



T.C.

SAğLIK BAKANLIğI

SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

BOZYAKA EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**ANNELERİN GEBELİKTE SİGARA İÇME DAVRANIşLARI
VE SİGARA KONUSUNDAKİ GÖRÜşLERİ,
BIRAKMAYA İLİşKİN TUTUMLARI**

Dr. Özgür DÖLEK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

2020



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ANNELERİN GEBELİKTE SİGARA İÇME DAVRANIŞLARI
VE SİGARA KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ,
BIRAKMAYA İLİŞKİN TUTUMLARI**

Dr. Özgür DÖLEK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Uzm. Dr. Özge TUNCER

Eğitim Sorumlusu-Başasistan

2020

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda başından itibaren desteklerini esirgemeyen her aşamasında yanımda bulunan saygıdeğer tez danışmanım Uzm. Dr. Özge TUNCER'E. Uzmanlık eğitimimde bilgi ve desteklerini esirgemediğim eğitime katkı sağlayan saygıdeğer hocalarıma. Asistanlığım süresi boyunca beraber olduğum tüm asistan arkadaşlarıma Hayatım boyunca her zaman yanımda olan annem Fadime DÖLEK ve babam Yusuf DÖLEK'E en içten teşekkürlerimi sunarım

Özgür DÖLEK

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR	ix
TABLOLAR	x
1-GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. TÜTÜN VE TARİHÇESİ	2
2.2 EPİDEMİYOLOJİ.....	3
2.3.SİGARANIN ZARARLARI	7
2.4 SİGARA BAĞIMLILIĞI	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
3.1 ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ.....	12
3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	12
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	12
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	12
3.5. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI	12
3.6. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME TEKNİKLERİ.....	13
6. SONUÇLAR	27
7. KAYNAKLAR.....	29
8. ÖZGEÇMİŞ	33
9. EKLER.....	34
Ek 1. Etik Kurul Onay Belgesi.....	34
Ek 2. Anket Soruları.....	36

ÖZET

Amaç: Bu çalışma ile amacımız küresel bir salgına dönüşen sigara ile mücadelede bir katkıda bulunmak ve Annelerin gebelikte sigara içme davranışları ve sigara konusundaki görüşleri, bırakmaya ilişkin tutumlarını tespit etmektir

Gereç ve yöntem : Araştırmanın materyal ve metodu: Gebe ve emziren kadınlarda sigara içme sıklığı ortalama %20 olarak ele alınıp evreni belli olmayan örneklem hesabıyla 245 kişi hesaplanmıştır. 01.05.2019 tarihinde başlanıp 4 aylık sürede 302 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırmanın türü ve tasarımı: Tek merkezli, kesitsel, tanımlayıcı, ilişki arayıcı bir anket çalışmasıdır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir(Ortalama, Frekans, Ortanca, Minumum, Standart deviasyon).

Bulgular: Çalışmamıza katılan 302 kadının anketimize verdiği cevaplara bakıldığında %37,7'sinin önceden sigara kullandığı bunların % 47,3'nün gebelikte sigarayı bıraktığı görülmüştür. Sigara içmeyen kesimin ise %57,6 oranında pasif içici durumunda olduğu bunlarında %35,8'nin gebelikte pasif içicilik durumunun devam ettiği görüldü. Gebelikte sigarayı bırakan katılımcılardan %52,9'nun doğumdan sonra sigara içmeye devam ettiği görülmüştür. Sigarayı bırakmadaki en önemli etkenin sağlık çalışanlarının desteği (aile hekimi %23,8 ve ebe-hemşire %14,3) olduğu görülmüştür.

Sonuç: Annelerin gebelikte sigara içme davranışları ve sigara konusundaki görüşleri, bırakmaya ilişkin tutumlarını tespit için yaptığımız bu çalışmada, bölgemizdeki kadınlar ve gebeler arasında sigara kullanım oranının ülkemize göre yüksek olduğu, eşleri sigara kullanan kadınların ve gebelerin daha fazla oranda sigara içtiği görüldü. Kadınların ve gebelerin evde ve iş yerinde yüksek oranda ÇSD'ye maruz kaldığı bulundu. Her ne kadar sigaranın kendilerine ve bebeğe olan zararlarını bilseler de bu durumun sigarayı bırakmaya bir etkisi olmadığı görüldü. Gebelik kadınların sigarayı bırakmaları için önemli bir fırsattır. Gebelik izlemleri nedeniyle aile hekimine başvuran annelerin sigara kullanmaları ve ÇSD maruziyetleri mutlaka sorgulanmalı, aile ile beraber sigarayı bırakmak için gerekli eğitimler, teşvikler ve yönlendirmeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sigara,gebelik, sigara bırakma, tütün

ABSTRACT

Objectives: With this study, our aim is to contribute to the fight against smoking, which has turned into a global epidemic, and to identify mothers' smoking behavior and opinions about smoking, their attitudes towards quitting.

Materials and Methods: Material and method of the study: The frequency of smoking in pregnant and lactating women was taken as 20% on average, and 245 people were calculated by using a sample calculation from an unknown population. It started on 01.05.2019 and reached 302 people in 4 months.

Type and design of the research: Single-centered, Cross-sectional, Descriptive survey study. The data obtained in the study were analyzed using SPSS 21.0 program (Average, Frequency, Median, Minimum, Standard deviation).

Results: Considering the responses of 302 women who participated in our study, it was seen that 37.7% of them used to smoke beforehand, where 47.3% of them quit smoking during pregnancy. It was observed that 57.6% of the non-smoker segment were passive smokers and 35.8% of them continued to be passive smokers during pregnancy.

It was observed that 52.9% of the participants who quit smoking during pregnancy continued to smoke after birth. It has been observed that the most important factor in quitting smoking is the support of healthcare professionals (family doctor 23.8% and midwife-nurse 14.3%).

Conclusion

As a result, although we have achieved significant gains in the struggle successfully implemented in the world and in our country in recent years, smoking and passive smoking continues to be a serious problem among mothers and awareness raising about smoking cessation continues. As long as qualified education and awareness efforts continue with

regard to healthcare personnel and the press, we can save the mother and her baby from the harmful effects of tobacco and tobacco products.

Keywords: Smoking, pregnancy, smoking cessation, tobacco



KISALTMALAR

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
ÇSD	: Çevresel sigara dumanı
DALY	; Disability adjusted life years
DSM	: The Diagnostic and statistical manual of mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FEV1	: Forced expiratory volume in one second
IGF	: İnsilün like growth factor
İED	: İkinci El Duman
İHA	: İhlas haber ajansı
KAH	: Korener arter hastalığı
KOAH	: Kronik obstruktif akciğer hastalığı
SGA	: Small for gestational age
WHO	: World Health Organization
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TABLÖLAR

Tablo 2.1	2013 Tütünün dünyadaki kullanım oranları
Tablo 2.2	Türkiye’deki kadınlarda sigara kullanımı yaş aralıkları
Tablo 2.3	Sigara dumanında bulunan bazı maddeler
Tablo 2.4	Sigara içenlerde riski artmış hastalıklar
Tablo 2.5	Sigaraya bağlı ölümcül hastalıklar
Tablo 4.1	Katılımcıların sosyodemografik özellikleri
Tablo 4.2	Katılımcıların sigara ilişkili özellikleri
Tablo 4.3	Katılımcıların sigara ile ilgili risk algısı düzeyleri
Tablo 4.4.	Katılımcıların gebelik ve çocuk sayısı
Tablo 4.5.	Katılımcıların gebelikte maruz kalınan sigara sayısı
Tablo 4.6.	Katılımcıların sigara kullanma durumlarının bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı
Tablo 4.7	Tablo 4.7. Katılımcıların gebe kalınca sigara bırakmayı düşünme durumlarının bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı
Tablo 4.8	Tablo 4.8. Katılımcıların eşlerinin sigara içme durumlarının bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı
Tablo 4.9	Tablo 4.9. Katılımcıların eşlerinin sigarayı gebelikle ilişkili bırakmasının bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı
Tablo 4.10	Katılımcıların eşlerinin sigara içme durumlarının katılımcıların sigara içme davranışına göre dağılımı

1-GİRİŞ VE AMAÇ

İçermiş olduğu yüzlerce zehirli madde ile insan vücuduna çok ciddi zararlar veren sigara, sadece içen için değil, çevresindeki sigara dumanına maruz kalanlar için de ciddi olarak tehlike oluşturmaktadır. Maalesef geleceğimiz olan çocuklarımız ve onları dünyaya getirip büyüten annelerimiz de büyük tehdit altındadır.

Sigara kullanımı dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sigara kullanımı, biyolojik sosyolojik ve psikolojik zehirlenme hali olarak tanımlanmaktadır.

WHO verilerine göre dünyadaki önlenebilir en önemli ölüm nedeni sigaradır. Ve dünyadaki 2. en sık ölüm nedenidir (1). Tütün her yıl 8 milyondan fazla insanı öldürmektedir. Bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımının, yaklaşık 1,2 milyonu ise sigara içmeyenlerin ikinci el sigaraya maruz kalmasının bir sonucudur. Tütün salgını, dünyanın karşılaştığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir (2).

Toplumdaki kadın nüfusun sigara tüketimindeki artışı, sigaradan kaynaklanan gebelik ile ilgili risklerin de artmasına neden olmaktadır (3). Sigara, fetüs ve anne sağlığını olumsuz yönde etkileyen çok önemli ancak önlenebilir bir nedendir (4).

Annelerin sigara kullanması veya çevresel sigara dumanına (ÇSD'ye) maruz kalmalarıyla sigara dumanındaki toksinler fetusta hem prenatal (intrauterin ölüm, abortus, gelişme geriliği, kromozomal anomaliler vb) hem de postnatal problemler (ani ölüm sendromu, düşük doğum ağırlığı, hiper aktivite, tekrarlayan bronşitler vb) oluşturmaktadır.

Bu çalışma ile toplumun ve ailenin temeli olan annelerimizin gebelikte sigara içme davranışları ve sigara konusundaki görüşleri, bırakmaya ilişkin tutumları belirlenmeye çalışılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. TÜTÜN VE TARİHÇESİ

Tütün patlıcangiller (solanaceae) familyasından bir bitkidir. Tütünü diğer bitkilerden ayıran en önemli özelliği, yapraklarında bulunan organik azotlu bir madde olan nikotindir (5).

Tüketimi en yaygın tütün mamulü; sigara, sarmalık kıyılmış tütün mamulü, pipo, puro, nargilelik tütün mamulü, enfiye ve çiğnemelik tütündür (6,7).

Tütünün Christoper Colombus ve arkadaşlarına ait gemilerle Amerika'dan Avrupa'ya gelmiştir. Tütün hakkındaki ilk bilgileri kaleme aldığı bilinen piskopos Romano Pane, 1518 yılında getirttiği tütün tohumlarını İspanya Kralı Şarlken'e sunmuştur (8). Maya ve Aztek papazları tarafından önceleri dini ritüellerde kullanılan tütün, daha sonra tedavi edici olarak yaralar üzerine konmuş, göğüs hastalıklarına karşı dumanı koklatılmış ve kokusu baş ağrılarının tedavisinde kullanmıştır (10). 1559 yılında Portekiz'de Fransız elçisi olan Jean Nicot'un, öksürük, astım, baş ağrısı, mide hastalıkları ve kadın hastalıklarına iyi geldiğinden bahsederek tütünü Fransız Kraliçesine sunmuş, bu sebepten tütüne "Kraliçe otu" ya da "Sefir otu" denmiştir (11). Fransa'dan diğer Avrupa ülkelerine yayılan tütüne, Jean Nicot'a ithafen "nicotiana", 1828 yılında bulunan alkoloitine de "nicotin" ismi verilmiştir (8). Buradan Avrupa'ya yayılan tütünün tüketiminin giderek artış göstermesi üzerine İspanya, Portekiz, İngiltere ve Fransa; sömürgelerinde tütün üretimi yaptırarak, tütün ticaretinden gelir sağlama yoluna gitmişlerdir (12).

Özetle, önceleri dini törenlerde kullanılan tütün, sonraları süs ve şifa bitkisi olarak kullanılmış, keyif verici olarak yaygınlaşmasından sonra da tüketimi hızla artmıştır (8).

Keyif verici olarak tütüne verilen paranın fuzuli bir harcama olarak görülmesi ve sağlığa zararlı olduğunun ileri sürülmesi beraberinde yasaklamaları da getirmiştir. 1575 yılında İspanya ve Amerikan kiliselerinde tütün kullanımı yasaklanmıştır. 1603 yılında İngiltere'de Kral I. James dine aykırı olduğu ve insanların ruhlarını teslim aldığını ileri sürülerek tütünü yasaklamış, tütünü İngiltere'ye getirerek tüketimine ön ayak olan şair, yazar ve maceraperest Sir Walter Raleigh'i öldürtmüştür (12). 1632 Yılında Papa VIII.

Urban, tütün içenleri aforoz etmiştir (11). 1634 yılında Rusya’da Çar I. Aleksi, tütünün dinen caiz olmadığını ileri sürerek yasaklamış, tütün içerken yakalananlar ilk defasında burunları kesilmiş, tekrarında ise öldürülmüştür (12). İran’da 1587-1628 yılları arasında hükümdar olan Safevi Şah Abbas döneminde tütün şiddetle yasaklamış, tütün içenlerin üst dudakları, enfiye çekenlerin ise başları kesilmiştir (11).

Tütün kullanımı, getirilen her türlü yasaklamaya, hapis ve ölüm cezalarına rağmen ilginç çelişkileriyle birlikte devam etmiştir (14).

Tütünün ilk defa İngiliz, İtalyan, İspanyol gemici ve tacirleri vasıtasıyla İstanbul’a getirildiği çeşitli kaynaklarda ifade edilmektedir. 1861 yılında tütün ithalatı yasaklanmış, 1862 yılında tütünün inhisar (tekeli) şeklinde idaresi ilk defa çıkarılan bir nizamname ile kabul edilmiştir (8).

Peçevi Tarihi, 1600 yılı başlarında İstanbul’a ulaşan tütünün bazı hastalıkları tedavi eder diye satıldığını, daha sonra halkın ve devlet adamlarının dahi tütüne müptela olduklarını yazmaktadır (12). Osmanlı’da ilk tütün tarımının Makedonya, Yenice ve Kırcalı’da; Anadolu’da ise Ege Bölgesi’nde Ayasuluk tepelerinde (İzmir-Selçuk ilçesi) yapıldığı kaydedilmektedir (11).

Dönem dönem yasaklamalar, kısıtlamalar, serbest bırakmalar yaşanmış. Değişik vergiler, yasal düzenlemeler getirilmiştir (15). 27.04.2004 tarihinde Tütün Kontrolü Çerçeve Anlaşması, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlar Kurulu tarafından imzalanmıştır (16). Resmi Gazete’de 7 ekim 2006 tarihinde Ulusal Tütün Kontrol Programı Hakkında Başbakanlık genelgesi yayınlanmıştır.

2.2 EPİDEMİYOLOJİ

Günümüzde yaklaşık 1,1 milyar kişinin sigara içtiği bilinmektedir ve bu sayının 2025 yılına kadar 1,6 milyarın üzerine çıkması beklenmektedir. Sigara günümüzde tüm dünyada her 10 erişkinden birinin ölüm nedenidir (17). Tütün her yıl 8 milyondan fazla insanı öldürmektedir. Bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımının, yaklaşık 1,2 milyonu ise sigara içmeyenlerin ikinci el sigaraya maruz kalmasının bir sonucudur. Dünyadaki 1,1 milyar sigara içicisinin yaklaşık %80’i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşıyor (2).

2016 yılında dünyada sigara içme oranına bakıldığında 1. sırada Kiribati 2. Karadağ 3. sırada ise Yunanistan bulunmaktadır. Türkiye ise 40. Sırada yer almaktadır (18).

TABLO 2.1. 2013 Tütünün dünyadaki kullanım oranları aşağıdaki gibidir (17).

BÖLGELER	TOPLAM (%)	ERKEK (%)	KADIN (%)
DÜNYA	22	36	8
AFRİKA	10	17	3
AMERİKA	21	26	16
DOĞU AKDENİZ	19	33	4
AVRUPA	31	41	22
KUZEYDOĞU	18	30	5
ASYA			
BATI PASİFİK	28	51	4

Dünya genelinde erkeklerin kadınlardan yaklaşık beş kat daha fazla sigara içtiği tahmin edilmektedir (19). Ancak kadın-erkek sigara içme sıklığı oranları ülkeler arasında önemli ölçüde değişmektedir. Avustralya, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri ve çoğu Batı Avrupa ülkesi de dahil olmak üzere yüksek gelirli ülkelerde, kadınlar neredeyse erkeklerle aynı oranda sigara içmektedir. Ancak, düşük ve orta gelirli birçok ülkede kadınlar erkeklerden çok daha az sigara içmektedir (20).

Kadınların sigara içme yaygınlığı şu anda erkeklerden daha düşük olmakla birlikte, düşük ve orta gelirli birçok ülkede artması beklenmektedir (21).

Kadınlarda sigara içmenin erkeklere kıyasla nispeten daha yavaş yükselmesi, sigara içen kadınların sosyal olarak onaylanmamasına ve kadınların daha düşük sosyal ve ekonomik statülerine bağlanmıştır (22-23). Kadınlar arasında sigaranın kullanımının artması sadece sosyal faktörlere ve kadınların artan ekonomik kaynaklarına değil, aynı zamanda tütün endüstrisinin kadınlara sigarayı içmeyi özgürleşmenin bir sembolü olarak pazarlamasına da atfedilmiştir (24-26).

2018 yılı itibarıyla ülkemizde erkeklerin yaklaşık yüzde 60'ı, kadınların yüzde 20'si ve tüm toplumun yaklaşık yüzde 40'ı, sigara içmektedirler. Sigara içme oranları kişilerin eğitim durumları ve statüleri yükseldikçe de hızla artmaktadır. Ülkemizde halen yılda, 2,72 milyar dolar ekonomik kayıp olmakta, bir günde 300, bir saatte 12 kişi olmak üzere, yaklaşık 100 bin kişi her yıl sigara nedeniyle erken ölmektedir. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu 35-69 arasındaki yaşlardaki kişilerde görülmektedir (27).

Tablo2.2 de Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 raporuna göre Türkiye'deki kadınların sigara kullanımı yaş aralıkları aşağıda verilmiştir (28).

Tablo 2.2 Türkiye'deki kadınlarda sigara kullanımı yaş aralıkları

Yaş aralıkları	Yüzde
15-24	6,8
25-34	16,5
35-44	21,4
45-54	16,8
55-64	8,5
65 yaş üstü	2,6

2010 Yılında Ergin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma gebelerin sigara içme oranını %22,7 olarak göstermiş ve bunların %74,1'inin günlük içici olduğu belirtilmiştir. Türkiye nüfus ve sağlık araştırmaları (TNSA) verilerine (2008) göre ise ülkemizde 15-49 yaş arası evlenmiş kadınların %22'si düzenli olarak ya da tek tük sigara kullanmaktadır. Bu oran gebelerde %11, emziren kadınlarda ise %17 olarak bulunmuş (29).

Dünya'daki diğer ülkelere baktığımızda ise bu oran Aborjinler'de %50 (30), Amerika Birleşik Devletleri'nde %10,4, Birleşik Krallık'ta %20,5 (21), Kanada'da %11,2'dir (32).

Kadınlarda ve çocuklarda sigara içme oranı her ne kadar erkeklerden daha az olsa da onları daha büyük bir tehlike beklemekte ; pasif içicilik yada ikinci el duman (İED). İED, iç mekan ortamındaki en önemli ve en yaygın maruziyetlerden biridir. İED ile solunum yolu enfeksiyonları, iskemik kalp hastalığı, akciğer kanseri ve astım gibi çeşitli sağlık sonuçları arasındaki bağlantı uzun zamandır kurulmuştur.

Küresel olarak, tüm insanların üçte birinden fazlası düzenli olarak dumanın zararlı etkilerine maruz kalmaktadır. Bu maruziyet yılda yaklaşık 600.000 ölümden ve dünya çapında küresel hastalık yükünün yaklaşık%1'inden sorumludur. Bu risk faktörü dünyanın hemen her bölgesinde yaygındır (33).

2004 yılında çocukların %40'ı, sigara içmeyen erkeklerin %33'ü ve sigara içmeyen kadınların %35'i pasif sigara dumanına maruz kaldı. Bu maruziyet nedeniyle iskemik kalpten 379 000, alt solunum yolu enfeksiyonlarından 165 000 tane, astımdan 36 900 ve akciğer kanserinden 21 400 tane vaka gerçekleştiği düşünülüyor. 2004 yılındaki 603 000 ölüm pasif içiciliğe atfedilebilir; bu da dünyaki ölümlerin yaklaşık %1'i idi. Ölümlerin% 47'si pasif içici kadınlarda ,%28 çocuklarda ve %26 erkeklerde görülmüştür. İkinci el dumana maruz kalması nedeniyle kaybedilen DALY'ler 10,9 milyon olarak gerçekleşti (18).

Tütün dumanında en az 250'sinin zararlı olduğu ve en az 69'unun kansere neden olduğu bilinen 7000'den fazla kimyasal madde vardır. İkinci el tütün dumanına güvenli bir şekilde maruz kalma seviyesi yoktur (2).

Tablo 2.3.Sigara Dumanında Bulunan Bazı Maddeler (34).

Partikül Fazı	Başlıca Etki	Gaz Fazı	Başlıcaetki
Tar(katran)	Mutajenik/ karsinojenik	Karbon monoksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Doza-bağımlı uyarıcı veya parasempatik Nkolinerjik reseptörler üzerine depresör	Nitrojen oksitler	İrritan, proinflamatuvar, Siliotoksik
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik/ karsinojenik	Aldehitler	İrritan, proinflamatuvar, Siliotoksik
Fenol	İritan,Mutajenik/ karsinojenik	Hidrosiyanik asit	İrritan, proinflamatuvar, Siliotoksik
Kresol	İritan,Mutajenik/ karsinojenik	Akrolein	İrritan, proinflamatuvar, Siliotoksik
b-Naftilamin	Mutajenik/ karsinojenik	Amonyak	İrritan, proinflamatuvar, Siliotoksik
Benzo(a)piren	Mutajenik/ karsinojenik	Nitrosaminler	Mutajenik/ karsinojenik
Katekol	Mutajenik/ karsinojenik	Hidralazin	Mutajenik/ karsinojenik
İndol	Tümör hızlanması	Vinil klorid	Mutajenik/ karsinojenik
Karbazol	Tümör hızlanması		

Ne havalandırma ne de filtrasyon, tek başına veya kombinasyon halinde, tütün dumanının maruz kalma seviyelerini koku açısından bile sağlık etkisi olarak kabul edilebilir seviyelere indiremez. %100 dumansız hava tek cevap (35).

2.3.SİGARANIN ZARARLARI

Sigara içenler mortalite etkileri dışında aynı zamanda içmeyenlere göre daha fazla hastalanırlar. Ergenlik çağında sigara içmeye başlayan ve uzun süredir düzenli olarak sigara içen kişilerin yarısı sigaradan ölmekte ve bunların yarısı orta yaşlarda ölmektedir (50). Bu kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısadır. Sigara direkt ölümle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ve 20'ye yakın ölümcül hastalıkla ilişkilidir. Yakın zamanlarda elde edilen kanıtlar kadınların sigaradan daha fazla zarar görme olasılıkları olduğunu göstermektedir (36).

Tablo 2.4 (37) Sigara içenlerde riski artmış hastalıklar

Akut ülserli dişeti hastalığı	Kas zedelenmesi
Sırt ağrısı	Kalp spazmı (20 kez artan risk)
Boyun ağrısı	Nistagmus
Burger hastalığı	Göz içi mantar hastalıkları
Duodenal ülser	Katarakt (2 kat artan risk)
Osteoporoz iki cinsten de	Katarakt (arka kapsül altı-3 kez artan risk)
Osteoartrit	Penis ereksiyon bozukluğu
Kolon polipleri	Periferik damar hastalığı
Crohn hastalığı	Pnömoni
Depresyon	Diabetes Mellitus (Tip 2)
Psöriasis (2 kat artan risk)	Cilt kırışıklığı (2 kat artan risk)
İşitme kaybı	Mide ülseri
Grip Romatizma-ağır içicilerde	İmpotans (2 kat artan risk)
Tendon zedelenmesi	Optik sinir hastalığı (16 kez artan risk)
Tütün korluğu	Eklem bağ zedelenmesi
Diş dökülmesi	Maküler dejenerasyon (2 kat artan risk)
Tüberküloz	Sigara içicilerde işlev bozuklukları

Ejakulasyon (hacim azalması) Sperm sayısı azalması	Bağıışıklık sistemi bozuklukları
Sperm hareketi azalması	Erken menopo (ortalama 1.74 yıl önce)
Spermin yumurta dölleme yeteneğinin azalması	Sperm şekil bozuklukları
Doğurganlık azalması (%30)	

Sigara içicilerde bulguları daha ağır olan hastalıklar

<u>Astım</u>	<u>Hipertiroidi (Grave's hastalığı)</u>
<u>Kronik nezle</u>	<u>Multipl skleroz</u>
<u>Diabetes mellitus</u>	<u>Görme bozukluğu Optik nörit</u>

Sigara içicilerde daha ağır ve inatçı olan hastalıklar

<u>Nezle</u>	<u>Pnömoni</u>
<u>İnfalmatuar barsak hastalığı</u>	<u>Tüberküloz</u>
<u>Grip</u>	

Tablo 2.5 (37)Sigaraya bağılı ölümcül hastalıklar

<u>Kanserler</u>	<u>Kalp ve dolaşım</u>	<u>Diğerleri</u>
Akciğer	Koroner kalp hastalığı	KOAH*
Ağız ve nefes borusu	Aort anevrizması	Pnömoni
Yemek borusu	Kalp kası dejenerasyonu	Mide ve duodenal ülser
Mesane	Ateroskleroz	Serebrovasküler hastalık
Böbrek		
Mide		
Pankreas		
Primeri bilinmeyen tm		
Lösemi		

*Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Sigaranın çeşitli organlardaki etkisi:

Akciğerler ; Sigara alt solunum yollarının pek çok yerinde patofizyolojik değişikliklere neden olmaktadır. Bunlar peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, epitel yapı ve fonksiyonunda değişiklikler, vasküler intimal kalınlaşma ve alveoler harabiyettir.

Fonksiyonel bozukluklar inhale edilen maddelerin klirensinde bozulma, patojen adherensinde artış, anormal vasküler ve epitelial permeabilite artışıdır (38). Genel olarak sigara içenlerin Forced expiratory volume in one second(FEV1) değerleri daha düşük, FEV1 azalma hızı daha fazladır. Solunum sıkıntıları sigara içenlerde belirgin olarak artmıştır (39). Sigara içimi Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOA) için esas risk faktörüdür. KOA ve sigara arasında doğrudan doz-yanıt ilişkisi vardır (40). Sigara içenlerin %10-15'inde klinik olarak belirgin hava akım kısıtlanması ortaya çıkar. Sonuç olarak sigara içenlerde içmeyenlere göre KOA, pnömoni ve gripten ölümler belirgin şekilde fazladır (39).

Dünyadaki en sık kanser türü olan akciğer kanseri, 2012 yılında 1,8 milyon yeni vaka ile tüm yeni saptanan kanserlerin % 12,9'unu oluşturmuştur (41). Sigaranın akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri için başlıca neden olduğu kanıtlanmıştır (42).

Türkiye'nin Akciğer Kanseri Haritası Projesi'nden alınan verilere göre akciğer kanseri erkeklerde 100 binde 75, kadınlarda 100 binde 10 olup, yıllık beklenen yeni hasta sayısı yaklaşık 30 bindir (41).

Amerika Birleşik Devletlerin (ABD)'de tüm kanser ölümlerinin 1/3'ü sigaraya bağlanmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar sigara ile birçok kanser türünün (örneğin, ağız boşluğu, larinks, özofagus, mesane, böbrek, pankreas, mide ve serviks) ilişkili olduğunu göstermektedir (38).

Kalp ve dolaşım sistemi:

Pek çok prospektif çalışma sigara içenlerde myokard enfarktüsü, tekrarlayıcı kalp atakları, koroner arter hastalığı (KAH)'na bağlı ani ölüm risklerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Sigara içenlerde KAH insidansı 2-4 kat fazladır. Sigara myokartta akut ve kronik değişikliklere neden olur. Oksijen ihtiyacını artırırken kan arzını azaltma yolu ile oksijen sunumunu azaltarak MI ya neden olur. Başta ventriküler fibrilasyon olmak üzere disritmilerin eşiğini azaltarak ani ölüme yol açabilir. Tekrarlayan endotel hasarına yol açarak koroner ateroskleroza sebep olur (39).

Kadınlardaki Etkisi

Yukarıda sayılanlara ek olarak sigara içmeyen kadınlara göre sigara içen kadınlarda infertilite problemleri daha fazladır. Gebelik sırasında plesenta previa, abruptio plesanta türü komplikasyonlar, erken membran rüptürü, erken doğum olasılığı daha fazladır.

Gebeliğin düşükle sonlanması, ölü doğum, konjenital malformasyon, düşük doğum ağırlığı daha fazla görülür. Gebelik boyunca sigara içen kadınların bebekleri sigara içmeyen kadınların bebeklerinden ortalama 200-250 gr daha düşük ağırlıkta olmaktadır. Sigara içen kadınlarda anne sütü de daha azdır. Sigara içen kadınlarda mensturasyon bozuklukları daha çok görülür ve sigara içen kadınlar içmeyen kadınlara göre daha erken menapoza girerler (43).

Osteoporoz sigara içen kadınlarda daha fazla görülür (43).

Bebek Ve Çocuktaki Ekisi

Gebelik sırasında sigara içimi doğmamış çocukta bir çok ağır sağlık sorununa yol açabilir (44). Sigara dumanı İçindeki kimyasallardan hangisinin gelişmekte olan bebeğe zararlı olduğu kesin olarak bilinmemekle birlikte, özellikle nikotinin ve karbonmonoksitin gebelik sonuçlarını olumsuz etkilediği bilinmektedir.

Anne kanındaki nikotin miktarının %88 kadarı plasentadan fetal dolaşım ve amnion sıvısına geçer (45).

Nikotin, uterus damarlarında vazokonstrüksiyona neden olarak uteroplental kan akımını azaltır (46). Nikotin, plasentanın yapısında bulunan ve fetusun büyümesi için gerekli olan hormonların özellikle büyüme hormonu, IGF, leptinin salgılanmasını olumsuz yönde etkiler (47).

Karbon monoksit ise sigara kullanımı veya sigara dumanına maruz kalmanın sonucu olarak plasenta yolu ile fetusun dokularına hızlıca geçer ve fetal kan dolaşımında annede bulunandan %15 daha fazla bulunur (45). Fetal kanda karboksihemoglobine dönüşen CO fetal hipoksiye neden olur. Plasenta ve damar yapılarında meydana gelen değişiklikler nedeniyle fetus ile anne arasındaki besin ve gaz geçişi azalarak fetusun beslenmesi bozulur. Böylece intra uterin büyüme geriliği gelişir (46).

Gebelik sırasındaki sigara içimi erken doğumların %14'ünden ve tüm bebek ölümlerinin %10'undan sorumludur (44).

Sigara kullanımı Small for gestational age (SGA) bebek doğurma riskini iki kat arttırmaktadır (48).

Günde en az yarım paket sigara içen annelerin çocuklarında 2,1 kat daha çok astım görülme riskinin olduğu; ilk yaşta ise bu riskin 2,6 kat daha çok olduğu gösterilmiştir. Sigara ve atopi ilişkisi de gösterilmiştir; sigara içen annelerin çocuklarında deri

testlerinde allerji daha sık saptanmış; ebeveynleri sigara kullanan erkek çocukların kandaki IgE ve eozinofil seviyeleri daha yüksek olduğu görülmüştür (49).

2.4 SİĞARA BAĞIMLILIĞI

Madde bağımlılığını DSÖ “Kişinin psikoaktif madde kullanımına önceden değer verdiği diğer uğraşlardan belirgin olarak daha üstün bir öncelik tanınması” şeklinde tanımlamaktadır (50).

Nikotin, tütün bağımlılığından sorumlu başlıca bileşenlerden biridir. Tütünde yaklaşık yüzde 1-3 arası konsantrasyonda bulunan bir alkaloid olan nikotin, hem periferik sinir sisteminde hem de merkezi sinir sisteminde eksprese edilen nikotinik asetilkolin reseptörlerinde bir agonisttir. Merkezi ve periferik sinir sisteminde ki pek çok reseptör üzerinden yaptıkları farklı etkiler ile güçlü bağımlılık yapıcı etkisini göstermektedir. Genlerdeki kalıtsal varyasyonlar sigara içme ve bırakma kalıplarının farklılaşmasına katkı sağlamaktadır (51).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V) kriterleri her hangi bir maddeye karşı bağımlılığı son bir yıl içinde aşağıdaki yedi maddeden üçünün görülmesi olarak tanımlamaktadır (52).

- Niyetlendiğinden daha fazla miktar ve süre kullanmak
- Sürekli bırakma isteği ya da başarısız bırakma girişimleri
- Kullanımı için fazla vakit harcamak
- Sosyal faaliyetleri, hobileri, başka zevk verici aktiviteleri azaltmak ya da terk etmek
- Maddeye bağlı ya da madde kullanımıyla artan fiziksel ya da psikolojik problemler yaşamasına rağmen kullanmaya devam etmek.
- Tolerans gelişmesi
- Yoksunluk belirtileri

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma konusu danışman ile belirlenmiştir. Anket soruları araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

3.1 . ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Annelerin gebelikte sigara içme davranışları ve sigara konusundaki görüşleri, bırakmaya ilişkin tutumlarını incelediğimiz bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel, ilişki arayıcı bir anket çalışmasıdır.

3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Menderes Değirmendere 6 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde 01.05.2019 tarihinde başlamış 01.09.2019 tarihinde bitmiştir. Aile sağlığı merkezine kayıtlı 18 yaş üstü gebe ve 2 yaşından küçük çocuğu olan kadınlar ile yürütülmüştür

3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Gebe ve emziren kadınlarda sigara içme sıklığı ortalama %20 olarak ele alınıp evreni belli olmayan örneklem hesabıyla 245 kişi hesaplanmıştır. 300 kişiye ulaşılması planlandı. 302 kişiye ulaşılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Araştırmaya dahil olma kriterleri: 18 yaşından büyük olmak, halen gebe olmak, 2 yıl içinde doğum yapmış olmak, gönüllü olmak.

Hariç olma kriterleri: 18 yaşından küçük olmak, 2 yaşından küçük çocuğu olmamak, hiç gebe kalmamış olmak

3.5. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI

Yazılı onamları alındıktan sonra okuma yazma bilmeyenler ile yüz yüze görüşme tekniği ile okuma yazma bilenlerde ise katılımcı tarafından doldurularak anket yapılmıştır. Anket 2 bölümden oluşmaktaydı. 1. Bölümde sosyodemografik verileri elde etmek için hazırlanan sorular yer alırken 2. Bölümde sigara içme durumu, bu konudaki görüşleri ve bırakmaya ilişkin düşünceleri ve tutumu ile ilgili sorular vardı.

3.6. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME TEKNİKLERİ

Çalışmanın tanımlayıcı analizleri için SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programında veri tabanı oluşturulup, verilerin frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır.

Araştırmada yaş; 17-24, 25-34 ve 35 üstü olarak üç kategoride, meslek; beyaz yaka, mavi yaka ve serbest çalışan olarak üç (mavi yaka; Mal veya hizmet üretimi yapan bir işletmede, arazide, sahada veya üretim tezgahı başında birebir emek sarf eden ve zihin gücüne oranla daha fazla beden gücüne dayalı işlerde çalışan kişiler, beyaz yaka bedensel değil daha çok zihinsel gücüyle, masa başı çalışan kişiler, serbest meslek ise belirli bir sermayenin altında çalışmayan mesleki bilgi ve eğitim gerektiren elemeğinin de kullanıldığı mesleklerdir.) , eğitim durumu ise ilkokul altı ve ilkokul üstü olmak üzere iki kategoride incelenmiştir.

Bağımlı değişkenlerden olan sigara kullanımı ile bağımsız değişkenlerden olan sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki incelemek amacıyla ki-kare testi kullanılmıştır.

Bütün analizler için $p < 0.05$ anlamlı değer olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması $29,80 \pm 5,254$ (min 17-max 43 yaş) olup en büyük grubu 25-34 yaş arasında olan %64,2'lik kesim oluşturmaktadır. Katılımcı kadınların %81,1'i ev hanımı olup, çalışanlar arasında mavi yakalılar %7,0, beyaz yakalılar %8,9, serbest çalışanlar %3,0 dır. Eğitim durumlarına bakıldığında kadınların %5,6'sı okuryazar değildir ve yaklaşık yarısı ilkokul mezunudur. Gebelik sayısı ve çocuk sayısı korele olup tablo 1 de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların eşlerinin sosyodemografik özelliklerine bakıldığında %81,1'i çalışmakta olup bunlar arasında en büyük grubu serbest çalışanlar almaktadır. Okuryazar olmayanların oranı %1,0 olup yine en büyük grubu %40,7 ile ilkokul mezunları almaktadır. Kronik hastalığı olan çocuk sahibi olanların oranı %4,6'dır.

4.1 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Demografik özellikler		N	%
Yaş	17-24	48	15,9
	25-34	194	64,2
	≥ 35	60	19,9
Çalışma durumu	Evet	57	18,9
	Hayır	245	81,1
Eşin çalışma durumu	Evet	245	81,1
	Hayır	57	18,9
Meslek	Mavi yaka	21	7,0
	Beyaz yaka	27	8,9
	Serbest çalışan	9	3,0

	Ev hanımı	245	81,1
Eşinin Mesleği	Mavi yaka	127	42,1
	Beyaz yaka	17	5,6
	Serbest çalışan	140	46,4
	Çalışmıyor	18	6,0
	Okuryazar değil	17	5,6
Eğitim durumu	Okuryazar	9	3,0
	İlkokul	137	45,4
	Ortaokul	60	19,9
	Lise	34	11,3
	Üniversite	45	14,9
	Okuryazar değil	3	1,0
Eşinin Eğitim durumu	Okuryazar	1	0,3
	İlkokul	123	40,7
	Ortaokul	80	26,5
	Lise	61	20,2
	Üniversite	34	11,3
Gebelik sayısı	1	82	27,2
	2	99	32,8
	3	68	22,5
	>3	52	17,2
	1	84	29,3
Çocuk sayısı	2	108	37,6

	3	45	15,7
	>3	31	10,7
Kronik hastalığı	Evet	14	4,6
olan çocuk varlığı	Hayır	285	94,4
Toplam		302	100.0

Araştırmaya dahil edilen katılımcı kadınlar arasında hayat boyu sigara içmiş olma %37,7 olup bunlar arasında gebelikte sigara içenler %17,9 dur. Katılımcıların yaklaşık yarısı sigara içilen ortamda bulunmuşlardır. Bunların da %35,8'i gebelik sırasında sigara içilen ortamda bulunmuştur.

Katılımcıların eşlerine bakıldığında ise; sigara kullanan %47,4, eşiyle (kadınla) aynı ortamda sigara içme oranı %29,8, eşi gebe iken yanında sigara içen erkeklerin oranı ise %18,9 dur.

Tablo 4.2.Katılımcıların sigara ilişkili özelliklerinin dağılımı

Özellikler		N	%
Hayat boyu sigara içmiş olma	Evet	114	37,7
	Hayır	187	61,9
Gebelikte sigara içmiş olma	Evet	54	17,9
	Hayır	243	80,5
Sigara içilen ortamda bulunma	Evet	174	57,6
	Hayır	126	41,7
Gebelik sırasında sigara içilen ortamda bulunma	Evet	108	35,8
	Hayır	191	63,2
Eşi sigara kullanıyor mu	Evet	143	47,4

	Hayır	159	52,6
Eşinin kendisiyle aynı ortamda sigara kullanma durumu	Evet	90	29,8
	Hayır	206	68,2
Eşinin kendisiyle gebelikte aynı ortamda sigara kullanma durumu	Evet	57	18,9
	Hayır	238	78,8
Bulunulan ortamda sigara içilmesi	Evet	145	48,0
	Hayır	155	51,3
Toplam			100,0

Kadınların sigaranın bebeğe olan zararlarını bilmesi %98,3, eşinin bilmesi %99,3, çevredeki insanların ise %96,4 tür. Sigarayı bırakmayı düşünenler %78,0, gebelik planlarken sigarayı bırakmayı düşünenler %82,8, gebeliği öğrendiğinde sigarayı bırakmayı düşünenler %88,3 olarak bulunmuştur. Gebelikte sigarayı bırakmayan katılımcılar arasında sigarayı azaltanlar %85,3, gebelikten sonra tekrar kullananlar %52,9 dur.

Katılımcıların eşlerine bakıldığında; sigarayı bırakmayı düşünenler %66,7, gebelik ile ilişkili eşin yanında sigara içmeyi bırakanlar %39,5'dir. Çevredeki insanlar arasında sigarayı gebelikle ilişkili gebenin yanında sigara içmeyi bırakanlar ise % 67,3'tür. Sigarayı bırakmada etkili olan etmenlerin başında ise %23,8 ile aile hekimliği gelmektedir.

Tablo 4.3. Katılımcıların sigara ile ilgili risk algısı düzeyleri

Alışkanlıklar		N	%
Sigaranın bebeğe olan zararlarını bilme	Evet	297	98,3
	Hayır	4	1,3
	Evet	300	99,3

Eşinin sigaranın bebeğe olan zararlarını bilmesi	Hayır	1	0,3
Çevredeki insanların sigaranın bebeğe olan zararlarını bilmesi	Evet	291	96,4
	Hayır	7	2,3
Sigarayı bırakmayı düşünme	Evet	85	78,0
	Hayır	24	22,0
Gebelik planlarken sigarayı bırakmayı düşünme	Evet	96	82,8
	Hayır	18	15,5
Gebeliği öğrendiğinde sigarayı bırakmayı düşünme	Evet	98	88,3
	Hayır	13	11,7
Gebelikte sigarayı azaltma	Evet	87	85,3
	Hayır	15	14,7
Gebelikten sonra tekrar kullanma	Evet	55	52,9
	Hayır	48	46,2
Eşin sigarayı bırakmayı düşünmesi	Evet	112	66,7
	Hayır	56	33,3
Eşin sigarayı gebelikte ilişkili bırakması	Evet	45	39,5
	Hayır	69	60,5
Çevredeki insanların gebeyken yanında sigarayı içmeyi bırakması	Evet	171	67,3
	Hayır	83	32,7
Sigarayı bırakmada etkili olan etmenler	Aile hekimi	20	23,8
	Ebe hemşire	12	14,3
	Kadın hastalıkları uzmanı	7	8,3
	Çevre	14	16,7

Basılı yayın ve televizyon	3	3,6
Arkadaş	5	6,0
Toplam		100.0

Araştırma kapsamına alınan kadınlar en fazla 11 kez gebe kalmış olup ortalaması $2,47 \pm 0,469$ 'dir. Çocuk sayısı da benzer şekilde olup ortalama $2,05 \pm 1,368$ dır.

Tablo 4.4. Katılımcıların gebelik ve çocuk sayısı

	N	Max.	Min.	Ort.
Gebelik sayısı	302	11	1	$2,47 \pm 0,469$
Çocuk sayısı	287	11	0	$2,05 \pm 1,368$

Araştırma kapsamına alınan kadınların gebelik sırasında içtiği sigara sayısı en az 0 en fazla 20 olup ortalaması $0,74 \pm 3,081$ 'dir. Gebelik boyunca çevresindeki insanlar tarafından içilen günlük sigara sayısı 20 ile 0 arasında değişiyor olup ortalama $2,28 \pm 5,146$ 'dir.

Tablo 4.5. Katılımcıların gebelikte maruz kalınan sigara sayısı

	N	Max.	Min.	Ort.
Gebelikte içilen günlük sigara	282	20	0	$0,74 \pm 3,081$
Gebelikte çevresinde içilen günlük sigara	300	20	0	$2,28 \pm 5,146$

Araştırmaya katılanların sosyodemografik özelliklerine göre hayatı boyunca sigara içmiş olma ile hangi gruplar arasında fark olduğunu belirlemek için yapılan ki kare testi sonuçları incelendiğinde; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek ve kronik hastalığı olan çocuk varlığı ile sigara içme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo 4.6. Katılımcıların sigara kullanma durumlarının bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

		Sigara kullanma		
Sosyodemografik özellikler		Evet	Hayır	P
Yaş	17-24	18	30	0,79

	25-34	71	122	
	≥ 35	25	35	
Çalışma durumu	Evet	23	34	0,66
	Hayır	91	153	
Eğitim	İlkokul ve altı	56	107	
	Ortaokul ve üstü	58	80	0,17
Meslek	Mavi yaka	7	14	
	Beyaz yaka	11	16	0,23
	Serbest çalışan	6	3	
Kronik hastalıklı çocuk varlığı	Evet	6	8	0,71
	Hayır	108	176	

Araştırmaya katılanların sosyodemografik özelliklerine göre gebe kalınca sigarayı bırakmayı düşünme ile arasındaki farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ki kare testi sonuçları incelendiğinde; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ile sigarayı bırakma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo 4.7. Katılımcıların gebe kalınca sigara bırakmayı düşünme durumlarının bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

		Gebe kalınca sigarayı bırakmayı hiç düşünme		
Sosyodemografik özellikler		Evet	Hayır	P
Yaş	17-24	17	1	
	25-34	61	8	0,55
	≥ 35	20	4	
Çalışma durumu	Evet	21	0	0,06
	Hayır	77	13	

Eğitim	İlkokul ve altı	50	5	0,39
	Ortaokul ve üstü	48	8	

Araştırmaya katılanların eşlerinin sosyodemografik özelliklerine göre sigara kullanımı ile arasındaki farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ki kare testi sonuçları incelendiğinde; eğitim durumu, çalışma durumu ve kronik hastalığı olan çocuk varlığı ile sigara içme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Meslek ile sigara içme arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$). Buna göre mavi yakalı statüsünde çalışan eşler daha çok sigara içmektedirler.

Tablo 4.8. Katılımcıların eşlerinin sigara içme durumlarının bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler		Eşin sigara kullanımı		P
		Evet	Hayır	
Eğitim	İlkokul ve altı	68	59	0,06
	Ortaokul ve üstü	75	100	
Çalışma durumu	Evet	116	129	0,99
	Hayır	27	30	
Meslek	Mavi yaka	70	57	0,02*
	Beyaz yaka	4	13	
	Serbest çalışan	62	78	
Kronik hastalıklı çocuk varlığı	Evet	9	5	0,18
	Hayır	132	153	

Araştırmaya katılanların eşlerinin sosyodemografik özellikleri ile sigarayı gebelikle ilişkili bırakmaları arasındaki farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için

değerlendirmede; eğitim durumu, çalışma durumu ile sigarayı bırakma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Buna rağmen kronik hastalığı olan çocuk varlığı ile eşlerin gebelik ilişkili sigarayı bırakması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,005$). Buna göre kronik hastalığı olan çocuk sahibi erkekler, eşleri gebe iken daha yüksek oranda sigarayı bırakmıştır.

Tablo 4.9. Katılımcıların eşlerinin sigarayı gebelikle ilişkili bırakmasının bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

		Eşin sigarayı gebelikle ilişkili bırakması		
Sosyodemografik özellikler		Evet	Hayır	P
Eğitim	İlkokul ve altı	49	26	0,74
	Ortaokul ve üstü	63	30	
Çalışma durumu	Evet	91	43	0,49
	Hayır	21	13	
Kronik hastalıklı çocuk varlığı	Evet	100	56	0,02*
	Hayır	10	0	

Katılımcıların eşlerinin sigara kullanması ile kadının normal hayatında ve gebelikte sigara kullanımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Buna göre eşi sigara içen kadınlar normalde daha çok sigara içerken, yine aynı şekilde eşi sigara içen kadınlar gebelikte daha yüksek oranda sigara içmiştir.

Tablo 4.10. Katılımcıların eşlerinin sigara içme durumlarının katılımcıların sigara içme davranışına göre dağılımı

		Eşin sigara kullanımı		
Sigara kullanımı		Evet	Hayır	P
Sigara içme	Evet	80	34	0,00*
	Hayır	62	125	

Gebelikte sigara içme	Evet	43	11	0,00*
	Hayır	97	146	



5. TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde önlenabilir ölüm nedenlerinin başında gelmekte olan sigara bağımlılığı ve ÇSD küresel bir salgın haline gelerek dünyanın karşılaştığı en büyük halk sağlığı sorunlarından biri olmuştur (2). DSÖ tarafından, biyo-sosyo-psikolojik zehirlenme hali olarak tanımlanan sigara kullanımı, özellikle anne ve fetus üzerine olan zararlarından dolayı önemle üzerinde durulması gereken bir konudur. Sağlık kuruluşlarına özellikle ulaşımı kolay olan 1. Basmağa başvuran kadınların sigara ve ÇSD açısından sorgulanmaları, sigara kullanımı ve bırakmaya ilişkin tutumlarının belirlenip, bırakma yönünde gerekli adımlar atılması önemli bir fırsattır.

Çalışmaya katılan 302 kadının hayatı boyunca (bir dönem dahi olsa) sigara kullanmış olma durumu %37,7'dir, sigarayı bırakmış olanların oranını çıkardığımızda(%9,3) kadınların %28,4'nün sigara kullanmakta olduğunu görüyoruz. 2012 TÜİK verilerine göre 15 yaş üstü kadın nüfusta sigara kullanma oranı %13,1'dir (28). Bölgemizdeki sigara kullanma oranı Türkiye ortalamasının üstünde olduğu görülüyor bunun nedeni bizim 18 yaş üstünü çalışmaya dahil etmemiz ve bölgesel sosyodemografik yapı farklılığı olabilir. Bölgemizde yapılan farklı çalışmalarda ise bu oran %27 ve %31 olarak bulunmuştur (53,54). Ve bu çalışma ile benzetilmektedir. Dünya genelinde sigara kullanımı kadınlarda 2011 yılında %8'dir (17).

Gebelikte sigara içme oranı bu çalışmada %17,9 bulunmuş iken ülkemizde 2008 yılında TNSA tarafından yayınlanan raporda %11'dir. 2014 te Zonguldak'ta yapılan bir çalışmada %20,5, Sivas, Tekirdağ ve Erzurum'da yapılan çalışmalarda ise gebelik süresince sigara içme oranı %6,5 %10,8 ve %12 olarak bulunmuştur (55,56,57). Dünyadaki diğer ülkelere baktığımızda; ABD de 1996 yılında %11,8 (71). Güney Afrika Capetown' daki düşük gelirli popülasyonda %47 iken çeşitli Avrupa ülkelerindeki gebelikte sigara içme oranı şu şekilde değişmektedir; % 25 (İsveç), % 50 (Hırvatistan), %4,2 (İzlanda) % 18,9 (Hollanda) ve %10,5 (İtalya). Bu çalışmadaki oran Türkiye'nin epey üzerinde olsa da bölgemizde yapılan diğer çalışmada sigara içme oranı %19,9 olup benzerlik göstermektedir(54). Görüldüğü üzere dünyada ve ülkemizde yapılan araştırma sonuçları oldukça değişkendir. Bundaki neden, bölgesel farklılıklar olabileceği gibi ölçme değerlendirme farklılıkları olabilir.

Hamile kalınca sigarayı bırakmayı düşünme oranları da şu şekildedir; bizim çalışmamızda gebelerin %78'inin gebelik öncesinde sigarayı bırakmayı düşündükleri, gebeliği planlarken bu oranın %82,8'e çıktığı ve gebelikte daha da artarak %88,3 oranına ulaştığı görülmüştür. Bölgemizde yapılan bir çalışmada sigarayı bırakmayı düşünme oranı %75,2 olarak bulunmuş (54). Sivas'ta yapılan araştırmada ise 70,6 bulunmuş (55). Yukardaki sonuçlar gösteriyor ki gebelikte hem sigara bırakma oranı hem de sigarayı bırakma düşüncesi oranı oldukça yüksektir. Gebelik nedeniyle sigarayı bırakmayı düşünenlerin oranı %88'lere çıkmasına karşılık bırakma oranı %36,9 olmuştur.

Gebelikte sigarayı bırakanların oranları bu çalışmada 36,9 olarak bulunmuştur. Bu oran Manisa'da Altıparmak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %29,8, Tekirdağ'da ki araştırmada %17,5, Koçak ve arkadaşları tarafında Zonguldak'ta yapılan araştırmada %52, Erzurum'da %31,3, Sivas'ta yapılan bir çalışmada ise gebelikte sigarayı bırakma oranı %69,1 olarak bulunmuştur(55,59,57,60). Bölgemizde yapılan çalışmaya baktığımızda bu oranın %30,4 olduğu ve yine bizim çalışmamıza daha yakın bir sonuç çıktığı görülmüştür(54).

Bu çalışmada gebeliğinde sigarayı bırakan kadınlara, bırakmada etkili etmenler sorulduğunda(tablo 3) aile hekimi %23,8 ve ebe-hemşire %14,3 bulunmuş olup, toplamda %38,1'lik oranla 1. Basamaktaki sağlık çalışanlarının sigara bırakma konusunda çok önemli bir yere sahip olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle en kolay ulaşılabilen ve en sık başvurulmuş sağlık kuruluşları olan aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimlerine, ebe ve hemşirelere çok önemli görevler düşmektedir. İzlem ya da başka nedenle gelen kadınların ve gebelerin sigara içme durumları ve içiyorsa bırakmaya ilişkin tutumları mutlaka sorgulanmalıdır. Gerekiyorsa tıbbi destekte bulunmalı, ilgili merkezlere ulaşmalarına yardım etmeli, sigaranın kendisi ve bebeğine olan zararları anlatılmalıdır.

1990 yılında ABD de yapılan bir çalışmada hamilelik sırasında sigarayı içmeyi bırakan kadınların %56'sının doğumdan sonrasındaki 1 ay boyunca sigara kullanmaya tekrar başladığını göstermektedir. Bizim çalışmamızda da gebelikte sigara kullanmayı bırakan kadınların %52,9'nun doğumdan sonra tekrar sigara içmeye başladıklarını görüyoruz. Buradan da anlaşılıyor ki gebelik kadınlar için sigaradan kurtulmak açısından önemli bir fırsat olsa da maalesef tekrar başlama ihtimali oldukça yüksek. Bu nedenle gebelerde

sigarayı bırakmış olsalar da takibe ve bırakmanın devamını sağlamak için gereken desteği vermeye devam etmek gerekiyor.

Gebelerde sigara içmenin yanında içmese de en az sigara içmek kadar tehlikeli olan başka bir durum da ÇSD'dir. Bu çalışmada ÇSD'ye maruz kalan kadın oranı %57,6, gebelikte sigara içilen ortamda bulunma oranı %35,8, eşi sigara kullanan kadınların oranı %47,4 iken eşin yanında sigara içme oranı %29,8, yine eşin gebelikte aynı ortamda sigara içme oranı %18,9 olarak bulunmuştur. Katılımcıların eşlerinin sigara kullanması ile kadının normal hayatında ve gebelikte sigara kullanımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Buna göre eşi sigara içen kadınlar normalden daha çok sigara içerken, yine aynı şekilde eşi sigara içen kadınlar gebelikte daha yüksek oranda sigara içmiştir. Yine bölgemizde yapılan çalışmada da ÇSD'ye maruz kalan kadınların gebeliklerinde sigara içme oranları önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (54). Aynı çalışmada evde ÇSD'ye maruziyet %52,4 eşin sigara içme oranı ise %73,5 çıkmıştır. Erzurum'da eşlerin sigara içme oranı %55 iken sigara içen kadınların %85'nin eşinin de sigara içtiği görülmektedir (57). Sivas'ta yapılan çalışmada ise kadınların %64,3'ü evde ÇSD'ye maruz kalmış (55). Marakoğlu ve Sezer'in çalışmasında ise evde sigara içilme oranı %87,5 çıkmıştır (61). Gebelerin ve kadınların ÇSD'ye maruz kalmaları hem direkt olarak gebenin ve bebeğin sağlığına verdiği zararların yanında, ÇSD'ye maruz kalan, eşi sigara içen gebelerde ve kadınlarda sigara içme oranının da yüksek olması bu konuya da özel önem vermemiz gerektiğini göstermektedir. Aile sağlığı merkezine gelen gebelerin sadece sigara içme durumları değil ÇSD maruziyeti ve evdekilerin, eşin sigara içme durumları da sorgulanmalıdır.

Yukarıda da görüldüğü üzere gebenin ailesi ve sosyal durumu sigara içme alışkanlığı ve bırakma tutumunu belirlemede çok önemlidir. Bu açıdan diğer sosyodemografik özelliklerine bakıldığında; yaş ortalaması 29 iken en büyük grubunu %64,2 ile 25-34 yaş arasındaki grup oluşturmaktadır. Kadınların % 18,9'u çalışırken, eşlerin %81,1'i çalışmakta olup bunlar arasında en büyük grubu serbest çalışanlar oluşturmaktadır. Eğitim durumuna bakıldığında en büyük grubu %40,7 ile ilkokul mezunları oluşturmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek ve kronik hastalığı olan çocuk varlığı ile sigara içme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Fakat 2007 yılında Sivas'ta yapılan bir araştırmada öğrenim yılı 6 ve üstünde olan kadınların 5 yıl ve daha az öğrenim gören kadınlardan gebelikte sigara bırakma oranı daha yüksek çıkmıştır (60).

Katılımcıların kendisinin, eşinin ve çevresindekilerin %98-%99-%96 gibi yüksek bir oranda sigaranın kendilerine ve bebeğe verdiği zararları bildiklerini ifade etmelerine rağmen, bu durumdan sigara kullanmak ya da bırakmak ile alakalı olarak istatistiksel bir anlamlılık çıkmamıştır.

6. SONUÇLAR

1) Bu çalışmaya dahil edilen kadınlar arasında sigara kullanımının hala fazla olduğu, ÇSD'na maruziyetin ise daha da yüksek olduğu görülmüştür. Sigara kullanımının ve pasif içiciliğin eğitim seviyesiyle ve sosyo ekonomik durumla bağı bulunamamıştır. Maalesef eğitim durumu artsa da sigara kullanımında bir azalma olmuyor. Buradan yola çıkarak eğitim sistemimizde sigara ve zararları daha etkili şekilde anlatılması önerilebilir.

2) Sigarayı bırakan kadınlar sigarayı bırakmadaki en önemli etmenin aile hekimleri olduğunu belirtmişlerdir. Kadınlar "15-49 yaş kadın izlemi", gebelik ve lohusalık izlemleri için defalarca aile sağlığı merkezine gelmektedir. Gebelik ve diğer izlemler sigara konusunda kadınları ve anneleri bilgilendirmek, eğer kullanıyorsa tutumlarını değiştirmek, sigarayı bırakmaktır, gereken danışmanlık hizmetlerini vermek için önemli bir fırsattır.

3) Her ne kadar gebelikten dolayı sigarayı bırakanların oranı düşünenlere nazaran az olsa da bu bize gebelik olayının iyi değerlendirildiğinde sigarayı bırakmak açısından önemli bir fırsat olduğunu göstermektedir.

Doğumdan sonra da sigara konusunda takibe devam edilmeli, yeniden başlamaması için gereken destek verilmeye devam etmelidir.

4) Aile hekimlerinin ve aile sağlığı çalışanlarının sigara konusundaki duyarlılığının, sigara bırakma konusundaki bilgi ve becerilerinin önemli olduğunu görmüş bulunuyoruz. Bu nedenle özellikle aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının bu konudaki eğitimlerine özen gösterilmelidir.

5) Araştırmada kadınların ve gebelerin yüksek oranda ÇSD'ye maruz kaldığı, gebelikte bir miktar azalma olsa da yine de devam ettiği görülmüştür. ÇSD ile en çok evde sonra da iş yerinde karşılaşmaktalar. Burada iş yerlerindeki denetlemelerin artırılması ve çalışanların da eğitilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır. Daha da fazla dikkat etmemiz gereken konu ise evde sigara içimidir. Eşlerin ve aile bireylerinin sigara konusundaki tutum ve görüşleri öğrenilerek içiyorlarsa bırakmaları yönünde teşvik

edilmeliler, bırakamıyorlarsa ÇSD'nin zararları anlatılarak annenin bulunduğu ortamda içmemeleri sağlanmalıdır.

6) Çalışmamızda eşleri sigara içen kadınların normalde ve gebelikte de eşleri sigara içmeyenlere göre daha fazla sigara içtikleri ortaya çıkmıştır. Eşlerin sigara konusundaki tutumlarının önemi burada bir kez daha görülmüştür.

7) Sigara kullanımı alınan önlemler sayesinde azalma eğilimi gösterse de tehlike hala devam etmektedir. Sigara endüstrisinin reklamları propagandalarından insanlarımızı ve özellikle de gençlerimiz korumalıyız.

Sigarayı bırakmada en etkili yöntem ise hiç başlamamaktır.



7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, the MPOWER package: Geneva 2008:
2. World Health Organization. Tobacco leading cause of death, illness and impoverishment 27.05.2020
3. Doğu S. Ergin A.B. Gebe Kadınların Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler ve Gebelikteki Zararlarına İlişkin Bilgileri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2008, 1 (1): 26-39.
4. Beck LF, Morrow B, Lipscomb LE, Johnson CH, Gaffield ME, Rogers M, et al. Prevalence of selected maternal behaviors and experiences, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 1999. Morbidity and Mortality Weekly Report CDC. April 26, 2002 / 51(SS02);1-26
5. Aksu S. "Tütün kimya ve teknolojisi". 1 inci baskı. İstanbul: Tekel Enstitüleri yayınları, 1967.
6. Şuben M. "Tütün fabrikasyonu". 1 inci baskı. İstanbul: TEYO yayını, 1989.
7. Resmi Gazete. Tütün Mamullerinin Zararlarından Korumaya Yönelik Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. 06/01/2005: 25692
8. Tütün Ekspertleri Yüksek Okulu. "Tütüncülüğe giriş". İstanbul: TEYO yayını, 1978.
9. Barış İzzettin. "Sigara ve sağlık". 1inci baskı. Ankara: MEB yayınları, Ekim 1994.
10. Özendi S. Avrupa Birliği'nde tütün kontrolü ve Türkiye'deki uygulamalarının incelenmesi. Ankara: TAPDK; 2006:
11. Nafiz Z. "Tütün ziraati ve hastalıkları". 1 inci baskı. İstanbul: Cezri matbaa, 1932.
12. Seydioğulları M. Sir Walter Raleigh. Tütün Ekspertleri Derneği Bülteni, 2006; 75: 24-25
13. Yılmaz A. Türkiye'de tömbeki üretimi ve nargile kullanımının incelenmesi. Ankara: TAPDK; 2006
14. Doğruel F, Doğruel A.S. "Osmanlıdan günümüze TEKEL". 1 inci baskı. İstanbul: Tekel yayınları, 2000: 218
15. Gürsoy Naskali E. "Tütün kitabı". 1 inci baskı. İstanbul Kitabevi, 2003:17-33:
16. 27.04.2004 tarihinde Tütün Kontrolü Çerçeve Anlaşması, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlar Kurulu tarafından imzalanmıştır.
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041225>.
17. Salgını Durdurmak (Curbing the Epidemics) Dünya Bankası Yönetimler ve Tütün Ekonomisi, Dünya Bankası Yayınları, Çeviri Yayın (Çeviri yapan: Taş Ş.), Ofset Baskı İstanbul, 2001
18. Mattias Öberg, Maritta S Jaakkola, Alistair Woodward, Armando Peruga, Annette Prüss-Ustün.. Published online November 26, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61388-8
19. Guindon GE, Boisclair D. Past, current and future trends in tobacco use: HNP discussion paper. Washington: The World Bank; 2003.
- 20 World Health Organization. report on the global tobacco epidemic, Geneva. 2008.
21. Warren CW, Jones NR, Eriksen MP, Asma S, Global Tobacco Surveillance System (GTSS) collaborative group. Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. Lancet 2006; 367- 749

22. Waldron I. Patterns and causes of gender differences in smoking. Soc Sci Med 1991; 32:989
23. Waldron I, Bratelli G, Carriker L, Sung W-C, Vogeli C, Waldman E. Gender differences in tobacco use in Africa, Asia, the Pacific, and Latin America. Soc Sci Med 1988; 27: 1269-75
24. Amos A, Haglund M. From social taboo to “torch of freedom”: the marketing of cigarettes to women. Tob Control PubMed 2000; 9: 3-8
25. O’Keefe AM, Pollay RW. Deadly targeting of women in promoting cigarettes. J Am Med Womens Assoc PubMed 1996; 51: 67-9
26. Nerin I. [Women and smoking: fatal attraction]. Arch Bronconeumol. PubMed 2005; 41: 360-2
27. İHA. <https://www.iha.com.tr/haber-turkiyede-ne-kadar-sigara-kullanicisi-var-709869/> erişim tarihi 5 mayıs 2020
28. Ketten HS, Kahraman H, Üçer H, Çelik M, Sucaklı MH, Ersoy Ö. Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(2):58-62
29. Enstitüsü HÜNEE. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2009;2009:144-45.
30. Passey ME, D’Este CA, Sanson-Fisher RW. Knowledge, attitudes and other factors associated with assessment of tobacco smoking among pregnant Aboriginal women by health care providers: a cross-sectional survey. BMC Public Health. 2012;12(1):165.
31. Howe LD, Matijasevich A, Tilling K, Brion M-J, Leary SD, Smith GD, et al. Maternal smoking during pregnancy and offspring trajectories of height and adiposity: comparing maternal and paternal associations. International journal of epidemiology. 2012;41(3):722-32.
32. Erickson AC, Arbour LT. Heavy smoking during pregnancy as a marker for other risk factors of adverse birth outcomes: a population-based study in British Columbia, Canada. BMC Public Health. 2012;12(1):102
33. Global Health Observatory (GHO) [datahttps://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/en/](https://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/en/) . Erişim tarihi 10.05.2020.
34. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. In: D’Amato G, Holgate ST; eds. The impact of air pollution on respiratory health. First ed. Sheffield: ERS Journals Ltd. Eur Respir Mon, 2002;21:161-79.
35. Tobacco Free Initiative (TFI). Erişim tarihi 20.05.2020 https://www.who.int/tobacco/wntd/2007/smoke_free/en/
36. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. BMJ 1994;309:937-9.
37. Ash UK. Smoking Statistics: Illness and Death. Fact Sheet No:2. <https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/06/Smoking-Statistics-ASH-fact-sheet-November-2018-v2.pdf> adresinden 12.05.2020 tarihinde erişilmiştir.
38. Celal Karlıkaya, Funda Öztuna, Zeynep Aytemur Solak, Metin Özkan, Osman Örsel “Tütün Kontrolü” Toraks dergisi 2006 ;7(1) :51-64
39. Hasan SU. ATS statement-cigarette smoking and health. Am J Respir Crit Care Med 1996;154:1579-80.

40. Beck GJ, Doyle CA, Schachter EN. Smoking and lung function. Am Rev Respir Dis 1981;123:149-55.
41. Akciğer Kanseri. Türk Toraks Derneği. <https://www.toraks.org.tr/halk/Page.aspx?d=11> adresinden 06.04.2020 tarihinde erişilmiştir.
42. Cohen V, Khuri FR. Progress in lung cancer chemoprevention. Cancer Control 2003;10(4):315-24
43. Sigara kullanımının kadın sağlığına etkileri ve kontrolü. Prof. Dr. Nazmi BİLİR. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/sigara_kul_kadin_saglina_etkileri.pdf adresinden 08.04.2020 tarihinde erişilmiştir.
44. American Lung Association.RFact Sheet. Women and Smoking http://www.lungusa.org/tobacco/women_factsheet99.html; 2001. adresinden 10.05.2020 tarihinde erişilmiştir.
45. Nursan Çınar , Sümeyra Topal, Sevin Altınkaynak. Gebelikte Sigara Kullanımı ve Pasif İçiciliğin Fetüs ve Yenidoğan Sağlığı Üzerine Etkileri. Dergipark 2015, 1(2): 52 - 57
46. Suter MA, Anders AM, Aagaard KM. Maternal smoking as a model for environmental epigenetic changes affecting birthweight and fetal programming. Mol Hum Reprod 2013; 19(1): 1–6.
47. Coutant R, Boux de Casson F, Douay O, Mathieu E, Rouleau S, Beringue F, Gillard P, Limal JM, Descamps P. Relationships between placental GH concentration and maternal smoking, newborn gender, and maternal leptin: possible implications for birth weight. J Clin Endocrinol Metab 2001; 86(10): 4854-4859.
48. Semir Köse, Gökhan Tosun, Banu İsbilen Basok, Sabahattin Altunyurt. Sigara kullanan gebelerde obstetrik sonuçlara ilk üçay tarama döneminden bakış Kocaeli Med J 2019; 8; 1:51 59
49. Murin S, Bilello KS, Matthay R. Other smoking-affected pulmonary diseases. Clin Chest Med 2000;21:121-37.
50. Kesim Y. Sigaranın farmakolojik etkileri. Tür A (Ed). Sigaranın sağlığa etkileri ve bırakma yöntemleri. Samsun: Logos Yayıncılık; 1995:29-53.
51. Control CfD, Prevention. How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the surgeon general. 2010.
52. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Yazar: Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu, 2013.
53. Pakize Ayşe TURAN,Gül ERGÖR, Onur TURAN, Sinem DOĞANAY, Oğuz KILINÇ İzmir halkının tütün kullanma özelliklerinin belirlenmesi. Tuberk Toraks 2014;62(2):101-107
54. Pınar KÖKSAL, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Gebe Polikliniği'nde takip edilen gebelerin sigara kullanımının izlemi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> adresinden 04.07.2020 tarihinde erişilmiştir
55. Hande CENGİZÖĞLU Gebe kadınların sigara kullanımı ve pasif sigara dumanına maruziyetinin belirlenmesi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> adresinden 22.06.2020 tarihinde erişilmiştir.
56. Levent MUTLU , Gamze VAROL SARAÇOĞLU Gebelikte sigara içme prevalansı ve sigara içme davranışını etkileyen etmenler: Tekirdağ örneği. Dergipark Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2014;12 (1): 1 - 12

57. Dursun Erol AFŞİN Gebelerde sigara içme durumunun değerlendirilmesi ve sigaranın zararları konusunda bilgi düzeylerinin tespit.
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> adresinden 07.06.2020 tarihinde erişilmiştir.
58. S H Ebrahim , R L Floyd, R K Merritt , P Decoufle, D Holtzman Trends in Pregnancy-Related Smoking Rates in the United States, 1987-1996 JAMA. 2000 Jan 19;283(3):361-6.
59. Koçak C, Kurçer MA, Arıkan İİ. altıpart Ecevit Üniversitesi Hastanesi Gebe Polikliniğine Başvuran Kadınların Sigara İçme Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. İstanbul Med. J. 2015; 16; 133-136
60. Altıparmak S, Altıparmak O, Avcı HD. Manisa’da gebelikte sigara kullanımı; yarı kentsel alan örneği. Turk Toraks Der. 2009; 10: 20-5.
61. Kamile MARAKOĞLU , R. Erol SEZER 2002.Sivas’ta Gebelikte Sigara Kullanımı Smoking in Pregnancy in Sivas. <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/469.pdf> adresinden 06.06.2020 tarihinde erişilmiştir.



8. ÖZGEÇMİŞ

Unvanı, Adı Soyadı : Dr. Özgür Dölek
Doğum Tarihi/ Doğum yeri :
E-mail :
Bölümü : Aile Hekimliği
Medeni Durum : Evli
Yabancı Dil : İngilizce

Eğitimi:

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi-
Aile Hekimliği ABD / 2014-2020

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

Karaman Lisesi

Karaman Yunus Emre Ortaokulu

Karaman İstiklal İlkokulu

Çalıştığı Kurumlar:

Isparta Kızılay Kan Merkezi

Karaman 5 nolu Sağlık Ocağı

Karaman Karamanoğlu Mehmet Bey Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları
Hastanesi

Kiraz 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi

Bornova 17 Nolu Aile Sağlığı Merkezi

Menderes Değirmendere 6 Nolu Aile Sağlığı Merkezi

Uzmanlık eğitimi (Aile Hekimliği), İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma
Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Ağustos 2014-2020

9. EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onay Belgesi

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Bahar Mh. Saim Çikrikçi Cad. No:59 Bozyaka/İZMİR
	TELEFON	0232 250 50 50 – 1368
	FAKS	0232 250 29 97
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Annelerin Gebelikte Sigara İçme Davranışları ve Sigara Konusundaki Görüşleri, Bırakmaya İlişkin Tutumları			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU				
	KOORDİNATÖR/ SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Başasistan Uzm. Dr. Özge TUNCER			
	KOORDİNATÖR/ SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/ SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ İzmir Bozyaka EAH Aile Hekimliği			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
			Diğer ise belirtiniz Anket Çalışması		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	28/03/2019	1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	28/03/2019	1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐					
	İLAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
	SONUÇ RAPORU	☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
	DİĞER:	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 02	Tarih: 10.04.2019					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına , ilgili birimlerden onay alındıktan sonra çalışmaya başlanılmasına toplantıda katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile onayının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.							

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Mehmet Yıldırım

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Mehmet Yıldırım	Genel Cerrahi	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Enver Vardar	Patoloji	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Taciser Kaya	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Taşkın Altay	Ortopedi	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Op. Dr. Ferda Ulviye Hoşgörler	Fizyoloji	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Selma Tosun	Hukukçu	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Müeyesser Keskiner	Eczacı	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Abdullah Murat Mete	Sivil, Kütüphane Müdürü	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Arif Yüksel	Dahiliye	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. İsmail Yılmaz	Farmakoloji	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*: Toplantıda Bulunma

Ek 2. Anket Soruları

Sosyodemografik Veri Formu

1-Yaşınız?

2-Eğitim durumunuz?

a)Hiç okula gitmemiş b)okur yazar c)ilkokul d)ortaokul e)lise f)üniversite

3)Çalışıyor musunuz?

a) evet b) hayır

4-Mesleğiniz?

5-Kaç defa hamile kaldınız?

6-Kaç çocuğunuz var?

7-Kronik hastalıklı çocuğunuz var mı?

8-Eşinizin eğitim durumu?

a)Hiç okula gitmemiş b)okur yazar c)ilkokul d)ortaokul e)lise f)üniversite

9-Eşinizin mesleği?

10-Eşiniz çalışıyor mu?

a)evet b) hayır

Annelerin gebelikte sigara içme davranışları ve sigara konusundaki görüşleri, bırakmaya ilişkin tutumları konusu anketi

11-Hayatınızda boyunca hiç sigara kullandınız mı?

a)evet b) hayır

12-Cevabınız evet ise ne kadar süre ile gün de kaç tane?

13-Gebeliğiniz de hiç sigara içtiniz mi?

a)evet b)hayır

14- Cevabınız evet ise ne kadar süre ile günde kaç kaç tane?

15-Hayatınız boyunca hiç sigara içilen ortamda bulundunuz mu?

a)evet b)hayır

16-Cevabınız evet ise ne kadar süre ile kaç tane?

17- Gebeliğiniz boyunca hiç sigara içilen ortamda bulundunuz mu?

a)evet b)hayır

18- cevabınız evet ise ne kadar süre ile kaç tane içiliyordu?

19-Eşiniz sigara kullanıyor mu?

a)evet b)hayır

20-Eşiniz sizinle aynı ortamda sigara kullanıyor mu?

a)evet b)hayır

21- Gebeliğiniz de eşiniz sizinle aynı ortamda sigara kullanıyor mu?

a)evet b)hayır

22-Bulunduğunuz ortamda sigara içen kimse var mı?

a)evet b)hayır

23-Gebeliğiniz de hangi ortamda yanınızda sigara içiliyor(evde , komşuda, işyerinde... vb)

24-Sigaranın size olan zararlarını biliyor musunuz?

a)evet b)hayır

25-Sigaranın bebeğinize olan zararlarını biliyor musunuz?

a)evet b)hayır

26-Eşiniz sigaranın size ve bebeğe olan zararlarını biliyor mu?

a)evet b)hayır

27-Çevrenizdeki insanlar sigaranın size ve bebeğe olan zararlarını biliyor mu?

a)evet b)hayır

28-Eğer sigara kullanıyorsanız , sigarayı bırakmayı hiç düşündünüz mü?

a)evet b)hayır

30-Gebelik planlarken sigarayı bırakmayı hiç düşündünüz mü?

a)evet b)hayır

31-Gebe kalınca sigarayı bırakmayı hiç düşündünüz mü?

a)evet b)hayır

32-Gebe kalınca sigarayı azalttınız mı?

a)evet b)hayır

33-Sigarayı bırakmış iseniz , gebelik ten dolayı mı bıraktınız?

a)evet b)hayır

34-Cevabınız evet ise; doğumdan sonra sigara kullanmaya tekrar devam ettiniz mi?

a)evet b)hayır

35-Eşiniz sigara bırakmayı düşündü mü?

a)evet b)hayır

36-Eşiniz sigarayı bırakmış ise bunun sizin gebeliğiniz ile ilişkisi var mı? a)evet b)hayır

37-Eşiniz ya da aynı ortamda sigara kullanan kişiler sizin gebeliğiniz boyunca yanınızda sigara içmeyi bıraktılar mı?

a)evet b)hayır

38-Sigarayı bırakmanızda etkili olan faktör hangisidir?

a)aile hekimi b)ebe-hemşire c)kadın hastalıkları uzmanı d)çevre e)basılı yayın ve televizyon f)internet g)arkadaş