	16	3.75	.774	16	69.87	9.85	16	73.06	7.13
Lise	8	3.50	.755	11	3.54	.820	8	71.25	4.86	11	65.09	6.28
Üniversite	8	3.50	.925	3	3.33	.577	8	66.00	10.79	3	70.00	2.64
	KW=2.525			KW=2.800			KW=2.229			KW=7.325		
	p=.471			p=.423			p=.526			p=.062		
Çalışma durumu												
Çalışıyor	7	3.28	.755	-*	-	-	7	65.14	9.71	-	-	-
Çalışmıyor	31	3.80	.833	34	3.67	.726	31	70.96	8.96	34	70.35	7.39
	U = 69.000			-			U = 72.000			-		
	p=.102						p=.169					
Gelir durumu												
Gelir giderden az	9	3.77	.833	14	4.00	.679	9	67.44	10.57	14	73.64	6.95
Gelir gidere eşit	26	3.61	.803	19	3.47	.696	26	70.30	7.31	19	68.05	7.13
Gelir giderden fazla	3	4.33	1.15	1	3.00	.	3	73.66	20.50	1	68.0	.
	KW=1.729			KW=5.805			KW=1.408			KW=4.438		
	p=.421			p=.055			p=.495			p=.109		
Sosyal güvence durumu												
Var	37	3.70	.845	33	3.66	.735	37	69.64	9.26	33	70.18	7.43
Yok	1	4.00	.	1	4.00	.	1	79.00	.	1	76.00	.
	U = 133.000			U = 11.000			U = 65.500			U = 5.500		
	p=.582			p=.540			p=.273			p=.261		
Aile tipi												
Çekirdek	37	3.58	.847	28	3.60	.737	31	68.61	9.37	28	69.21	7.32
Geniş	1	4.28	.487	6	4.00	.632	7	75.57	6.57	6	75.66	5.46
	U = 52.000			U = 56.500			U = 54.500			U = 35.500		
	p=.019			p=.175			p=.042			p=.028		

(*) Battaniyede sallama grubunda çalışan anne olmadığı için analiz yapılamamıştır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, iki farklı sallama yönteminin (kucakta ve battaniyede sallama) bebeklerde gaz sancısı ve ağlama süresine etkisini ve gaz sancısı ile ağlama süresini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Kucakta sallama grubundaki bebeklerin grup içi uygulama öncesi ağlama süresi ortalamasının (saat/gün) uygulama sonrasına göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 4.3). Kucakta sallamanın grup içinde, gaz sancısı olan bebeklerin ağlama sürelerini azalttığı saptanmıştır. Uygulama süresi arttıkça (2. hafta sonunda) bebeklerin ağlama süresinde azalma olmuştur. Kucakta sallama grubundaki bebeklerin grup içi IKÖ ön test ve son test toplam puanları incelendiğinde, uygulama sonrası son testte ölçek puan ortalamasında azalma olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Kucakta sallamanın IKÖ toplam puanını düşürdüğü görülmektedir. Yapılan girişim sonucunda IKÖ puan ortalamasında ve gaz sancısında azalma olması uygulamanın etkinliği açısından beklenen bir sonuçtur. Bu sonuçlar ile **“Kucakta sallama grubundaki bebeklerin uygulama sonrası gaz sancısı ve ağlama süreleri uygulama öncesine göre daha düşüktür”** hipotezi desteklenmiştir.

Gaz sancısında ve ağlama sürelerindeki bu azalmanın, anne kucağının bebeği rahatlatmasından, bebeğin kucakta kendini güvende hissetmesinden ve anneye sürekli fiziksel temas halinde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ritmik hareketlerin ve sallamanın sakinleştirici etkisinin de ağlamayı azalttığı söylenebilmektedir. Literatürde sarılmanın bebekte güven hissi uyandırdığı,³ sallamanın “tekrarlayıcı ve ritmik” hareketler olarak sürekli uyaran sağladığı için faydalı olduğu¹⁵ belirtilmektedir.

Ourth ve Brown²² ile Gordon ve Foss²³ kucakta sallamanın bebeğin ağlamasını azaltmada etkili olduğunu belirtmiştir. Swandling ve Griffiths²⁵ yaptıkları çalışmada gaz sancısı ağlaması olan bebekleri, ağlama esnasında yalnız bırakma yerine; besleme, kucaklama, bebeği teskin edecek bir şey yapma ve uyutmaya çalışan ebeveynlerin ağlamayı azaltmada daha başarılı olduklarını bildirmiştir. Araştırma bulguları bu çalışmaların sonuçlarını desteklemektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da annelerin bebeklerini sakinleştirmek için sallama yöntemlerini kullandıkları görülmektedir.¹⁸⁻²¹ Literatürde, gaz sancısı ağlaması sırasında bebeğin daha fazla kucağa alınmasının, kollarda tutulmasının, kucakta sallamanın bebeğin ağrısını azalttığı bildirilmektedir.¹¹⁸ Araştırma bulgusu literatürle uyumlu bulunmuştur.

Battaniyede sallama grubundaki bebeklerin grup içi uygulama öncesi ağlama süresi ortalamasının (saat/gün) uygulama sonrasına göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 4.5). Battaniyede sallamanın grup içinde, gaz sancısı olan bebeklerin ağlama sürelerini azalttığı saptanmıştır. Bebeklerin ağlama sürelerinin ilk izlemde itibaren ve uygulama süresi arttıkça (2. hafta sonunda) önemli ölçüde azaldığı görülmüştür. Bu bulgular, battaniyede sallama girişiminin etkin olduğu göstermektedir. Battaniyede sallama grubundaki bebeklerin grup içi IKÖ ön test ve son test toplam puanları incelendiğinde, uygulama sonrası son testte ölçek puan ortalamasında azalma olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Battaniyede sallamanın IKÖ toplam puanını düşürdüğü görülmektedir. Bu bulgu battaniyede sallama girişiminin etkin olduğunu ve battaniyede sallamanın bebeklerin gaz sancısını azalttığını göstermektedir. Bu sonuçlar ile **“Battaniyede sallama grubundaki bebeklerin uygulama sonrası gaz sancısı ve ağlama süreleri uygulama öncesine göre daha düşüktür”** hipotezi desteklenmiştir.

Battaniyede sallama grubundaki bebeklerin gaz sancısında ve ağlama sürelerindeki bu azalma, ritmik hareketlerin bebeği rahatlatmasından ve sallamanın sakinleştirici etkisinden kaynaklanmış olabilir. Bebeğin battaniye içinde yukarı kaldırıldığında oluşan boşluk hissi bebeğin kendisini uterus içindeki ortamda ve güvende hissetmesine bunun da bebeğin rahatlamasına neden olabileceği düşünülmüştür. Bebeğin battaniye içindeki pozisyonunun anne karnındaki gibi cenin pozisyonuna benzemesi ve bebeğin battaniye içindeki sabit pozisyonu bebeği rahatlatan diğer faktörler olarak düşünülmektedir. Aynı zamanda battaniyede sallamanın bebeği eğlendirip bebeğin mutlu olmasını sağlayarak bu sonuca ulaşıldığı düşünülmektedir. Literatürde sallamanın “tekrarlayıcı ve ritmik” hareketler olarak sürekli uyaran sağladığı için faydalı olduğu¹⁵, endorfin salınımını uyararak bebeğin kendini rahat ve huzurlu hissetmesini sağladığı¹⁷ ve battaniye ile sallanmasının faydalı olduğu²⁸ belirtilmiştir. Balcı'nın¹⁸ çalışmasında gaz sancısı olan bebeği sakinleştirmek için battaniye ile sallayanların % 30'u başarılı olmuştur. Literatür incelemesi sonucunda battaniyede sallamanın bebeğin ağlamasına ve ağrısına etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, Mathai ve ark.²⁶ çalışmasında beşikte sallamanın bebeğin ağlamasını ve ağrısını azalttığı bulunmuştur. Bebeği battaniyede ve beşikte sallamanın benzer mekanizma gösterdiği düşünülerek bu çalışmanın sonucu verilmiştir. Araştırma bulgusu bu çalışmayla uyumlu bulunmuştur.

Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki bebeklerin gruplar arası uygulama öncesi ve uygulama sonrası (1. hafta ve 2. hafta) ağlama süreleri incelendiğinde, uygulama sonrası her iki grupta ağlama sürelerinde azalma olduğu görülmektedir. Kucakta sallama grubundaki bebeklerin ağlama sürelerinde, battaniyede sallama grubuna göre daha fazla azalma olduğu görülmesine rağmen aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.7). Bu sonuç “**Kucakta ve battaniyede**

sallama grubuna uygulanan farklı sallama girişimlerine göre bebeklerin ağlama süreleri birbirinden farklıdır” hipotezini doğrulamamıştır.

Kucakta ve battaniyede sallama grubunda gruplar arası, ön test - son test İKÖ toplam puanlarına bakıldığında, her iki grupta da son testlerde ölçek toplam puanlarında azalma olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir (Tablo 4.7). Her iki gruptaki bebeklerin ölçek toplam puanları açısından benzer oldukları söylenebilmektedir. Bu bulgular, kucakta ve battaniyede sallama grubu arasında gaz sancısını azaltma yönünden fark olmadığını göstermektedir. Bu sonuç **“Kucakta ve battaniyede sallama grubuna uygulanan farklı sallama girişimlerine göre bebeklerin gaz sancısı düzeyleri birbirinden farklıdır”** hipotezini doğrulamamıştır.

Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki bebeklerin yaş (ay), cinsiyet, doğum kilosu, planlı gebelik sonucu dünyaya gelme durumu ve doğum şekli ile bebeklerin ağlama süreleri ve İKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.8). Yapılan çalışmalarda bebeklerin gün olarak yaşları,⁴³ cinsiyeti,^{6,36,43,48,101,113,119} doğum kilosu,^{36,43,50,113,119,120} planlı gebelik sonucu dünyaya gelme durumu,^{113,121} doğum şekli,^{6,35,43,62,101,112,119,120} ile gaz sancısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırma bulgusu bu çalışmaların bulgularıyla uyumlu bulunmuştur.

Bebeklerin kaçınıcı çocuk olduğunun; kucakta sallama grubunda ağlama süreleri ve İKÖ toplam puanlarına etkili olmadığı, battaniyede sallama grubunda ise ağlama sürelerine etkili olduğu ve İKÖ toplam puanlarına etkili olmadığı görülmektedir (Tablo 4.8). Bu bulgu battaniyede sallama grubunda, ikinci çocuklarda ağlama süresinin daha az olduğunu göstermektedir. Bu sonucun annelerin bebeğin bakımıyla ilgili deneyim kazanmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Yapılan bazı çalışmaların^{43,113}

aksine doğum sırası ile gaz sancısı arasında anlamlı bir fark bulunmuş ve ilk çocuklarda daha fazla gaz sancısı görüldüğü saptanmıştır.^{18,32,36,101}

Kucakta sallama grubundaki bebeklerin beslenme şeklinin ağlama süresi ve IKÖ toplam puanlarına etkili olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8). Anne sütüyle beslenen bebeklerin ağlama sürelerinin ve gaz sancısının mama ve anne sütü+mama ile beslenen bebeklerden daha az olduğu görülmektedir. Literatürde anne sütü ile beslenen bebeklerin hazır mama ya da karışım ile beslenen bebeklere göre daha az ağladıkları bildirilmektedir.¹²² Aynı zamanda emzirmenin ağlayan bebekler üzerinde sakinleştirici etkisi olduğu belirtilmektedir.¹⁹ Araştırma bulgusu literatürle uygunluk göstermektedir. Battaniyede sallama grubunda ise bebeklerin beslenme şeklinin ağlama süresi ve IKÖ toplam puanlarına etkili olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.8). Bazı çalışmalarda da bebeğin beslenme tipi ile gaz sancısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.^{35,36,43,119,120} Battaniyede sallama grubundaki bu bulgu diğer çalışmaların bulgularıyla uyumlu bulunmuştur.

Annelere ilişkin sosyo-demografik özelliklere göre bebeklerin ağlama süresi ve IKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kucakta sallama grubundaki annelerin yaşının bebeklerin ağlama süreleri ve IKÖ toplam puanlarına etkili olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.9). Yapılan çalışmalarda da anne yaşı ile bebeklerin gaz sancısı arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.^{34,62,83,113,119,120,123} Araştırmanın bulgusu bu çalışmaların bulguları ile uyumlu bulunmuştur. Battaniyede sallama grubunda ise annelerin yaşının bebeklerin ağlama sürelerine etkili olmadığı, IKÖ toplam puanına etkili olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9). Battaniyede sallama grubunda, 20 yaş ve altındaki annelerin bebeklerinde daha fazla gaz sancısı olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun bu yaş grubundaki annelerin bebek bakımı konusundaki deneyimsizliğinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Yalçın'ın¹⁰¹ çalışmasında da 20 yaş ve altındaki

annelerin bebeklerinde gaz sancısı görülme oranının üç kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Canivent ve ark.¹²¹ yaptıkları çalışmada, daha genç doğum yapan annelerin çocuklarında daha yüksek gaz sancısı riski görüldüğünü belirtmişlerdir. Araştırma bulgusu bu çalışmaların bulguları ile uyumlu bulunmuştur.

Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki annelerin eğitimi, çalışma durumu, gelir ve sosyal güvence durumunun bebeklerin ağlama süreleri ve IKÖ toplam puanlarına etkili olmadığı görülmektedir (Tablo 4.9). Yapılan çalışmalarda da gaz sancısı ile annenin eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.^{43,113,120,121,123} Araştırma bulgusu bu çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Aile tipinin, kucakta sallama grubunda bebeklerin ağlama süreleri ve IKÖ toplam puanlarına etkili olduğu görülmektedir. Bu bulgu, geniş ailede yaşayan annelerin bebeklerinin ağlama sürelerinin ve IKÖ toplam puan ortalamasının yani gaz sancısının daha fazla olduğunu göstermektedir. Battaniyede sallama grubunda ise aile tipinin bebeklerin ağlama süresine etkili olmadığı, IKÖ toplam puanlarına etkili olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9). Bu grupta da geniş ailede yaşayan annelerin bebeklerinde IKÖ toplam puan ortalamasının yani gaz sancısının daha fazla olduğu görülmektedir. Kucakta ve battaniyede sallama gruplarındaki bu sonucun, geniş ailede yaşayan annelerin bebeğine yeterince vakit ayıramamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda^{43,113} aile tipi ile gaz sancısı görülme durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Araştırma bulgusu bu çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İki farklı sallama yönteminin (kucakta sallama ve battaniyede sallama) bebeklerde gaz sancısı ve ağlama süresine etkisinin ve gaz sancısı ile ağlama süresini etkileyen faktörlerin incelendiği bu araştırmada:

1. Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki bebeklerin grup içi günlük ağlama süreleri açısından uygulama öncesi ve uygulama sonrası (1. hafta ve 2. hafta) farkların anlamlı olduğu ($p<0.05$); uygulama süresi arttıkça (2. hafta sonunda) her iki gruptaki bebeklerin ağlama sürelerinde azalma olduğu bulunmuştur.
2. Kucakta ve battaniyede sallama grubundaki bebeklerin grup içi İKÖ ön test ve son test puanlarında, “İmmatür sindirim sistemi” alt boyutu dışında ($p>0.05$), ölçeğin diğer alt boyutları ve ölçek toplam puanı açısından farkların anlamlı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.
3. Kucakta ve battaniyede sallama grubunda, gruplar arası uygulama öncesi ve sonrası (1. hafta ve 2. hafta) ağlama süreleri ile ön test - son test İKÖ alt boyut puanları ve ölçek toplam puanı açısından aralarında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).
4. Kucakta sallama grubunda, bebeklerin beslenme şeklinin ağlama süresine ve İKÖ toplam puanına etkili olduğu ($p<0.05$), anne sütüyle beslenen bebeklerin ağlama sürelerinin ve gaz sancısının daha az olduğu bulunmuştur. Battaniyede sallama grubunda ise bebeklerin kaçınıcı çocuk olduğunun bebeklerin ağlama süresine etkili olduğu ($p<0.05$), ikinci çocukların ağlama sürelerinin daha az olduğu belirlenmiştir. Her iki gruptaki bebeklere ilişkin diğer tanıtıcı özelliklerin, bebeklerin ağlama süresine ve İKÖ toplam puanına etkili olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).
5. Kucakta sallama grubunda, aile tipinin bebeklerin ağlama süresine ve İKÖ toplam puanına etkili olduğu ($p<0.05$), geniş ailede yaşayan annelerin bebeklerinin ağlama

süresinin ve gaz sancısının daha fazla olduğu saptanmıştır. Battaniyede sallama grubunda, annelerin yaşı ve aile tipinin IKÖ toplam puanına etkili olduğu ($p<0.05$), 20 yaş ve altındaki anneler ile geniş ailede yaşayan annelerin bebeklerinin gaz sancısının daha fazla olduğu bulunmuştur. Her iki grupta, annelere ilişkin diğer sosyo-demografik özelliklerin, bebeklerin ağlama süresine ve IKÖ toplam puanına etkili olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kucakta sallama ve battaniyede sallama uygulamaları bebeklerde gaz sancısını ve ağlama süresini azalttığı için kullanılabilirliğinin desteklenmesi,
- Uygulama süresi arttıkça (2. hafta sonunda) girişimlerin etkinliğinin artması nedeniyle bu uygulamaların daha uzun süreli kullanılması,
- 20 yaş altındaki anneler ile geniş ailede yaşayan annelere gaz sancısı ve bebek bakımı ile ilgili daha fazla eğitim ve destek verilmesi,
- Başka çalışmalarla da girişimlerin etkinliğinin sınanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Sağlam C, Zeybek C, Cengiz N. İnfantil kolik.
<http://www.jcam.com.tr/files/KATD-1592.pdf> 30 Ocak 2013.
2. Akçam M. İnfant kolik. *Sted*, 2004,13: 66-67.
3. Karabayır N, Oğuz F. İnfantil kolik. *Çocuk Dergisi*, 2009, 9:16-21.
http://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdır=cocuk&plng=tur&un=CD-92486 5 Mayıs 2012.
4. Yalaz M. İnfantil kolik tedavi modellerinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*, 2003, 12: 206–210.
http://pediatri.turkiyeklinikleri.com/abstract_34663.html 6 Mayıs 2012
5. Yakut Hİ ve ark. İnfantil kolik. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2007, 1: 58-64.
http://www.turkiyecocukhd.com/upload/36/118/infantil_kolik.pdf 10 Mayıs 2012.
6. Talachian E, Bidari A, Rezaie MH. Incidence and risk factors for infantile colic in Iranian infants. *World Journal of Gastroenterology*, 2008, 14:4662-4666.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2738790/?tool=pubmed> 8 Temmuz 2012.
7. Selimoğlu AM. Anne sütü ve bağırsak motilitesi ile ilişkisi. *Güncel Pediatri*, 2007, 14:111-112. <http://www.guncelpediatri.com/sayilar/14/111-112.pdf> 6 Mayıs 2012.
8. Ernest E. Chiropractic spinal manipulation for infant colic: a systematic review of randomised clinical trials. *International Journal of Clinical Practice*, 2009, 63: 1351-1353.
9. Chang L. New techniques to calm a crying baby.
<http://www.webmd.com/parenting/baby/news/20051011/new-techniques-to-calm-crying-baby> 1 Mayıs 2012.

10. Yılmaz G, Gürkan B, Varan B. İnfantil kolik: etiyoloji, tanı ve tedavi. *Türk Klinik Pediatri*, 1999, 8:169-175.
11. Yılmaz H. Ağlayan bebek. 2007
http://cat.cu.edu.tr/Egitim/A%C4%9ELAYAN%20BEBEK_Kitap.pdf
1 Mayıs 2012.
12. Yiğit H, Kardaş F, Alp H. Aşırı ağlayan infant ve infantil kolikli bebeğe yaklaşım. *Sendrom*, 2004, 16:93-98.
13. Gökçay G. İnfantil kolik.
http://www.cayd.org.tr/tr/images/UserFiles/Documents/Gallery/infantil_kolik.pdf
12 Haziran 2012.
14. Alp H. İnfantil kolik. 2001 <http://45mpk.8m.com/metin/infantilkolikhandanalp.doc>
12 Haziran 2012.
15. Gaz sancısı. <http://www.annebebekpsikolojisi.blogspot.com> 10 Temmuz 2012.
16. The line between rocking and shaking. *The Mercury*. 27 July 2012: 10.
17. Aslan EF. Ağrı Doğası ve Kontrolü,1. Baskı. İstanbul,Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006:39-50.
18. Balcı S. Kolikli Bebeklere Beyaz Gürültünün Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.
19. Howard CR, Lanphear N, Lanphear BP, Eberly S, Lawrence RA. Parental responses to infant crying and colic: the effect on breastfeeding duration. *Breastfeeding Medicine*, 2006, 1:146-155.
20. Abdulrazzaq YM, Al Kendi A, Nagelkerke N. Soothing methods used to calm a baby in an Arab country. *Acta Paediatrica*, 2009, 98: 392-396.

21. Cansever Z, Taşar MA, Şahin F, Çamurdan AD, Beyazova U. Ailelerin sarsılmış bebek sendromu konusundaki bilgi ve tutumları. *Gazi Medical Journal*, 2012, 23:39-45.
22. Ourth L, Brown KB. Inadequate mothering and disturbance in the neonatal period. *Child Development*, 1961, 32:287-295.
23. Gordon T, Foss BM. The role of stimulation in the delay of onset of crying in the newborn infant. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 1966, 18:79-81
24. Campos, R.G. Rocking and pacifiers: two comforting interventions for heelstick pain. *Research in Nursing & Health*, 1994, 17:321-331
25. Swandling C, Griffiths P. Is modified cow's milk formula effective in reducing the symptoms of infant colic. *British Journal of Community Nursing*, 2003, 8:24-26.
26. Mathai S, Natrajan N, Rajalakshmi NR. A comparative study of non pharmacological methods to reduce pain in neonates. *Indian Pediatrics*, 2006, 43:1070-1074.
27. Eisenberg A, Murkoff HE, Hathaway SE. Çeviri: Tunalı D. *Bebeğinizin İlk Yılında Sizi Neler Bekler?*, 2. Baskı. İstanbul, Epsilon Yayıncılık, 1998:113-20.
28. Karp H. The true cause of colic: The missing fourth trimester: The Happiest Baby on the Block. New York, 2002:61-75.
29. Behrman RE, Kliegman RM. İnfant colic. Çeviri: Tuzcu M (eds). *Nelson Essentialis of Pediatrics*, 4nd ed. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2003:30-31.
30. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, 9. Baskı. Ankara, Bizim Büro Basımevi, 2008:58-59.
31. Yörükoğlu A. *Çocuk Ruh Sağlığı*, 29. Baskı. İstanbul, Özgür Yayınları, 2008: 32-3.

32. Alexandrovich I, Rakovitskaya O, KalmoE, Sidorova T, Shushunov S. The effect of fennel (*foeniculum vulgare*) seed oil emulsion in infantile colic: A randomized, placebo controlled study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 2003, 9:58-61.
33. Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Hira Sing RA, Verloove-Vanhorick SP. Prevalence of parental behaviour to diminish the crying of infants that may lead to abuse. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2004; 148: 2227-30.
34. Lucassen PL, Assendendelft WJ, Gubbels JW, et al. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *British Medical Journal*, 1998, 316:1563-1569.
35. Lucassen PL, Assendendelft WJ, Van Eijik JT, et al. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Archives of Disease in Childhood*, 2001, 398-403.
36. Wessel M, Cobb J, Jackson E, et. al. Paroxysmal fussing in infancy sometimes called colic, *Pediatrics*, 1954, 14:421-434.
37. Keefe MR, Karlsen KA, Lobo ML, et. al. Reducing parenting stress in families with irritable infants, *Nursing Research*, 2006, 55:198-205.
38. Pray WS. Infant colic: the therapeutic puzzle. *U.S. Pharmacist*, 2005, 22:142-7.
39. Roberts DM, Ostapchuk M, O'brien JG. Infantile colic. *American Academy of Family Physician*, 2004, 70: 735–741.
40. Wade S, Kilgour T. Infantile colic. *British Medical Journal*, 2001,323: 437-440.
<http://www.bmj.com/cgi/content/extract/323/7310/437> 16 Kasım 2012.
41. Arikan D, Çiftçi EK. Methods used to eliminate colic in infants in the Eastern parts of Turkey. *Public Health Nursing*, 2007, 24:503–510.
42. Edmond D, Shenassa ScD. Maternal smoking and infantile gastrointestinal dysregulation: The case of colic. *Pediatrics*, 2004, 11: 497-505.

<http://pediatrics.aapublications.org/cgi/rep rint/114/e497> 10 Ekim 2012.

43. Alagöz H. Türkiye'nin Doğusunda İnfantil Kolik İnsidansı, Etyolojisindeki Risk Faktörleri ve Farklı Tedavi Seçeneklerinin Tespiti. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010.
44. Pankaj G. Infantil colic-unfolded. *Indian Journal of Pediatrics*, 2004, 71:903-6.
45. Barr GR. Colic and crying syndromes in infants. *Pediatrics*, 1998,102: 1282–1286.
<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/102/5/SE1/1282> 12 Eylül 2012.
46. Pray SW. Infant colic: The therapeutic Puzzle, *United States Pharmacist*, 1997, 22.
<http://www.uspharmacist.com/oldformat.asp?url=newlook/files/Cons/ACF2EE2.cfm&am> 12 Eylül 2012.
47. Pilliteri A. Child Healt Nursing Care Of The Child And Family, Colic, USA: Lippincott Company, 1999, 222–223
48. Lucassen P, Assendelft WJ, Garrison MM. Systematic review of treatments for Infant colic. *Pediatrics*, 2001, 108: 1047–1048.
<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/1047>. 13 Eylül 2012
49. Savino F, Brondello C. Cimetropium bromide in the treatment of crisis in infantile colic. *Journal of Pediatric Gastroenterology And Nutrition*, 2002, 34:417-419.
<http://www.jp gn.org/pt/re/jp gn/pdfhandler.00005176-200204000-00020.pdf>
13 Ekim 2012.
50. Saavedra M, Costa J. Infantile colic incidence and associated risk factors: a cohort study. *Journal of Pediatrics*, 2003, 79: 115-22.
<http://www.jp ed.com.br/conteudo/03-79-02-115/ing.asp?cod=962> 13 Ekim 2012.
51. Hill DJ, Hosking CS. Infantile colic and food hypersensitivity. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2000; 30:67-76.

52. Gupta SK. Is colic a gastrointestinal disorder?. *Current Opinion in Pediatrics*, 2002, 14:588-592.
53. Kanabar D, Randhawa M, Clayton P. Improvement of symptoms in infant colic following reduction of lactose load with lactase. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2001, 14:359-63.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11906576> 10 Ekim 2012.
54. Garrison MM, Christakis AD. A systematic review of treatments for infant colic. *Pediatrics*, 2000; 106: 184–190.
<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/1/S1/184> 16 Kasım 2012.
55. Moore DJ, Tao BS, Lines DR, et al. Double-blind placebo-controlled trial of omeprazole in irritable infants with gastroesophageal reflux. *Journal of Pediatrics*, 2003, 143:219-223.
56. Jordan B, Heine RG, Meehan M, et al. Effect of antireflux medication, placebo and infant mental health intervention on persistent crying: a randomised clinical trial. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2006, 42: 49-58.
57. St James-Roberts I. Persistent crying in infancy. *Archives of Disease in Childhood*, 1991; 66: 653-5.
58. Ellet MLC, Bleah DA, Paris S. Feasibility of kangaroo (skin-to-skin) care with colicky infants. *Gastroenterology Nursing*, 2003, 27:9-15.
59. Ellet M. What is known about infant colic. *Gastroenterology Nursing*, 2003, 26: 60-65.
60. Weissbluth L, Weissbluth M. Infant colic: the effect of serotonin and melatonin circadian rhythms on the intestinal smooth muscle. *Medical Hypotheses*, 1992, 39:164-167.

61. Yeğen B, Egemen A. Dokunmanın Önemi ve Bebek Masajı. *Sted*, 2000.
<http://www.ttb.org.tr/STED/sted0200/02001.html> 20 Ağustos 2012.
62. Akman I, Kuscu K, Ozdemir N, et al. Mother's postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Archives of Disease in Childhood*, 2006, 91:417-9.
63. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006, 17: 252-258. <http://www.turkpsikiyatri.com/C17S4/makale2.pdf> 8 Aralık 2012.
64. Stifter CA, Bono MA. The effect of infant colic on maternal self-perceptions and mother-infant attachment. *Child: Care, Health & Development*, 1998, 24:339-351.
<http://www.3.interscience.wiley.com/journal/7120194328/abstract> 16 Kasım 2012.
65. Canivet CA, Ostergren PO, Rosen AS, Jakobsson IL, Hagender BM. Infantile colic and the role of trait anxiety during pregnancy in relation to psychosocial and socioeconomic factors. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2005; 33:26-34.
66. Karp H. The "forth trimester" : A framework and strategy for understanding and resolving colic. *Contemporary Pediatrics*, 2004, 21:2.
67. Helset SA, Begnum S. A comprehensive of infant colic: Parents and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2002, 11:962-1067.
68. Kanabakar D, Randhawa M, Clayton P. New research info infant colic. *British Journal of Midwifery*, 2002, 10:52-53.
69. Kanabakar D. Infantile colic. *Journal of Family Health Care*, 2004, 14:1-2.
70. Kavlak O. Anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin sorumlulukları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 23:183-194.
<http://www.insanbilimleri.com/ojs/index.php/uib/article/view/500/340>
24 Kasım 2012.

71. Raiha H, Lehtonen L, Huhtala V. Excessively crying infant in the family: mother infant, father-infant and mother-father interaction. *Child Care, Health & Development*, 2002, 28:594-629.
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&hid=8&sid=0305a985-61a2-4655-9c1d-2d4424e55591%40sessionmgr11> 16 Kasım 2012.
72. Şen S. Anneanne-Anne -Bebek Bağlanması'nın İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2007.
73. Stifter C.A, Bono M. Parent characteristics and conceptualizations associated with the emergence of infant colic. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2003, 21: 309-322.
<http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all~content=a71399647222>
16 Kasım 2012.
74. Barr RG, Trent RB, Cross J. Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse & Neglect*, 2006, 30:7-16.
75. American Academy of Pediatrics. Committee on child abuse and neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics*, 2001, 108: 206-10.
76. Chiesa A, Duhaime AC. Abusive head trauma. *Pediatric Clinics of North America*, 2009, 56: 317-31.
77. Gökçay G. Çok ağlayan bebeğe yaklaşım. *Çocuk Dergisi*, 2001, 1:128-30.
78. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*, 2006, 130:1519-26.
79. Yalçın S, Yıldırım Ş. Ağlayan bebeklere yaklaşım. *Sted*, 2002, 11:69.

80. Vatandaş N. Bebek Bakımında Aileye Öneriler. *Sted*, 2004, 13:6–8.
<http://www.ttb.org.tr/STED/sted0104/bebek.pdf> 8 Aralık 2012.
81. Örs R, Özkan B, Dilmen U. İnfantil kolik tedavisinde simetikon. *Yeni Tıp Dergisi*, 1996, 13: 77-80.
82. Crowcroft NS, Strachan DP. The social origins of infantile colic: questionnaire study covering 76747 infants. *British Medical Journal*, 1997, 314: 1325–1328.
83. Canivet C, Hagander B, Jakobsson I, Lanke J. Infantile colic-less common than previously estimated? *Acta Paediatrica*, 1996, 85: 454-458.
84. 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, 116:709-715.
85. Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, van Eijk JT, Douwes AC. Infantile colic: crying time reduction with a whey hydrolysate: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Pediatrics*, 2000, 106: 1349-1354.
86. Jakobsson I, Lothe L, Ley D, Borschel MW. Effectiveness of casein hydrolysate feedings in infants with colic. *Acta Paediatrica*, 2000, 89:18-21.
87. Haouari N, Wood C, Griffith G, Levene M. The analgesic effect of sucrose in full term infants: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 1995, 310: 1498–1500.
88. Arıkan D, Alp H, Gözüm S et.al. Effectiveness of massage, sucrose solution, herbal tea or hydrolysed formula in the treatment of infantile colic. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17: 1759-60.
89. TaddioA, Shah V, Katz J. Reduced infant response to a routine care procedure after sucrose analgesia. *Pediatrics*, 2009, 123:425-429.
<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/123/3/e425> 19 Temmuz 2012.

90. Polat ŞF. İnfantil kolik tedavisinde bitkisel çaylar ile simethicone'un karşılaştırılması.
<http://www.millipediatri.org.tr/bildiriler/PP-051.htm>. 19 Temmuz 2012.
91. 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. *Phytotherapy Research*, 2005, 19: 335-340.
92. Savino F, Pelle E, Palumeri E, Oggero R, Miniero R. *Lactobacillus reuteri* (American Type Culture Collection Strain 55730) versus simethicone in the treatment of infantile colic: a prospective randomized study. *Pediatrics*, 2007, 119:124-130.
93. Savino F, Cordisco L, Tarasco V, Palumeri E, Calabrese R, Oggero R. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 in infantile colic: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pediatrics*, 2010, 126:526-533.
94. Kolik ve Bebeği Sakinleştirme Yolları. www.mersinsistem.com/kolik.html 15 Temmuz 2012.
95. Ohgi S, Akiyama T, Arisawa K, Shigermori K. Randomised controlled trial of swaddling versus massage in the management of excessive crying in infants with cerebral injuries. *Archives of Disease in Childhood*, 2004, 89: 212-216.
96. Van Sleuwen BE, L'Hoir MP, Engelberts AC, et al. Comparison of behavior modification with and without swaddling as interventions for excessive crying. *Journal of Pediatrics*, 2006, 149: 512-517.
97. Grunnet-Nilsson N, Wiberg J. Infantile colic and chiropractic spinal manuplation. *Archives of Disease in Childhood*, 2001, 85: 268-268.

98. Olafsdottir E, Forshei S, Fluge G, Markestad T. Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation. *Archives of Disease in Childhood*, 2001,84: 138–141.
99. Caner İ, Alp H. İnfantil kolik ve tedavi modelleri. *Çocuk Dergisi*, 2005, 5:171-175.
100. Marlow DR, Redding BA. Textbook of Pediatric Nursing. 6nd ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1988:587-588.
101. Yalçın J. Anne Bebek Arasındaki Bağlanma Olgusunun İnfantil Kolik ile İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Mersin, 2010.
102. Wilson HE, Winkestein AD. Paroxysmal abdominal pain (colic). *Nursing Care of Infants and Children*, 6nd ed, USA, Mosby Company, 1999: 641-643.
103. Güneş Y. Gebelik ve laktasyonda ağrı tedavisinde kullanılan ilaçlar. *Galenos_Tıp Dergisi*, 1999, 33. <http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/galenos/10.htm> 18 Ekim 2012.
104. Toyran M. Gebelikte sigara içiminin çocuk sağlığı üzerindeki etkileri. *Klinik Pediatri*, 2005, 4:17–23. <http://www.klinikpediatri.org/files/3/55/pdf> 9 Eylül 2012
105. Duran S. Ebe ve Hemşirelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının, Danışmanlık Verdikleri Annelerin Bebeklerini Anne Sütü ile Besleme Davranışlarına Etkisi. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2008.
106. Lucas A. Crying, fussing and colic behaviour in breast and bottlefed infants. *Early Human Development*, 1998, 53: 919.
[http://www.earlyhumandevlopment.com/article/S0378-3782\(98\)00032-2/abstract](http://www.earlyhumandevlopment.com/article/S0378-3782(98)00032-2/abstract) 16 Kasım 2012.

107. Çoban A, Saruhan A. Anne-bebek etkileşiminde hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 21:89-96.
<http://hemsirelik.ege.edu.tr/files/cilt21sayi2-2005.pdf> 2 Ocak 2013.
108. Lehtonen L. New evidence on unexplained early infant crying: its origins, nature and management: from colic to toddlerhood. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 2002, 34: 258-272.
[http://journals.lww.com/jpgn/Citation/2002/01000/New Evidence on UnexplainedEarly_Infant_Crying_.26.aspx](http://journals.lww.com/jpgn/Citation/2002/01000/New_Evidence_on_UnexplainedEarly_Infant_Crying_.26.aspx) 19 Temmuz 2012.
109. Kirjavainen J, Kirjavainen T, Huktala V, Lehtonen L. Infants with colic have a normal sleep pattern a 2& 7 months of age. *Journal of Pediatrics*, 2001, 138:218-23.
110. Savino F, Castagno E, Bretto R, Brondello C, Palumeri E, Oggero R. A prospective 10-year study on children who had severe infantile colic. *Acta Paediatrica*, 2005, 94:129-32.
111. Castro JA, Stern AD, Halonen M, Relation between infantile colic and asthma /atopy: a prospective study in an unselected population. *Pediatrics*, 2001, 108: 878-882. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/878> 5 Temmuz 2012.
112. Rao MR, Brenner RA, Schisterman EF, Vik T, Mills JL. Long term cognitive development in children with prolonged crying. *Archives of Disease in Childhood*, 2004, 89:989-92.
113. Çetinkaya B. Aromaterapi Masajının Bebeklerde Koliğin Giderilmesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2007.
114. Ellet M, Murphy D, Stroud L, et. al. Development and psychometric testing of the Infant colic scale, *Gastroenterology Nursing*, 2003, 26:96-103.

115. Çetinkaya B, Başbakkal Z. A validity and reliability study investigating the Turkish version of the infant colic scale, *Gastroenterology Nursing*, 2007, 30:84-90.
116. Güvenirlik ve geçerlik çözümlenmesi.
file.toraks.org.tr/.../1506/LG2GVKVFONVRITQ6.ppt 10 Mayıs 2013.
117. Kolik. <http://www.doktorgulperipinarcik.com/gaz.html> 2 Ekim 2012.
118. Alp H. Kolikli bebeğe tedavi verelim mi? / Evet; neden ve nasıl?. 48. Milli Pediatri Kongre Özet Kitabı, 2004, s:179-181.
119. Karabel M ve arkadaşları. Infantil kolikte risk faktörlerinin ve farmakolojik tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2010, 4: 12-17.
120. Çiftçi E. 1-3 Aylık Bebeklerde Gaz Sancısı, Etkileyen Faktörler ve Annelerin Bu Konudaki Uygulamaları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2005.
121. Canivent C, Ostergen PO, Jakobsson I, Hagander B. Higher risk of colic in infants of nonmanual employce mothers with a demanding work situation in pregnancy. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2004, 11:37-47.
122. van der Wal MF, van den Boom DC, Pauw-Plomp H, de Jonge GA. Mothers'reports of infant crying and soothing in a multicultural population. *Archives of Disease in Childhood*, 1998, 79: 312-7.
123. Miller-Loncar C, Bigsby R, High P, et al. Infant colic and feeding difficulties. *Archives of Disease in Childhood*, 2004, 89: 908-102.

EK -1. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Gamze YILMAZ
Doğum tarihi	: 21.06.1981
Doğum yeri	: Ağrı
Medeni hali	: Bekar
Adres	: Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu 04100, AĞRI
Tel	: 0472 215 4000
Faks	: 0472 215 0710
E-mail	: gamzeyilmaz@live.com
EĞİTİM	
Lise	: Ağrı Sağlık Meslek Lisesi (1999)
Lisans	: Erzurum Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (2001-2005)
Yüksek lisans	: Erzurum Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2006-2008)
Doktora	: Erzurum Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2010-...)
GÖREV YAPTIĞI BİRİMLER	
Hemşire	: Van 100. Yıl Üniversitesi Araştırma Hastanesi (2000-2002)
Hemşire	: Erzurum Yakutiye Araştırma Hastanesi (2002-2006)
Uzman	: Ağrı Sağlık Yüksekokulu (2006-2009)
Arş. Gör.	: Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2009-...)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: İyi derecede (ÜDS 73.75, Mart 2008)

EK-2. SORU FORMU

1. Yaşınız nedir?
2. Eğitim durumunuz nedir?
a. Okur-yazar
b. İlköğretim mezunu
c. Lise mezunu.
d. Üniversite mezunu
3. Çalışıyor musunuz?
a. Evet
b. Hayır
4. Gelir durumunuz nedir?
a. Gelir giderden az
b. Gelir gidere eşit
c. Gelir giderden fazla
5. Sosyal güvenceniz var mı?
a. Evet
b. Hayır
6. Aile tipiniz nedir?
a. Çekirdek
b. Geniş aile
c. Parçalanmış aile
7. Bebeğin doğum tarihi:...../...../.....
8. Bebeğin cinsiyeti nedir?
a. Kız
b. Erkek
9. Bebeğin doğum ağırlığı nedir? gr
10. Kaçınıcı çocuğunuz?
11. Doğum şekli?
a. Normal Dogum
b. Sezaryen Doğum
12. Gebeliğiniz, planlı bir gebelik miydi?
a. Evet
b. Hayır
13. Bebeğinizin beslenme tipi nedir?
a. Anne sütü
b. Mama
c. Anne sütü ve mama

EK-3. INFANT KOLİK ÖLÇEĞİ

İNEK SÜTÜ/SOYA PROTEİNİ ALERJİSİ/İNTOLERANSI	Kesinlikle katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Annenin yedikleri bebeğin kolik olmasını etkiler	1	2	3	4	5	6
2. Annenin yedikleri bebekte kolik şiddetini etkiler	1	2	3	4	5	6
İMMATÜR SİNDİRİM SİSTEMİ						
3. Bebeğim genellikle kusmaz	1	2	3	4	5	6
4. Bebeğimin öğün aralarında da kustuğu olur	1	2	3	4	5	6
İMMATÜR MERKEZİ SINİR SİSTEMİ						
5. Bebeğim çok sinirli	1	2	3	4	5	6
6. Bebeğim hareketli bir gün yaşadığında kolik oluyor	1	2	3	4	5	6
7. Bebeğimin uyuması için sallanması gerekmiyor	1	2	3	4	5	6
8. Kolik bebeğimin yorgunluğu ile ilişkili değil	1	2	3	4	5	6
9. Bebeğim kendi başına uyuyabiliyor	1	2	3	4	5	6
10. Bebeğim uyanırken sürekli hareket halinde	1	2	3	4	5	6
11. Bebeğim her gün farklı saatlerde uyuyor	1	2	3	4	5	6

ZOR BEBEK	Kesinlikle katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
12. Bebeğim çoğunlukla uykusuz	1	2	3	4	5	6
13. Bebeğim kolay ağlamıyor	1	2	3	4	5	6
14. Bebeğim çoğunlukla mutlu	1	2	3	4	5	6
15. Ben mamasını hazırlarken bebeğim sakince bekler	1	2	3	4	5	6
EBEVEYN-BEBEK ETKİLEŞİMİ+SORUNLU BEBEK						
16. Bebeğim huzursuzlanmaya başladığında yaptığım hiçbir şey işe yaramaz	1	2	3	4	5	6
17. Kolik başladığında, bebeğimi sakinleştirebiliyorum	1	2	3	4	5	6
18. Kolik başladığında, yaptığım hiçbir şeyin faydası olmuyor.	1	2	3	4	5	6
19. Bebeğim ağlamaya başladığında ne istediğini bilirim	1	2	3	4	5	6

EK-4. AĞLAMA SÜRESİ İZLEM FORMU

Bebeğin Adı Soyadı:

Ağlamanın başlama saati ve bitiş saatini veya ağlama süresini dakika olarak kaydediniz.

TARİH	1.gün	2.gün	3.gün	4.gün	5. gün	6.gün	7.gün
Sabah (08-16)							
Akşam (16-24)							
Gece (24-08)							

EK-5. ETİK KURUL ONAYI

“2012. 2. 46 “SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 08.05.2012

2/46 - Enstitümüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Gamze YILMAZ' ın “ İki Farklı Sallama Yönteminin Bebeklerde Gaz Sancısına Etkisinin İncelenmesi” tez konusu görüşüldü;
İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile,

ADI SOYADI	GÖREVİ	İMZA
Prof. Dr. Funda BAYINDIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanı	
Doç. Dr. Ayşe OKANLI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. Samih DİYARBAKIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
Prof.Dr.Yavuz Selim SAĞLAM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. H. İnci GÜL	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç.Dr.Ahmet YILDIZ	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
Doç. Dr.Abdulkadir YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Yrd.Doç.Dr.Engin SAYGIN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Yrd. Doç. Dr. İlhan ŞEN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi ve Raportör	

“2012. 17.8/a “ ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI OTURUM TARİHİ: 25.06. 2012

8/a-Enstitümüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Gamze YILMAZ'ın tez konu başlığının değiştirilmesi hakkında Anabilim Dalı Başkanlığının 20.06.2012 tarih ve 305 sayılı yazısı görüşüldü.

Adı geçen öğrencinin tez içeriğinde her hangi bir değişiklik olmadığından konunun teklif edilen şekli ile (**İki Farklı Sallama Yönteminin Bebeklerde Gaz Sancısı ve Ağlama Süresine Etkisi**) kabul edilmesine kararın öğrenciye ve Anabilim Dalı Başkanlığına bildirilmesine mevcudun oy birliği ile

MÜDÜR

Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM

MÜDÜR YRD.

Doç.Dr.Abdulkadir YILDIRIM
(Katılmadı)

MÜDÜR YRD.

Doç.Dr.Reva BALCI AKPINAR
(Katılmadı)


ÜYE

Prof.Dr.Yücel KADIOĞLU

ÜYE

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKCI

Hilmi DİYARBAKIR
Enstitü Sekreteri (Raporör)



EK-6. RESMİ İZİN YAZISI



T.C.
AĞRI VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 84025087/
Konu : Tez Çalışması Hakkın.



ERZURUM ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 07/06/2012 tarih ve 11887 sayılı yazınız;

İlgi tarih ve sayılı yazınız gereği; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Öğrencisi Gamze YILMAZ 'İki Farklı Sallama Yönteminin Bebeklerde Gaz Sancısına Etkisinin İncelenmesi' konulu tez çalışmasını 15 Temmuz 2012 – 15 Şubat 2013 tarihleri arasında İlimiz Ağrı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde tamamlamıştır. Bilgi ve gereğini arz ederim.

Dr. Mehmet ŞEKER
Vali a.
İl Sağlık Müdürü V.

03/06/2013 İ.K.Y.S.Kuln. : H.KAPLAN
03/06/2013 Şube Şefi : A.TELHAN
03/06/2013 Şb.Md. : A.ÇETİN

Adres : Hürriyet Mah.Vali Konağı Caddesi AĞRI
Web Site : www.saglik.gov.tr E-mail : agri@saglik.gov.tr
Verilecek Cevaplara Şube ve sayısının bildirilmesi

Tel : (0 472) 215 10 38
Fax : (0 472) 215 12 51