

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

**( YÜKSEK LİSANS TEZİ )**

**GEBELİKTE SİGARA KULLANIMI VE İLİŞKİLİ  
FAKTÖRLER**

**PINAR TARHAN**

**DANIŞMAN  
YRD. DOÇ. DR. TÜLAY YILMAZ**

**EBELİK ANABİLİM DALI  
EBELİK PROGRAMI**






**İSTANBUL-2016**

## TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Pınar TARHAN tarafından hazırlanan "Gebelikte Sigara Kullanımı ve İlişkili Faktörler" başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

08 / 01 / 2016

### Tez Sınav Jürisi

<u>Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)</u>	<u>İmzası</u>
1.Prof.Dr.Hacer KARANİSOĞLU Maltepe Üniversitesi Hemş. Y.O	
2.Doç.Dr.Saadet YAZICI İ.Ü.Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik A.B.D	
3.Doç.Dr.Gülçin BOZKURT İ.Ü.Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik A.B.D	
4.Yrd.Doç.Dr.(Doç.Dr.)Asiye GÜL İ.Ü.Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik A.B.D	
5.Yrd.Doç.Dr.Tülay YILMAZ (Tez Danışmanı) İ.Ü.Sağlık Bilimleri Fak.Ebelik A.B.D	

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

PINAR TARHAN

(İmza)



## İTHAF

Sevgili eşime ve hayatın bize verdiği en değerli iki varlığıma, oğullarıma ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın tamamlanmasında gösterdiği ilgi, harcadığı zaman ve destek için tez danıőmanım Yrd. Doç. Dr. Tülay YILMAZ'a; engin bilgisi, desteği ve katkıları nedeniyle Prof. Dr. Hacer KARANİSAOĞLU'na; bilgisiyle, varlığıyla ve desteğiyle her zaman moral ve motivasyon kaynağım olan Doç. Dr. Saadet YAZICI'ya; güler yüzü ve desteği için sevgili arkadaőım Arő. Gör. Sevil GÜNAYDIN'a; destekleri ve gleryzleri için tüm değerli hocalarıma; fedakarlıklarıyla bugünlere gelmemi sağlayan aileme; gösterdiği sabır ve desteği için hayattaki en büyük őansım olan eşim Onur'a, birlikte oyun oynama zamanlarımızdan fedakarlık yapan melek oğlum Doruk'a ve ailemizin yeni yesi melek oğlum Mete'ye teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	X
ÖZET .....	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Sigaranın Etki Mekanizması ve Sigara Bağımlılığı.....	4
2.2. Sigara Kullanımının Dünyada ve Ülkemizde Yaygınlığı .....	5
2.2.1. Kadınlar Arasında Sigara Kullanımı.....	13
2.2.2. Gebelikte Sigara Kullanımı.....	14
2.3. Pasif Sigara İçiciliği .....	15
2.4. Sigaranın Zararları .....	16
2.5. Sigaranın Kadın Sağlığına Etkileri .....	18
2.6. Sigaranın Kadın Üreme Sağlığına Etkileri .....	19
2.7. Gebelikte Sigara İçmenin Anneye Olan Etkileri .....	21
2.7.1. Birinci Trimesterdaki Etkileri .....	21
2.7.2. İkinci ve Üçüncü Trimesterdaki Etkileri.....	22
2.7.2.1. Plasenta Previa .....	22
2.7.2.2. Ablasyo Plasenta (Dekolman Plasenta) .....	22
2.7.2.3. Erken Membran Ruptürü (EMR) .....	23
2.7.2.4. Preterm Eylem (Erken Doğum): .....	23
2.8. Gebelikte Sigara İçmenin Fetüs Sağlığına Etkileri .....	24
2.8.1. Merkezi Sinir Sistemi Üzerine Olan Etkileri .....	25
2.8.2. Fetal Büyümeye Olan Etkileri.....	25
2.8.2.1. Fetüsün Doğum Ağırlığı .....	26

2.8.2.2. Fetüsün Boy Uzunluğu.....	27
2.8.2.3. Fetüsün Baş Çevresi.....	27
2.9. Sigaranın Bebek ve Çocuk Sağlığına Olan Etkileri.....	27
2.10. Sigara ve Anne Sütü.....	28
2.11. Gebelikte Sigara Kullanımı İle İlişkili Faktörler .....	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	31
3.2. Araştırmanın Soruları.....	31
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	31
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	31
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	32
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanmasında Kullanılan Araçlar .....	32
3.6.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik-Jinekolojik ve Sigara Kullanma Özelliklerini İçeren Soru Formu .....	32
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanmasında İzlenen Yol.....	33
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	33
3.9. Verilerin İstatistiksel Açıdan Değerlendirilmesi .....	33
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	34
3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri .....	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine, Psikososyal Stres ve Partner/Sosyal Destek Durumlarına, Gebelikte ve Gebelik Öncesinde Sigara Kullanma Oranına, Sigarayla İlgili Algısına, Sigaranın Zararlarını Bilme Düzeylerine ve Sigara Kullanan Gebelere Sağlık Çalışanlarının Yaklaşım Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	35
4.2. Gebelikte Sigara Kullanma İle İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	48
4.2.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	48
4.2.2. Gebelerin Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	50
4.2.3. Gebelerin Psikososyal Stres ve Sosyal Desteğe İlişkin Özelliklerine Göre Gebelikte Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	54

4.2.4. Gebelerin Pasif İçicilik ve Eşlerinin Sigara Kullanma Özelliklerine Göre Gebelikte Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	55
5. TARTIŞMA .....	57
5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine, Sigara İçme Oranına, Sigaranın Zararlarını Bilme Düzeylerine ve Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	57
5.1.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması .....	57
5.1.2. Gebelerin Sigara Kullanma Oranına İlişkin Bulgularının Tartışılması .....	58
5.1.3. Gebelerin Sigaranın Zararlarını Bilme Düzeylerine ve Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	59
5.2. Gebelikte Sigara Kullanma İle İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	60
5.2.1. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	60
5.2.2. Gebelerin Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	62
5.2.3. Gebelerin Psikososyal Stres ve Sosyal Desteğe İlişkin Özelliklerine Göre Gebelikte Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	63
5.2.4. Gebelerin Pasif İçicilik ve Eşlerinin Sigara Kullanma Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	64
KAYNAKLAR .....	70
FORMLAR .....	78
ÖZGEÇMİŞ .....	85

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Tütünün Dünyadaki Kullanım Oranları 2011 Raporu (Dünyada 15 yaş üstü sigara kullanım oranları 2009).....	6
Tablo 2-2: Tütüne bağlı ölüm oranları.....	8
Tablo 2-3: Dünya Sağlık Örgütü Dünya Çapında Tütün Epidemisi 2013 Raporu .....	9
Tablo 2-4: Ülkemizde Kadınlarda Sigara Kullanımı Yaş Aralıkları .....	12
Tablo 4-1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri (N=815).....	36
Tablo 4-2: Gebelerin Obstetrik-Jinekolojik Özellikleri (N=815).....	39
Tablo 4-3: Psikososyal Stres ve Partner/Sosyal Desteğe İlişkin Özellikler (N=815).....	42
Tablo 4-4: Gebelikte ve Gebelik Öncesi Dönemde Sigara Kullanmaya İlişkin Özellikler .....	43
Tablo 4-5: Gebelerin Sigarayla İlgili Algısına İlişkin Özellikleri .....	46
Tablo 4-6: Gebelerin Sigaranın Zararlarını Bilme Düzeylerine İlişkin Özellikleri.....	47
Tablo 4-7: Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı İle İlgili Özellikler.....	48
Tablo 4-8: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Gebelikte Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması .....	49
Tablo 4-9: Gebelerin Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması (N=815) .....	50
Tablo 4-10: Gebelerin Antenatal Bakım Alma Özelliklerine Göre Gebelikte Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması (N=815).....	53
Tablo 4-11: Gebelerin Psikososyal Stres ve Sosyal Desteğe İlişkin Özelliklerine Göre Gebelikte Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması (N=815).....	54
Tablo 4-12: Gebelerin Pasif İçicilik ve Eşlerinin Sigara Kullanma Özelliklerine Göre Gebelikte Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması (N=815).....	55

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
ABÖS	:	Ani Bebek Ölümü Sendromu
AIDS	:	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
ASYE	:	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu
ÇSD	:	Çevresel Sigara Dumanı
DDA	:	Düşük Doğum Ağırlıklı
DDT	:	Dikloro Difenil Trikloroethan
DÖB	:	Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
EMR	:	Erken Membran Ruptürü
EPA	:	Environmental Protection Agency
GYTS	:	Global Youth Tobacco Survey
IQ	:	Intelligence Quotient
IUGR	:	Intra Uterin Growth Retardation
KOAH	:	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
PEMR	:	Preterm Erken Membran Ruptürü
SGA	:	Small For Gestational Age
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences
TİT	:	Tam İdrar Tahlili
TNSA	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
ÜSYE	:	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
WHO	:	World Health Organization

## ÖZET

TARHAN, P. (2016). Gebelikte Sigara Kullanımı ve İlişkili Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Gebelikte sigara kullanımı fetal, maternal ve neonatal sağlık üzerinde olumsuz etkileri olan bir sağlık riskidir. Araştırma gebelikte sigara kullanma oranı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlandı. Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Ümraniye Adem Yavuz Aile Sağlığı Merkezi'nde 17 Aralık 2012-17 Aralık 2013 tarihleri arasında toplam 815 gebe ile yapılmış, tanımlayıcı, kesitsel bir çalışmadır. Verilerin toplanmasında gebelerin Sosyo-Demografik, Obstetrik-Jinekolojik ve Sigara İçme Özelliklerini İçeren Soru Formu kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmede yüzde dağılımı ve nitel verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Gebelikte sigara kullanımı ile gebelik sayısı, gebelik haftası, gebeliğin planlanma durumu, yaşayan çocuğun olması, gebelikte ilaç kullanma durumu (folik asit, demir preparatı, multivitamin vb.), doğum öncesi bakım alma durumu, eşin sigara içme durumu ve pasif içicilik arasında ilişki bulundu. Sosyo-demografik özellikler, ilk gebelik yaşı, gebelik öncesi ve gebelikte meydana gelen sağlık sorunları, psikososyal stres ve sosyal destek arasında farklılık saptanmadı. Gebelikte sigara kullanımı ile ilişkili faktörler sorgulanıp gerekli danışmanlık hizmetleri ve eğitimler verilerek; sigara kullanımının ve pasif içiciliğin önüne geçilebilir. Bu sayede sigaranın anneye, bebeğe ve gebeliğe olan riskleri azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, sigara, sigaranın zararları, yenidoğan

## ABSTRACT

TARHAN, P. (2016). Smoking During Pregnancy and the Related Factors. Istanbul University, Institute of Health Science, Midwifery Department, Master's Thesis, Istanbul.

Smoking during pregnancy is a health risk which has negative effects on fetal maternal and neonatal health. The research is planned to determine the rate of smoking during pregnancy and the related factors. The study of descriptive and cross-sectional design, was conducted at the Istanbul Public Hospitals Association of the North Anatolian Zeynep Kamil Maternity and Children's Training and Research Hospital Ministry of Health of Republic of Turkey with at the Public Health Directorate of Istanbul Umraniye Adem Yavuz Family Health Center of the Ministry of Health of the Republic of Turkey, over the period December 17, 2012 and December 17, 2013 with a total of 815 pregnant women. A questionnaire which contains socio-demographic, obstetric-gynecologic and the smoking characteristics of women is used in collecting data for this study. The percentage distribution is used in statistical evaluation and chi-square test was used in comparison of the qualitative data. A correlation was found between the smoking during pregnancy the number of pregnancies experienced, the frequency of antenatal check-ups, the gestational age, the planning status of the pregnancy, the living child, the situation with drug use in pregnancy (folic acid, iron preparations, multivitamin etc.), the spouse smoking status, and the secondhand smoke. It was however seen that there were no significant differences in the distribution of the pregnant women's socio-demographic characteristics, the age of first pregnancy, health problems in pregnancy, psychosocial stress and social support. By examination of the factors related with smoking during pregnancy and providing necessary consulting trainings and services, tobacco use and secondhand smoke could be prevented. Thanks to this, the maternal, neonatal, and antenatal risks by smoking can be reduced.

**Key Words:** Pregnancy, smoke, the dangers of smoking, newborn

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara tüketimi dünyada pek çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkenin sorunu olduğu gibi ülkemizde de önemli sağlık sorunlarından biridir (Aktaş ve Güler 2010). Sigara nedeniyle meydana gelen ölümler; terör, Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu (AIDS-Acquired Immune Deficiency Syndrome), trafik kazası gibi nedenlerle meydana gelen ölümlerin 5-10 katıdır (Cesur 2007). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2010 raporuna göre akciğer kanserlerinin %71'i, kronik solunum yolu hastalıklarının %42'si, kalp damar hastalıklarının %10'u sigaraya bağlı nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 2011 raporuna göre 15 yaş üstü dünya nüfusunun %22'si tütün kullanmaktadır. Bunların %36'sının erkek, %8'inin kadın olduğu bildirilmiştir (WHO 2013).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sigara kullanımı, günümüzde bir biyo-sosyo-psikolojik zehirlenme hali olarak tarif edilmektedir. Sigara alışkanlığı bireylerin birbirlerini etkilemesiyle bir sosyal zehirlenme ve ortaya çıkardığı tolerans hali, fizik ve psikolojik bağımlılık yapma özelliğiyle de aynı zamanda bir psikolojik zehirlenme durumu olarak tanımlanmaktadır (Altıparmak ve ark. 2009).

Tüm dünyada 1 milyar sigara içicisi bulunmaktadır ve sigara kullanıcılarının yarısını öldürmektedir. Tütün kullanımı her yıl 6 milyondan fazla kişinin ölümüne neden olmaktadır. Bu ölümlerden yaklaşık 600 bini pasif içiciliğe bağlıdır. Sigara nedeniyle kansere bağlı hastalıklardan ölecek kişilerin oranının ise tüm dünyada %30 olacağı düşünülmektedir. 20. yüzyılda 100 milyon kişinin ölümüne neden olan sigaranın 21. yüzyılda 1 milyar gibi bir nüfusun ölümüne neden olacağı tahmin edilmektedir. Mevcut eğilimler devam ederse %83'ü düşük ve orta gelirli ülkelerde olmak üzere 2030 yılına kadar tüm dünyada 8 milyon kişinin hayatını sigara nedeniyle kaybedeceği düşünülmektedir (American Cancer Society 2014).

Dünya genelinde kadınların %12'si sigara içmektedir (Kaya ve Şahin 2013). Gelişmekte olan ülkelerde özellikle genç kızlar ve kadınlar arasında sigara içme alışkanlığı giderek artmaktadır (Kaya ve Şahin 2013). Son yıllarda erkeklerde sigara içimi azalırken özellikle son 20 yılda kadınlar arasında sigara kullanımı giderek artmaktadır (Bergmann ve ark. 2008).

Gebelerin tütün kullanması ise fetusa verdiği zarardan dolayı daha da önemli bir sağlık sorunudur (Öztuna 2008). Gebelik döneminde sigara içilmesi veya ortamdaki sigara dumanının solunması; fertilitiyi, fetüsün gelişimini, gebeliğin her safhasını ve doğumu olumsuz etkilemekte ve düşük tartılı doğum, erken doğum, ölü doğum, riskli doğum gibi olumsuz gebelik sonuçlarına neden olmaktadır. Ayrıca gebelikte içilen sigaranın uzun vadede çocukta bilişsel fonksiyon, genel zeka, akademik başarı, psikiyatrik sorunlar, alkol-uyuşturucu kullanımı, duygu durum bozukluğu, ergenlik dönemi kriminal suç işleme, Tip 2 diyabet ve obezite, çocukluk dönemi kanserleri ve göğüs hastalıkları ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Russel ve ark. 1968; Fegusson ve ark. 1998; Brennan ve ark. 1999; Kırımı ve Pençe 1999; Marakoğlu ve Sezer 2003; Vogazianos ve ark. 2005; Mamun ve ark. 2006; Gilman ve ark. 2008; Doğu ve Ergin 2008; Altıparmak ve ark. 2009; Öztuna 2008). Gebelikte sigara kullanımı ile ilişkili faktörler ise; genç anne yaşı, düşük eğitim, düşük sosyo-ekonomik durum, sosyal güvencenin olmaması, antenatal bakıma geç başlama, doğum sayısı, eşin/partnerin sigara içmesi, pasif içiciliğe maruziyet, eş/partnerle birliktelik durumu, birlikte olduğu kişiden ve sosyal çevresinden destek alma durumu, sigaraya başlama yaşı, günlük içilen sigara sayısı, göç etme durumu, depresyon ve stres durumu sayılmaktadır (Cnattigius ve ark. 1992; Mohsin ve Bauman 2005; Gilman ve ark. 2008; Bergmann ve ark. 2008; Scott ve ark. 2009; Higgins ve ark. 2009; Ergin ve ark. 2010; Tong ve ark. 2011; Rosand ve ark. 2011).

Gebelikte sigara içilmesi; gerek sağlıklı nesillerin yetişmesini engelleyerek gerekse de anne sağlığını bozarak sağlıklı toplumların oluşmasını engelleyen, önlenemez bir sağlık sorunudur. Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez olan ebelerin eğitici ve danışmanlık rolleri ile gebelerde sigara kullanımını sorgulaması, sigara kullanımında gebede etkili faktörleri belirleyerek bırakması yönünde daha etkin bir danışmanlık vermesi, kullanıcıları bırakmaları yönünde teşvik etmesi ve yönlendirmesi, sigarayı bırakanları tekrar başlamamaları yönünde takip ederek cesaretlendirmesi bu sağlık riskiyle mücadelede önemli bir yer tutmaktadır.

Bu çalışmada gebe kadınlarda sigara kullanımı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bundan yola çıkarak bu çalışmanın Ebelik Mesleği'ndeki amacı; ebelerin gebelikte sigara kullanma oranını ve ilişkili faktörleri bilmelerini sağlamak ve bu doğrultuda gebelere danışmanlık hizmeti sunmaktır. Elde edilen verilerin gebelerde

sigara kullanımının değerlendirilmesinin önemini vurgulaması ve bu kapsamda gebelerin takibinde önemli görevleri olan ebelerin rol ve sorumluluklarının belirlenmesine ışık tutması hedeflenmektedir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sigaranın Etki Mekanizması ve Sigara Bağımlılığı

Bağımlılık kişinin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesini ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) madde bağımlılığını “kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelere belirgin olarak daha üstün bir öncelik tanıma davranışı” olarak tanımlar. Diğer bir deyişle madde kullanımı bireye ve topluma zarar verici düzeyde bir davranış haline gelir. Sigara içme veya dumanının solunması zamanla kişide psikik ve fiziksel bağımlılık oluşturur (Cesur 2007; Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 2009).

Sigara daha çok alışkanlık yapıcı daha az zevk verici bir bağımlılık türü olarak ifade edilmektedir (Cesur 2007; Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 2009). Tütünde esas bağımlılık yapan madde nikotindir (Cesur 2007; Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 2009). Bu durum hem insan hem de hayvanlar üzerinde yapılan deneylerle ispatlanmıştır. Nikotinin bağımlılıktan sorumlu tutulmasının nedenleri arasında ise psikoaktif oluşu ve pozitif pekiştirici (keyif verici) etkisi yer almaktadır (Cesur 2007).

İlk içilen sigaralardan alınan haz nikotinin uyarıcı etkilerine bağlıdır. Bağımlılık adayı bireyler aynı uyarıcı etkiyi elde edebilmek için tekrar tekrar sigara içmeye başlar. Kısa sürede tolerans gelişerek aynı etkiyi elde etmek için içilmesi gereken sigara miktarı artar (Cesur 2007).

Nikotin tütün dumanından emilerek pulmoner dolaşıma hızla geçer. Daha sonra hoşnutluk verici etkilerini oluşturmak üzere nikotinic kolinerjik reseptörler üzerine etki ettiği beyne doğru hızla hareket eder. Bu da ilk nefesten sonra 10-15 saniye içinde olur (Cesur 2007). Damardan (Intravenöz-IV) verilse bile nikotin bu kadar kısa sürede etki yapmaz (Aktaş ve Güler 2010). Sadece birkaç saat için bile olsa tütün mevcut olmadığı zaman endişe, huzursuzluk, konsantrasyon olmaktan zorluk, gerginlik, açlık, tütün arzusu, bozulmuş uyku ve bazı kişilerde depresyon gibi yoksunluk semptomları sıklıkla meydana gelir. Nikotin yokluğunda oluşan disfori (mutsuz-depresif ruh hali), depresyon, uykusuzluk, sinirlilik, öfke, gerginlik, huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü, kalp atışında düşme, iştah artışı veya kilo alma gibi belirtiler nikotinin tekrar alınmasıyla kaybolur (Cesur 2007).

Nikotin cilt ve mukozalardan kolayca ve hızla absorbe edilir. Yanan tütünden buharlaşan nikotin duman içinde 0,1-1,0 mikron çapındaki katran damlacıklarına geçer. Duman inhale edildiğinde bu şekilde bronşiolere ve alveollere erişir ve oralarda çökerek hızlı bir şekilde absorbe edilir. Bronşiolerin özellikle alveollerin oluşturduğu toplam yüzeyin büyüklüğü ve orada fizyolojik pH'daki sıvıda çözünmesi nedeniyle, nikotin akciğerlerden dumanın pH'sı ne olursa olsun kolay ve hızlı bir şekilde absorbe edilir. Sigara içimi bittiğinde plazma nikotin düzeyi doruğa ulaşır. Akciğerlere inhale edilen tütün dumanındaki nikotinin yaklaşık %90'a varan bir kısmının solunum yolları mukozasından ve alveollerden absorbe edildiği belirlenmiştir. Dumandaki tütünün absorbe edilme oranı inhalasyonun derinliğine ve inhalasyondan sonra nefesin tutulma süresine göre değişir. Ağız tiryakilerinde yani dumanı inhale etmeyip ağız boşluğuna çektikten sonra bırakanlarda, absorbe edilen miktar  $\frac{3}{4}$  oranında daha az olur. Farmakokinetik ölçümler sonucunda bir sigaranın içilmesiyle ortalama 1,0 mg nikotin alındığı ve alımın nispeten fazla değişkenlik gösterdiği (0,37 mg dan 3 mg'a kadar) bulunmuştur (Aktaş ve Güler 2010).

Sigaranın içinde bulunan toksik maddelerden en önemlisi olarak belirtilen nikotin ve karbonmonoksitin gebelik sürecini olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (Kısacık 2007). Sigara içildiğinde nikotinin akciğerlerden dolaşıma hızla girmesi nedeniyle etkisi çok çabuk başlar, bütün vücuda yayılır ve dokularda birikir. Sigarada bulunan zararlı maddeler gebelerde plasentadan fetal dolaşıma kolayca geçer. Anne sütünde ve amniyotik mayide de bulunur. Bu maddeler karaciğerde ve az bir kısmı da diğer dokularda oksitlenir, asit metabolitler şeklinde böbreklerden çabuk atılır. Nikotin oksitlenerek CYP2A6 (19. Kromozomda nikotini parçalamaya yarayan enzimi üreten gen) enzimi vasıtasıyla % 70-80 oranında kotine dönüştürülür ve bütün bu metabolitler idrarla atılır (Aktaş ve Güler 2010).

## **2.2. Sigara Kullanımının Dünyada ve Ülkemizde Yaygınlığı**

Sigara içme bireyin vazgeçemediği, sağlığını bozan alışkanlıkların en ciddi olanıdır ve bugün tüm dünyada yaygın bir sorundur. Tütün mamüllerinin tüketimi dünyada yaygınlaşmaya devam etmektedir. Epidemiyoloji olarak tanımlanan bu durum için tütün sorununun küresel bir sorun olduğu ifadeleri de kullanılmaktadır. Küresel bir sorun olarak tanımlanan bu hastalık açısından aslında gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında farklılıklar bulunur (Cesur 2007). Tütün kullanımı kanser, akciğer

hastalıkları, kalp damar hastalıkları gibi kronik hastalıklar için ana risk faktörlerinden biridir. Birçok ülkede tütünün üretimini, satışını ve reklamını kısıtlayan mevzuat olmasına rağmen insanlar yine de sigara içebilmektedir (WHO 2013). Tablo 2-1’de tütünün dünyadaki kullanım oranları 2011 raporu sunulmuştur.

**Tablo 2-1: Tütünün Dünyadaki Kullanım Oranları 2011 Raporu (Dünyada 15 yaş üstü sigara kullanım oranları 2009)**

ÜLKELER	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 ASYA	18	30	5
BATI PASİFİK	28	51	4

Kaynak: WHO 2011.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi’nin 1988 yılı Kasım ayında Madrid’de gerçekleştirdiği 1. Avrupa Tütün Konferansı’nda Smoke-free Europe (Dumansız Avrupa), It Can Be Done (Bu Yapılabilir) sloganlarıyla içinde Türkiye’nin de bulunduğu 32 ülke insanının sigara alışkanlığından kurtulmaları hedeflenmiştir. Bu amaca ulaşmak için gösterilmesi gereken çaba ve stratejiler 10 grupta toplanmıştır (Ergeneilek 2005).

- Sigarasız bir yaşamın insan hakkı olduğunun benimsenmesi,
- Toplu bulunan yerlerde sigara yasağının sağlanması ve bunun yasalarla desteklenmesi,
- Tütün ürünlerinin reklamlarının yasaklanması ve tütün endüstrisinin yapacağı her türlü desteğin reddedilmesi,

- Toplumun bütün bireylerinin sigaranın zararları ve sağlık üzerindeki etkilerinin boyutları konusunda bilgilendirilmesi,
- Sigarayı bırakmak isteyenlere yardımın mümkün olduğunun anlatılması,
- Sigaradan sağlanan vergi gelirinin en az %1'inin sigarayla mücadelede kullanılması,
- Parasal caydırıcı uygulamaların giderek arttırılması,
- Nikotin sunumunda yeni yöntemlerin önlenmesi ve tütün endüstrisinin pazarlama stratejilerinin engellenmesi,
- Sigara salgınının etkilerinin izlenmesi ve kontrol çalışmalarının etkilerinin değerlendirilmesi,
- Toplumda sağlığı geliştirici rolü olan kuruluşlar arasında işbirliği sağlanması.

Dünya Sağlık Örgütü her yıl 31 Mayıs gününü “Sigarasız Bir Dünya Günü” olarak benimsemiştir. 1992 yılında “Sigara Dumansız Çalışma Yerleri” konusu faaliyet alanı olarak saptanmıştır. 1993 yılında ise konu “Sağlık Hizmetleri-Sigarasız Bir Dünyaya Açılan Pencere” sloganıyla ortaya konulmuş ve sigara dumansız sağlık hizmetleri ve sağlık personeli üzerinde yoğunlaşmıştır (Ergeneilek 2005).

Ülkemizde 26 Mayıs 1996 tarih ve 4207 sayılı tütün ve mamullerinin zararlarının önlenmesine dair kanunun 3. Maddesi, tütün mamullerinin isim ve logolarını kullanarak yapılan reklamları yasaklamıştır (Ergeneilek 2005). 17 Nisan 2010 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan yönetmeliğe göre Tütün ürünleri tüketimi kamu hizmet binalarının kapalı alanlarında, özel hukuk kişilerine ait olan ve birden çok kişinin girebileceği her türlü alanda (eğitim, sağlık, üretim, ticaret, sosyal, kültür, sanat, spor, eğlence hizmeti verilen yerler ile benzeri diğer kapalı alanlarda), özel eğitim ve öğretim kurumları dâhil olmak üzere okul öncesi eğitim kurumlarında, ilk ve orta öğrenim kurumlarında, dershanelerde, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı ve açık alanlarında, açık havada yapılan her türlü spor, kültür, sanat ve eğlence faaliyetlerinin icra edildiği yerler ile bunların seyir yerlerinde, taksi hizmeti verenler dâhil olmak üzere karayolu, demiryolu, denizyolu, havayolu ve benzeri toplu taşıma araçlarında, tren garları, otogarlar, havaalanları, limanlar ile alışveriş veya otelcilik hizmeti verilen işletmeler gibi toplumun yoğun olarak kullandığı yerlerin içindeki yiyecek, içecek ve

diğer hizmetlerin sunulduğu alanlar ile bekleme salonları ve lobi gibi yerlerinde sigara içilmesi yasaklanmış ve yasal uyarıların asılması zorunlu hale getirilmiştir. Bu sayede tüm sosyal alanlarda pasif içiciliğin ortadan kalkması amaçlanmıştır (www.resmigazete.gov.tr).

Tütün 20.yy'da 100 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur. Mevcut eğilimler devam ederse 21.yy'da 1 milyar kişinin ölümüne neden olacağı tahmin edilmektedir (WHO 2013). Tütüne bağlı ölüm oranları Tablo 2-2'de verilmiştir.

**Tablo 2-2: Tütüne bağlı ölüm oranları**

ÜLKELER	Erkek %	Kadın %	Erişkin %
Afrika	5	1	3
Amerika	17	15	16
Doğu Akdeniz Ülkeleri	12	2	7
Avrupa	25	7	16
Güneydoğu Asya	14	5	10
Batı Pasifik	14	11	13
Global	16	7	12

Kaynak: WHO 2013.

Dünya çapında 1 milyardan fazla sigara içicisinin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008). 2030 yılına gelindiğinde dünyada her yıl 8 milyon insanın öleceği, bu ölümlerin 5'te 4'ünün ise gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde meydana geleceği tahmin edilmektedir. Tütün kullanıcılarının yarısının ölümüne neden olmaktadır.

Tütün kullanıcılarının erken ölmesi ise onların ailelerini gelirlerinden mahrum edecektir. Ayrıca tütün kullanıcılarının erken ölmesinin sağlık hizmeti maliyetinin

yükselmeye neden olacağı düşünülmektedir (WHO 2013). Tablo 2-3'te dünya çapında tütün epidemisi 2013 raporu sunulmuştur.

**Tablo 2-3:Dünya Sağlık Örgütü Dünya Çapında Tütün Epidemisi 2013 Raporu**

ÜLKELER	YAŞ	YIL	ERKEK %	KADIN %	TOPLAM %
ABD	18 yaş ve üstü	2011	21,6	16,5	19,0
Almanya	15 yaş ve üstü	2009	30,5	21,2	25,7
Avustralya	14 yaş ve üstü	2010	19,9	16,3	18,0
Belçika	15 yaş ve üstü	2008	28,6	20,7	24,5
*Birleşik Krallık	16 yaş ve üstü	2011	21,0	20,0	20,0
Brezilya	15 yaş ve üstü	2008	21,6	13,1	17,2
Çin	15 yaş ve üstü	2009	52,9	2,4	28,1
Danimarka	15 yaş ve üstü	2010	24,7	24,0	24,3
Fransa	15 yaş ve üstü	2010	37,4	30,2	33,7
Hindistan	15 yaş ve üstü	2009	24,3	2,9	14,0
Hollanda	15 yaş ve üstü	2011	27,0	23,0	25,0
Irak	12 yaş ve üstü	2007	26,5	2,9	14,8
İsrail	20 yaş ve üstü	2009	30,8	17,0	24,0
İsveç	16 yaş ve üstü	2011	23,0	21,0	22,0
İsviçre	15 yaş ve üstü	2011	29,0	20,9	24,8
İtalya	14 yaş ve üstü	2012	27,9	16,3	21,9
Japonya	20 yaş ve üstü	2011	32,4	9,7	20,1
Mısır	15 yaş ve üstü	2011	46,0	0,4	24,4
Norveç	16 yaş ve üstü	2011	28,0	28,0	28,0
*Orta Afrika Cumhuriyeti	13-15 yaş arası	2008	29,5	34,5	32,4
Polonya	15 yaş ve üstü	2009	36,9	24,4	30,3

\*Galler, İngiltere, İskoçya, Kuzey İrlanda \*\*Çad, Sudan, Güney Sudan, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Kamerun  
Kaynak: WHO 2013.

**Tablo 2-3'ün devamı: Dünya Sağlık Örgütü Global Tütün Epidemisi 2013 Raporu**

ÜLKELER	YAŞ	YIL	ERKEK %	KADIN %	TOPLAM %
Rusya	15 yaş ve üstü	2009	60,2	21,7	39,1
Suriye	15-65 yaş arası	2003	48,0	8,9	24,7
Suudi Arabistan	15 yaş ve üstü	2004	35,0	5,7	22,0
Tayland	15 yaş ve üstü	2011	46,6	2,6	24,0
Türkiye	15 yaş ve üstü	2012	41,4	13,1	27,0
Uruguay	15 yaş ve üstü	2009	30,7	19,8	25,0

Kaynak: WHO 2013.

Ülkemiz ise maalesef sigara tüketiminde Avrupa ülkeleri arasında üçüncü sırada, dünya ülkeleri arasında da yedinci sırada yer almaktadır (Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 sonuçlarına göre nargile kullanımı (%2,3) Türkiye'de yakın zamanda özellikle gençler arasında hızla artan bir durumdur. Nargile kullanımı 15-24 yaşlar arasında (%8,1) ve kentsel bölgelerde (%4,9) daha fazladır (TÜİK 2012).

2008'de Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonucunda 15 yaş ve üstündeki kişilerde her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamülleri kullanma sıklığı %31,3 iken bu oran 2012'de %27'ye düşmüştür. Sigara kullanma oranı erkeklerde %41,4 olup, kadınlarda %13,1 olarak belirlenmiştir. Bu oran 2008'de aynı grup için erkeklerde %47,9, kadınlarda %15,2 olarak tespit edilmiştir. Erkeklerde 6,5 kadınlarda ise 2,1 oranında düşüş olmuştur (TÜİK 2012). Türkiye'de Aile Yapısı Araştırması 2012 sonuçlarına göre ise 18 yaş ve üstündekilerin %26,3'ü her gün sigara içmektedir. Bu oran erkeklerde %40 iken kadınlarda %12,4'tür (Üçer ve ark. 2014).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 sonuçlarına göre halen her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamülü kullanan 15 yaş ve daha üstü bireylerde son 12 ay içerisinde tütün ve tütün mamülü kullanmayı bırakmaya teşebbüs eden kadınlar 2008'de %40,8, erkekler ise %40,5 iken bu oran 2012'de kadınlarda %44,9'a erkeklerde ise

%41,8'e yükselmiştir. Bu oran kadınların tütün ve tütün mamüllerini bırakmaya erkeklere göre daha fazla teşebbüs ettiklerini göstermektedir (TÜİK 2012).

TÜİK 2014 verilerine göre Türkiye genelinde toplam doğurganlık hızı homojen olmamakla birlikte 2,07 çocuktur. TNSA 2013 verilerine göre ise; 15-49 yaş aralığındaki kadın nüfusunda doğurganlık hızı 2,26 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde doğurgan yaştaki (15-49 yaş) kadın nüfusunun tüm nüfus içindeki oranı ise 2013 verilerine göre %26,6 olarak tespit edilmiştir. En yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda, doğum sayısında en büyük artış ise 30-34 yaş grubundaki kadınlarda meydana gelmiştir. Bununla birlikte 35-39 ve 40-44 yaş gruplarındaki kadınlarda da benzer şekilde canlı doğan bebek sayılarında artış meydana gelmiştir (TNSA 2013).

TNSA-2013'de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda gözlemlenmiştir. Daha önceki araştırmalarda en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 20-24 yaş grubunda ortaya çıkarken, ilk kez TNSA-2008 araştırmasında en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubuna ilerlemiştir. Bu sonuç Türkiye'de yaşa özel doğurganlık örüntüsünün değiştiğini ve doğumların ileri yaşlara ertelendiğini göstermektedir (TNSA 2013). Ülkemizde kadınlarda ileri yaşlarda sigara kullanma oranı fazladır. Bu nedenle doğumların ileri yaşlara ertelenmesi gebelikte sigara kullanımı yönünden göz önünde bulundurulması gereken bir risk faktörüdür. Tablo 2-4'te Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 sonuçlarına göre ülkemizde kadınlarda sigara kullanımı yaş aralıkları sunulmuştur.

**Tablo 2-4: Ülkemizde Kadınlarda Sigara Kullanımı Yaş Aralıkları**

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

Kaynak: TÜİK 2012.

Ülkemizde Ergin ve ark. (2010) tarafından yapılan bir çalışmada gebelikte sigara kullanma oranı %22,7 olarak belirlenmiş ve bu grubun %74,1'inin günlük içici olduğu vurgulanmıştır. 2008 TNSA verilerine göre ise ülkemizde 15-49 yaş arası tüm evlenmiş kadınların %22'si düzenli olarak veya nadiren sigara içmektedir. Bu oran gebelerde %11, emziren kadınlarda ise %17 olarak belirtilmiştir (TNSA 2008).

2008-2012 yıllarını kapsayan Sağlık Bakanlığı Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı'nda yer alan İlköğretim 7. ve 8. sınıflar ile Lise 1. sınıflarda yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırması (GYTS) sonuçlarına göre; öğrencilerin %29,3'ü sigara içmeyi denemişlerdir (kızlarda %21,5, erkeklerde %34,9). Halen sigara içenlerin %50,4'ü (kızlarda %42,9, erkeklerde %53,5) bakkaldan veya marketten sigara almaktadır. %86,7'si sigara alırken yaşlarından dolayı sigara satın alma konusunda bir güçlükle karşılaşmadıklarını belirtmiştir. Gençlerin %20,1'i bir tütün firması temsilcisi tarafından kendisine bedava sigara verildiğini belirtmiştir. Ülkemizde gençler arasında sigara içmek sosyal olarak kabul edilebilir bir olgudur ve yaygınlığı yüksektir (%21 ile %48 arasında değişmektedir). Üniversite öğrenimi yıllarına ilerledikçe içme oranları artmaktadır. Gençlerin sigara alışkanlığını edinmelerinde aile (özellikle anne), öğretmenler, arkadaşlar, sporcular, sanatçılar vb. kişiler model oluşturmaktadır. Halen bu gruplarda sigara içme oranları toplumun diğer kesimleri kadar hatta daha yüksektir.

Örneğin öğretmenler arasında sigara kullanım oranı % 50 dolayındadır. Örgün öğrenime devam etmeyen gençlerin durumu ile ilgili araştırmalar yeterli değildir; ancak bu grupta içme sıklığının daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Okul çevresindeki marketlerde ve seyyar satıcılar tarafından gençlere tek tek veya paketle sigara satılmaktadır. Yasak olmasına rağmen gençlerin bu ürünlere ulaşmada sorunla karşılaşmadığı görülmektedir. Özellikle gençlere yönelik olmak üzere nargile içimine olanak sağlayan mekânlar artmakta, değişik aromalı ürünlerle nargile içimi özendirilmektedir. Yasal engel olmasına rağmen okul, hastane, spor tesisi, internet kafe ve benzeri yerlerde sigara satışı yapılmaktadır (Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008).

Tütün kullanımının yaygınlığının azaltılması için ulusal önlemler önem kazanmaktadır. Buna göre Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2015-2018 yılları arasındaki amacını tütün ve tütün ürünlerinin kullanımının sağlık, ekonomik ve sosyal açıdan zararlı etkileri konusunda halkın eğitilmesi, bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi olarak belirlemiştir. Hedefi ise; 2018 yılı sonuna kadar toplumun %95'inde tütün ve tütün ürünlerinin kullanımına karşı tutum oluşturmaktır (Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2015).

### **2.2.1. Kadınlar Arasında Sigara Kullanımı**

Dünya sağlık örgütünün 21 Mayıs 2003 tarihinde yapılan 56. Dünya Sağlık Asamblesi Toplantısı'nda kabul edilen ve Türkiye adına 28 Nisan 2004 tarihinde New York'ta imzalanan "Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi"nde; bütün dünyada kadınların ve genç kızların sigara ve diğer tütün ürünlerini tüketimindeki artıştan endişe duyulduğu belirtilmiş; kadınların politika belirlenmesi ve uygulanmasının tüm basamaklarına katılmalarının ve cinsiyete özgü tütün kontrolü stratejilerinin gerekliliği savunularak konunun önemi vurgulanmıştır (Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyada gelişmiş ülkelerde %15, gelişmekte olan ülkelerde ise %8 oranında sigara kullanan kadın bulunmaktadır. Ayrıca sigara kullanımını önlemek ve bırakmak için yeni müdahaleler yapılmaz ise sigara kullanımı daha fazla artacağı tahmin edilmektedir (Shao ve ark. 2012).

Kadınlar arasında tütün içme oranları arasında belirgin bir fark vardır. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki yetişkin kadınlarda tütün içme oranı düşük iken; Avrupa ve Amerika gibi üst orta gelirli ve yüksek gelirli ülkelerdeki kadınlarda tütün içme oranı daha yüksektir (WHO 2013).

Saka ve ark. (2008)'nın Mardin'deki çalışmasında yükseköğrenim görmüş, büroda çalışan ve memur olan kadınlarda sigara kullanımı yaygındır. Eşinden ayrı olanlarda içiciliğin en yüksek, eşi ölmüş olanlarda ise en düşük olduğu bulunmuştur. Bunun eşinden ayrı olanların genç, eşi ölmüş olanların ise genellikle yaşlı kadınlar olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kadınların öğrenim düzeyinin artması ve düzenli gelir elde etmesinin sigara kullanma davranışlarını olumsuz etkilemesinin nedenlerinden bazıları özentisi, sosyal statü göstergesi olarak kullanma, sigarayı kolay elde edebilme olabilir. Genç yaşta, eğitim düzeyi daha yüksek, eşinden ayrılmış ve çalışan kadınlar ise sigara kullanımı yönünden risk gruplarıdır.

Kadınlar etraflarında sigara içilmesinden hoşlanmamalarına rağmen gergin ve sıkıntılı anlarında, rahatlamak istedikleri anlarda sigaraya yönelmektedir. Sigara içenlerin büyük bir kısmının ise yanlış bir düşünceyle zayıflamak için sigara içtikleri de gözlenmiştir (Bhanji ve ark. 2011).

TNSA 2008 verilerine göre evlenmiş kadınların %30'u daha önce sigara kullanmıştır. Kadınların %22'si ise halen sigara kullanmaktadır. Bu oran 2003 verilerine göre (%28) artmış görünmektedir (TNSA 2008).

### **2.2.2. Gebelikte Sigara Kullanımı**

TNSA 2008 verilerine göre sigara içme oranı gebelerde %11 olarak belirtilmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda gebe kadınların gebelikte sigara içme oranları %6,8- %28 arasında değişmektedir (Marakoğlu ve Sezer 2003; Demirkaya 2004; Semiz ve ark. 2006; Marakoğlu ve Erdem 2007; Kısacık 2007; Doğu ve Ergin 2008; Altıparmak ve ark. 2009; Mutlu ve Saraçoğlu 2009; Şahin ve Kılıçaslan 2010; Durualp ve ark. 2011; Balkaya ve ark. 2014).

Yurt dışına bakıldığında ise Amerika Birleşik Devletleri'nde prenatal sigara içme oranı %10,4 (Tong ve ark. 2011), Birleşik Krallık'ta 2012'de yapılan bir çalışmada %20,5 (Howe ve ark. 2012), Erickson ve Arbour (2012)'un Kanada'da 2001-2006 yılları arasında yaptıkları çalışmada %11,2 olarak bulunmuştur. Passey ve ark.

(2012)'nin Avustralya'da yaptıkları bir araştırmada ise gebe aborjin kadınlarda sigara bağımlılığının ortalama %69 olduğu görülmüştür.

Gebelikte sigara kullanımının anne ve bebek üzerindeki etkilerini ilk olarak 1935 yılında inceleyen Spontag ve Wallace, araştırma sonucunda sigaranın plasenta ve fetüste lipit peroksidasyonuna (bozulma) yol açarak fetusta antioksidan savunma sistemlerini azaltabildiği sonucuna ulaşılmışlardır (Mohsin ve Bauman 2005). Tek bir sigaranın bile gebelerde geçici uteroplasental vazokonstriksiyon yaptığı bilimsel çalışmalarda gösterilmiştir (Ermiş 2004).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Halk Sağlığı Servisi'ne göre ABD'deki bütün gebe kadınların sigarayı bırakması durumunda ölü doğumlarda %11 ve yenidoğan ölümlerinde %5 azalma olacağı tahmin edilmektedir (Altıparmak ve ark. 2009).

Gebelikte tütün bağımlılığı yönetimi rehberi Avusturalya, Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Kanada gibi yüksek gelirli ülkelerde vardır; ancak düşük ve orta gelirli ülkelerde böyle bir rehber bulunmamaktadır (WHO 2013).

### **2.3. Pasif Sigara İçiciliği**

Kendisi sigara içmediği halde işyerinde, insanların toplu olarak bulunduğu kapalı yerlerde ve evde sigara içen kişilerin sigara dumanına maruz kalarak bu dumanda bulunan tüm zararlı maddelerin solunması pasif içicilik olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz 2006).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013'te yayınladığı tütün kullanımının önlenmesi ve yönetimi ile pasif içicilik raporuna göre 2010 yılında tüm dünyada nüfusun 3'te 1'inden fazlası sigara içmediği halde pasif içicidir. Dünyada doğurgan çağıdaki (15-49 yaş) tüm kadınların yarısı evinde pasif içici durumundadır (WHO 2013). Gebe kadınların çevresel sigara dumanına maruz kalmalarının son derece sakıncalı olduğu, anne adayının sigara içsin ya da içmesin başkalarının içtiği sigara dumanından etkilendiği, annenin soluduğu bu dumanın plasenta aracılığı ile bebeğe geçtiği ve bebeğin büyüme ve gelişmesini yavaşlattığı bildirilmiştir (Durualp ve ark. 2011).

Uzun yıllar sigara içenin yalnızca kendisine zarar verdiği düşüncesiyle insanların sigara içerken aldıkları sağlık risklerinin kişisel bir sorun olduğu düşünülmüştür; ancak sigara içmese bile çevresel sigara dumanı (ÇSD) etkilenmesi sonucunda akciğer kanseri geliştiğinin kanıtları literatüre 1981 yılında sigara içen

erkeklerle evli olan Japon kadınlarla yaptığı çalışmada Hirayama tarafından ortaya konmuştur. ÇSD yalnızca içen kişiyi değil aynı zamanda sigara içen kişi ile aynı ortamda bulunan diğer insanları da etkilemektedir. Oysa İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. Maddesi sağlık hakkını temel insan hakkı olarak tanımlamıştır. Dolayısıyla sağlıklı bir çevrede yaşamak da temel bir insan hakkıdır (Cesur 2007).

Sigara içilmesi yalnız içene değil aynı ortamda bulunanlara da zarar vermektedir. Kapalı ortamların en önemli kirleticilerinden olan sigara; en önemli sosyal zehirlenme nedenlerindedir. Environmental Protection Agency (EPA- ABD Çevre Koruma Kurumu) pasif sigara içilmesini Grup A Karsinojen olarak tanımlamıştır (Yılmaz 2006).

Pasif sigara içiciliği, sigara içmeyen kişiye sigarayı içen kişiden daha fazla zarar vermektedir; çünkü sigarayı içen kişi içine çektiği dumanı filtre ederek almaktadır; ama sigaradan çıkan ana duman filtre edilmeden çevreye yayıldığı için çevrede bulunan kişiler bu dumandan daha fazla etkilenmektedir. Ayrıca sigara içilmediği zaman, sigara tam olarak yanmadığı için çevreye yayılan yan akım dumanı daha fazla kimyasal madde içermektedir ve dolayısıyla daha zararlı olmaktadır. Bu nedenle gebe kadınların çevresel sigara dumanına maruz kalmaları son derece sakıncalıdır. Anne adayları gebeliği esnasında sigara içsin veya içmesin başkasının içtiği sigara dumanından etkilenmektedir. Annenin içine çektiği bu duman plasenta aracılığıyla bebeğe geçmekte ve bebeğin büyüme ve gelişmesini yavaşlatmaktadır (Kublay ve ark. 2008).

#### **2.4. Sigaranın Zararları**

Sigaranın insan sağlığına verdiği zararlar sayılamayacak kadar çoktur. Tütünün sağlığa olan zararlarından ilk olarak 1665 yılında söz edilmiş ve kısa sürede tüm dünyaya yayılan tütünün ekimi ve kullanımına yasaklamalar getirilmiştir. Tüm yasaklamalara rağmen 17. yüzyılda hemen hemen bütün Asya ve Avrupa'da çok yaygın olduğu görülmüş, zamanla büyük bir ekonomik ve politik güç haline gelmiş ve günümüzde de sağlık açısından yenilmesi güç bir sorun olarak karşımıza çıkmıştır (Cesur 2007).

Sigara günümüzün en önemli halk sağlığı problemlerinin başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sigara içme davranışı, günümüzde biyo-sosyopsikolojik bir zehirlenme hali olarak tanımlanmaktadır. Sigaranın içerdiği maddelerden

en az 55'nin hücresel düzeyde mutajenik ve kanserojenik etkilere neden olduğu ifade edilmektedir. Bunlar poliaromatik hidrokarbonlar, aza-arenler, nitrosaminler, aromatik aminler, aldehitler, organik ve inorganik bileşiklerdir. Sigara onkogenleri aktive etmekte ve kanser baskılayıcı genleri suprese etmektedir. Bunun yanı sıra onkogen ve tümör basılayıcı 10-20 gen arasında mutasyon oluşturduğu ve buna bağlı akciğer kanseri geliştirdiği düşünülmektedir (Kısacık 2007). Bu etkileri yapan maddelere karbonmonoksit, hidrojen siyanür, azotoksitler, amonyak, katekol, bütan (tüp gazı), naftalin, DDT (tarım-böcek ilacı), formik asit gibi zehirler ile arsenik (fare zehiri), krom, nikel, benzopiren, nitrosaminaz, kadminyum, formaldehit, radon (radyasyon), asetaldehit gibi kanserojen maddeler örnek gösterilebilir (Cesur 2007; Kısacık 2007; Alkan ve ark. 2013).

Sigaranın akciğer kanserinin yanı sıra aşağıda belirtilen hastalıklara da neden olduğu rapor edilmektedir:

- 1. Kanserler:** Akciğer, dudak, dil, farenks, larenks, karaciğer, özofagus, mide, anüs, pankreas, mesane, meme, böbrek, penis ve kan kanserleri.
- 2. Solunum Sistemi Hastalıkları:** Kronik bronşit, KOAH (Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı), amfizem, astım, bronşiolitis, uyku apnesi, pnömotoraks, pnömokok enfeksiyonu.
- 3. Kalp-Damar Hastalıkları:** Aterosklerotik kalp damar hastalıkları (koroner, renal, karotid, mezenterik (ince ve kalın barsağın, atardamar ve toplardamar ile lenflerin bulunduğu yağlı doku), ilial arterler ve abdominal aorta, enfarktüs ve aritmiler, periferik arter hastalığı ve venöz tromboemboli.
- 4. Sindirim Sistemi Hastalıkları:** Peptik ülser, kanama, kronik pankreatit ve kolon adenomları.
- 5. Kadın Hastalıkları ve Doğum:** Erken doğum ve EMR (Erken Membran Rüptürü), düşük doğum ağırlığı, abortus, ani bebek ölümü sendromu, büyüme gelişme geriliği, mental gerilik, febril konvülsiyon, davranış bozukluğu, akciğer gelişme bozukluğu ve artmış solunum yolu enfeksiyonları.
- 6. Erkek Üreme Sistemi Hastalıkları:** Sperm kalitesinde azalma ve prostat hipertrofisi.
- 7. Cilt Hastalıkları:** Ciltte kırışıklıklar.

## 8. Romatizmal Hastalıklar: Osteoporoz (Kıscık 2007).

### 2.5. Sigaranın Kadın Sağlığına Etkileri

Sigara alışkanlığı öncelikle erkekler arasında yayılmış olduğundan, sigaranın neden olduğu sağlık sorunları da öncelikle erkeklerde gözlenmiştir; ancak zamanla kadınlar da sigara içmeye başlayınca sigaranın yol açtığı çeşitli sağlık sorunları kadınlarda da görülmeye başlamıştır (Cesur 2007).

ABD’de 2001 yılında yayınlanan “Kadın ve Sigara” adlı özel raporda, sigara kullanımının kadın sağlığı üzerindeki etkileri 86 başlık halinde belirtilmiştir. Bunların başlıcaları şu şekildedir;

- Kadınlar arasında sigara kullanımının yaygınlaşması sonucu son 20-30 yılda kadınlar arasında sigaraya bağlı nedenlerle ölümlerde önemli bir artış olmuştur.
- Kadınlardaki akciğer kanserlerinin %90’ı sigaraya bağlıdır ve sigara içen kadınlarda akciğer kanserlerinden ölüm olasılığı 20 katına kadar yükselmektedir.
- Sigara kullanan kadınlarda koroner kalp hastalığı riski artmaktadır. Risk artışı oral kontraseptif kullanan kadınlarda daha fazladır.
- Kadınlarda Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH)’na bağlı ölümlerin %90,2’den fazlası sigaraya atfedilmektedir.
- Sigara içen kadınlarda menstruasyon bozuklukları daha fazla görülmekte, sigara içenler daha erken yaşlarda menapoza girmektedir.
- Sigara içenlerde osteoporoz olasılığı daha fazladır.
- Sigara içen kadınlarda peptik ülser, safra kesesi hastalıkları, Chron hastalığı olasılığı daha fazladır.
- Sigara içen kadınlarda katarakt daha erken yaşta meydana gelir.
- Sigara içen kadınların cildi daha erken yaşta kırışmaya başlar.
- Sigara içen kadınlarda akciğer kanserinden başka serviks uteri kanseri, mesane kanseri, larinks kanseri, mesane kanseri, larenks kanseri, ağız-yutak kanserleri ile böbrek ve pankreas kanserleri de sık görülmektedir (Cesur 2007).

Amerika Kanseri Birliği'ne göre 2013'te Birleşik Krallık'ta yapılan geniş çaplı bir çalışmada 50, 60 ve 70'li yaşlardaki kadınlarda meydana gelen ölümlerin 3'te 2'sinin nedeni sigaradır. Araştırmacılar sigarayı bırakan kadınlarda sigaraya bağlı ölümlerde mrlерinin 10 yıl daha uzadığını gözlemlemişlerdir. 40 yaşından önce sigarayı bırakanlarda bu oran %90, 30 yaşından önce sigarayı bırakanları ise %97 oranında gerçekleşmektedir (American Cancer Society 2014).

## 2.6. Sigaranın Kadın reme Sağlığına Etkileri

Sigara içen kadınlarda sigaranın yol açtığı bütün sağlık sorunları görülmekle birlikte, üreme sistemi üzerindeki etkileri özel bir ilgi konusudur. Düzenli ve uzun süre sigara içen kadınlarda luteal faz strojenlerinin belirgin biçimde azalması hipermenore, sekonder amenore gibi menstruasyon düzensizliklerine neden olabilmektedir (Aktaş ve Güler 2010).

Sigara germ hücrelerini olumsuz etkileyip, konsepsiyon oranını düşürerek infertiliteye neden olabilmektedir (Cesur 2007; Aktaş ve Güler 2010).

Günlük içilen sigara sayısı arttıca bu olumsuz etkiler daha da artmaktadır. Günde 16 adetten fazla sigara içen kadınlarda infertilite oranı %21 iken, içmeyenlerde bu oran %14'tür. İnvitro fertilizasyon için başvuran hastalardan günde bir paket sigara içenlerin östrojen düzeyleri ve sağlıklı yumurta sayıları sigara içmeyenlerden daha düşük bulunmuştur (Aktaş ve Güler 2010).

Sigara kullanımı ile hem primer hem de sekonder infertilite arasında ilişki bulunmuştur. Sigara içen kadınlarda gebelikle ilgili hormonal sistemde değişiklik olmakta, bu durum "corpus luteum" oluşumunu, tubal fonksiyonu ve implantasyonu olumsuz etkilemek suretiyle gebeliğin oluşmasını güçleştirmektedir. Bu nedenlerle sigara içen kadınlarda sigara içmeyen kadınlara göre infertilite problemleri daha fazladır (Cesur 2007). Ayrıca sigara içen kadınlarda ektopik gebelik gelişme olasılığı artmaktadır (American Cancer Society 2014).

Sigara dumanının meydana getirdiği sağlık riskleri arasında diğer kanser türlerinin yanında serviks kanseri de yer almakta ve sigara kullanan kadınlarda serviks kanserine sık rastlanabilmektedir (Karlıkaya ve ark. 2006; Kaya ve şahin 2013; Mortaş 2013).

Sigara kullanımı ile serviks kanseri arasındaki ilişki ilk defa 1977 yılında Winkelstein ve arkadaşları tarafından gösterilmiştir. Sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda da sigaranın serviks kanseri riskini arttırdığı belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda; sigara içen kadınlarda serviks kanseri oluşma ihtimalinin %60 daha fazla olduğu bildirilmektedir. Bilimsel araştırmalarda sigara kullanan kadınlarda HPV (+) oranının sigara kullanmayan kadınlardaki HPV (+) oranından anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu gözlenmiş ve sigara kullanmanın HPV için bir risk faktörü olduğu ortaya koyulmuştur. Kadınların sigaraya başlama yaşının erken olması ve günde tüketilen sigara sayısının fazla olması, kansere yakalanma ihtimalini arttıran diğer faktörler olarak bildirilmiştir. Yapılan birçok araştırmada ise pasif içiciliğin bile HPV (+) olma ihtimalini önemli derecede etkilediği bildirilmektedir (Kurt ve ark. 2013).

Sigara içen erkeklerin genital sekresyonlarında da nikotinin biriktiği, cinsel ilişki esnasında bu kimyasal maddelerin kadının serviksine ulaşarak displaziye neden olduğu bilinmektedir. Bu nedenle HPV'ye bağlı olsun ya da olmasın, servikal displazisi olan kadınların kendilerinin sigara içmesinin yanı sıra sigara içen partnerle beraber olmaları bile kanser riskini arttırabilmektedir. Sigara içme ile HPV (+) olma durumu arasındaki nedenin ne olduğu konusu henüz kesinlik kazanamamıştır. Çeşitli metabolitler, immünsüpresyon veya antioksidanların az tüketimi gibi faktörler öne sürülmektedir. Sigara içimi ile birçoğu kanserojen olan yaklaşık 4000 değişik kimyasal madde (benzil prenler, polisiklik aromatik maddeler ve tütüne özgü nitrozaminler gibi) ile vücudun karşılaştığı, sigara içenlerin servikal mukusunda bu maddelere normal popülasyondan çok daha fazla oranlarda rastlandığı belirtilmektedir (Kurt ve ark. 2013).

Sigara içiminin öneminin araştırıldığı bir çalışmada 44 ABD eyaleti, 30 Avrupa ülkesi ve diğer bölgelerden 74 ülke değerlendirilmiş; ABD'de sigara ile pozitif bir ilişkinin olduğu; ancak Avrupa dışı ülkelerde negatif bir ilişkinin olduğu ve özellikle serviks kanseri oranlarının en yüksek olduğu Afrika ülkelerinde sigara kullanma oranlarının en düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bu sonuçlar sigaranın serviks kanseri için bir risk faktörü olabileceğini ama sigara içilmediği durumlarda da serviks kanseri oranlarında bir düşüş saptanmayabileceği yönünde bir yoruma neden olmuştur (Kurt ve ark. 2013).

Sigara kullanımının endometrial kansere karşı koruyucu etkisi olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Nicholas ve ark. 490 hasta içeren çalışmalarında hastaların

%11’inde sigara kullanımı olduğunu fakat sigara kullanımı ile sağ kalım arasında ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir. (Sümer ve ark. 2014). Sümer ve ark. (2014)’nın çalışmasında ise proliferatif endometrium, endometrial hiperplazi ve endometrial kanser ile sigara içme arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Sigaranın meme kanseriyle ilgili kesin bir ilişkisi tam olarak kurulamasa da genel anlamda sağlığı olumsuz yönde etkilediği için bırakılması tavsiye edilmektedir; ancak bununla beraber bazı araştırmalarda sigaranın meme kanserinin oluşması yönünde olumsuz bir risk faktörü olarak değerlendirilebileceğine de işaret edilmektedir (Somunoğlu 2007).

## **2.7. Gebelikte Sigara İçmenin Anneye Olan Etkileri**

Gebelikte sigara içimi gebelik ile ilişkili mortalite ve morbidite için önlenemez önemli bir risk faktörüdür (Cesur 2007). Sigaranın gebe kadınlardaki fizyolojik etkileri;

- Bronşları daraltarak akciğerlere daha az hava girişine sebep olma,
- Taşikardi,
- Bulantı ve kusmalarda artma,
- Koku ve tat alma duyusunda azalma,
- Çabuk yorulma ve iştahsızlıktır (Kublay ve ark. 2008).

Sigaranın gebelikteki olumsuz etkileri; spontan abortus hızının yükselmesi, fetal kayıplar, EMR (Erken Membran Ruptürü), preterm doğum ağrıları ve doğum eylemi esnasında komplikasyonların sık olması, plasental abrupsiyon, hipertansiyon, preeklampsi ve perinatal mortalite hızının daha yüksek olması ile ilgilidir (Üstün ve Malatyaloğlu 1990; Marakoğlu ve Sezer 2003; Semiz ve ark. 2006; Marakoğlu ve Erdem 2007).

Bununla birlikte sigaranın gebelikteki etkileri trimesterlara göre de farklılıklar göstermektedir.

### **2.7.1. Birinci Trimesterdaki Etkileri**

Gebeliğin 1. Trimesterındaki sigara içimi gebede spontan abortus ve ektopik gebelik görülme oranını artıran başlıca faktörlerden biridir. Sigara içen kadınlarda ektopik gebelik olasılığı 1,5-2,5 kat yüksektir (Cesur 2007; Keleş 2007; Aktaş ve Güler

2010). Bu konuyla ilgili mekanizma çok açık olmamakla birlikte, sigara kullananlarda tubal transportun yavaşlaması sonucu fertilize olan ovumun uterusu ulaşmadan tüplerde yerleştiği şeklinde açıklama yapılmaktadır (Cesur 2007).

### **2.7.2. İkinci ve Üçüncü Trimesterdaki Etkileri**

Gebelik sırasında sigara kullanımında plasenta ile ilgili sorunlar daha sık görülmektedir. Bunlardan en sık rastlanan iki durum ablasyo plasenta ve plasenta previa'dır (Aktaş ve Güler 2010).

#### **2.7.2.1. Plasenta Previa**

Gebelikte sigara kullanımı gebelikte karboksihemoglobin düzeyini artırarak, oksijen taşıma kapasitesini azaltır. Bu durumu kompanse edebilmek için plasenta büyüyerek internal osu ulaşır ve plasenta previanın oluşumuna neden olur (Cesur 2007; Aktaş ve Güler 2010). Perinatal dönemde sigara içen gebelerde, sigara içmeyen gebelere göre plasenta previa %33 oranında daha fazla görülmektedir. Plasenta previa olgularında maternal kanamanın ciddiyetine bağlı olarak fetal anemi, hipoksi ve ölüm, neonatal anemi gelişebilir. Bu olgularda erken doğum ve sezaryen olasılığı artmaktadır (Aktaş ve Güler 2010).

Plasenta previa olgularında en büyük tehlike fazla kan kaybına bağlı hemorajik şok, fibrinogenopati, trombositopeni ve anemidir. Ayrıca bu olgularda erken membran rüptürü (EMR), preterm eylem, prezentasyon ve pozisyon bozuklukları, uterin sinusların havaya maruz kalması nedeniyle hava embolisi, postpartum kanama, postpartum enfeksiyon ve aşırı kanamaya bağlı anoksi sonucu plasentanın uterus duvarından erken ayrılması sonucu fetal ölüm görülebilir (Cesur 2007).

#### **2.7.2.2. Ablasyo Plasenta (Dekolman Plasenta)**

Sigara içen gebelerde uteroplazental kan akımı azalmıştır. Bu durum nikotinin ve karbonmonoksitin uterus damarlarına vazokonstrüktör etkisi sonucu gelişir. Uteroplazental yetmezlik sonucu gelişen desidüal nekroz plasentanın erken ayrılmasına (ablasyo plasenta) neden olur. Sigara içen gebelerde sigara içmeyenlere oranla ablasyo plasenta gelişme olasılığı 1,4-2,4 kat daha fazla bulunmaktadır. Ablasyo plasentada da risk içilen sigara sayısı ile artmakta, gebelik sırasında sigaranın bırakılmış olması riskte azalma sağlamaktadır (Cesur 2007; Aktaş ve Güler 2010).

Ablasyo plasenta durumunda ayrılma derecesine göre annenin ve fetusun hayatı ciddi tehlikeye girmektedir. Plasental ayrılma küçük ve kanama az ise gebelik, fetal sağlık bozulmaksızın sürebilir. Buna rağmen ablasyo plasenta; erken doğum, intra uterin gelişme geriliği (IUGR), fetal/maternal-neonatal anemiye neden olabilir. Plasentanın tam ayrılması durumunda ise; sonuç çok dramatiktir ve acil girişim gerektirir. Maternal kanama ve plasental fonksiyon bozukluğu sonucu, acil girişim geciktiğinde maternal ve fetal ölüm kaçınılmaz olabilir (Aktaş ve Güler 2010).

### **2.7.2.3. Erken Membran Rüptürü (EMR)**

Fetal membranların doğum başlamadan en az bir saat önce yırtılması ve amnion sıvısının akmasıdır. Böylece fetüs ile dış ortam arasındaki bariyer yıkılmış olur. Erken membran rüptürü (EMR) 37. gebelik haftasından önce meydana gelirse preterm erken membran rüptürü (PEMR) denir. Sigara içen kadınlarda EMR ve PEMR daha sık görülmektedir (Cesur 2007).

EMR tüm gebeliklerin yaklaşık %1'nde görülür ve preterm doğumların %30-40'yla ilişkilidir. Dolayısıyla bu rüptür preterm doğumların ve onun komplikasyonlarının (solumun güçlüğü sendromu, neonatal infeksiyon, intraventriküler hemoraji) en başta gelen saptanabilir nedenidir (Aktaş ve Güler 2010).

Fetal membranların yeterli gerilim kuvvetini korumaları ekstrasellüler matrix elemanlarının sentez ve yıkımının dengeli olmasına bağlıdır. Bu bağlamda membranlardaki kollajen içeriğinin azalması, yapısının değişmesi ve kollajenolitik aktivitenin artması EMR ile ilişkili bulunmuştur. Amniotik membranların kollajen yapımı için C vitaminine ihtiyaç duyulmaktadır. Sigara kullanımı vücuttaki C vitamini kullanımını azaltarak askorbik asit seviyesini düşürerek membran fibrillerin kollajen sağlamlığını bozmaktadır. Ayrıca gebelikte sigara kullanımı sigaranın yapısında bulunan kadmiyumun trofoblastlarda, metal bağlayıcı bir protein olan metalotionini artırarak, bakırın bağlanmasına yol açtığı ileri sürülmektedir. Sonuç olarak beslenme eksikliği ve sigara kullanımı kollajenin çapraz bağlanmasını bozarak EMR riskini artırır (Aktaş ve Güler 2010).

### **2.7.2.4. Preterm Eylem (Erken Doğum):**

Sigara ve erken doğum arasındaki ilişkiyi ilk kez 1957'de Simpson göstermiştir (Aktaş ve Güler 2010). Sigaranın serumdaki askorbik seviyesini düşürmesi, vajinadaki

pH'yı artırması erken doğumu hazırlayıcı faktörlerdendir. Ayrıca sigaranın içindeki karbonmonoksit, anne kanındaki karboksihemoglobin oranını artırarak anne ve fetüste distres oluşturup ACTH (adrenokortikotropik hormon-hipofiz ön lobundan salgılanan kortizon salgılayan hormon) ve katekolamin (adrenalin ve nöradrenalin başta olmak üzere tirozinden salgılanan vazokonstrüktör etkili enzim) salgılanmasını stimüle edip doğum ağrılarını başlatmaktadır. Gebelikte sigara içme %14 oranında erken doğuma neden olabilmektedir (Cesur 2007; Aktaş ve Güler 2010).

Sigara içimi antepartum kanama, erken membran rüptürü, spontan preterm eylem mekanizmalarına bağlı preterm doğum riskini artırmaktadır (Cesur 2007).

Sigara ve preeklampsi ilişkisi birçok kez araştırılmıştır. Sigara içmenin ağır ve hafif preeklampsi riskini azalttığı; ancak preeklampsi kadınlarda günde 10 tane ve daha fazla sigara içmenin perinatal mortalite, dekolman plasenta ve fetal gelişme geriliğini artırdığı gösterilmiştir (Cesur 2007).

Gebelikte sigara kullanımı annenin endokrin durumunu etkilemektedir ve tiroid dokusunda iyot alımını ve organifikasyonunu (tirozin iyotlanması ile tiroid hormonlarının oluşması) etkilemektedir (Cesur 2007).

## **2.8. Gebelikte Sigara İçmenin Fetüs Sağlığına Etkileri**

Sigara öylesine büyük bir halk sağlığı sorunudur ki, çocukları için her türlü fedakarlığı yapabilen anneler bile gebelik sürecinde sigara içme alışkanlıklarından vazgeçememektedirler. Annelerin sigara içiminin fetüse olan etkileri üzerine 1950'lerden beri yoğun bir şekilde çalışılmaktadır. Çok sayıda çalışma, gebelik döneminde sigara içiminin doğum öncesi ve doğum sonrası gelişimi olumsuz yönde etkilediğini, daha yüksek fetal mortalite, morbidite ve bilişsel gelişim geriliğine neden olduğunu ortaya koymuştur (Cesur 2007).

Gebelikte sigara içmenin fetüse etkileri; fetal toksisite, nörotoksisite, Down's Sendromu, intrauterin ölüm ve deformite gelişmesidir (Marakoğlu ve Erdem 2007).

Sigara kullanımı günlük içilen sigara sayısının artması, sigara içme süresinin uzaması, aynı ortamda başka kişilerin de sigara içmesi fetüsün ve yenidoğanın gelişme geriliği riskini daha da arttırmaktadır (Durualp ve ark. 2011).

### 2.8.1. Merkezi Sinir Sistemi Üzerine Olan Etkileri

Gebelikte sigara içilmesi fetüs beyinde asetikolin sentezi olmadığı bu dönemde nikotine maruz kalmasına neden olur. Bu durum nöronların çoğalma sürecini erken sonlandırır ve farklılaşma sürecini erken başlatır. Buna bağlı olarak beyin bazı bölgelerinde nöron sayısı olması gerekenden daha az olur (Kısacık 2007).

### 2.8.2. Fetal Büyümeye Olan Etkileri

Büyüme, herhangi bir organizmanın boyutları ve kitlesindeki artış olarak tanımlanır. Gelişme ise; farklı biyolojik yapıların farklı işlevleri kazanmasını ifade eder. Büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesinde çeşitli antropometrik ölçümler kullanılmaktadır. Bu ölçümlerin başında ağırlık, boy ve baş çevresi ölçümleri gelmektedir (Aktaş ve Güler 2010).

Prenatal dönemde çevresel sigara dumanına maruz kalan bebeklerin baş çevresinde ve tüm fetal uzunluklarında azalma görülmektedir. Çok sayıda çalışma gebelikte sigara içiminin doğum öncesi ve sonrası gelişimi olumsuz yönde etkilediğini, daha yüksek fetal mortalite, morbidite ve bilişsel gelişim geriliğine neden olduğunu ortaya koymuştur. Sigara yüzünden oluşan kronik hipoksi kemik matriks sentezinin supresyonuna neden olabilmektedir. Sigara kullanımı öncelikle plasentayı etkileyerek fetüsün intrauterin büyümesini engellemekte ve düşük doğum tartılı bebekler meydana gelmektedir. Sigaranın vazodilatöraminleri azaltarak dokularda hipoksiye ve beslenme azlığına sekonder değişiklikler yaptığı ve organ disfonksiyonlarına yol açtığı iyi bilinmektedir (Cesur 2007).

Sigara dumanındaki karbonmonoksit, içilen paket başına kandaki karboksihemoglobin düzeyini de %4-5 oranında artırmaktadır. Karbonmonoksit kandaki oksijene güçlü bir şekilde bağlanarak, fetüse alyuvarların oksijen taşımaya engel olur. Bu durumda taşınan oksijen miktarı ve fetüs için serbest kalan oksijen basıncı azaldığı için içici annelerdeki hipoksik etkiler fetüste artmaktadır. Yapılan insan çalışmalarında fetal karboksihemoglobin seviyesinin maternal karboksihemoglobin seviyesinin üzerine çıktığı bunun da göreceli olarak fetüsün daha uzun süre karboksihemoglobinin etkilerine maruz kaldığı görülmüştür. Fetüste hipoksik etkilere ek olarak gebenin sigara içmesi yine gebenin E vitamini tüketimini artırır. Böylece peroksit üretiminde aşırı bir artış ve prostasiklinde de azalma meydana getirir. Prostatiklin eksikliği trofoblast bazal

laminanın kalınlaşmasına ve uteroplasental yetmezliğe yol açarak fetüsün büyüme ve gelişmesinde yetersizliğe neden olmaktadır. Fetüsün büyümesinde yetersizliğe neden olan bir diğer faktör de sigaranın içinde buluna kadmiyum ve siyanidtir. Kadmiyum, gebelik döneminin alloenzimi olan çinkonun kullanımını engelleyerek intra uterin gelişme geriliğine (IUGR) neden olur. Siyanid ise; fetüsün hücrelerinin gelişimine direkt toksik etki ederek fetüsün büyüme ve gelişmesinde geriliğe yol açar. Sigara bu fetal etkilerine ilaveten içerisinde bulunan nikotinin etkisiyle umbilikal ve uterin arterlerde vazokonstrüksiyon yaparak fetüs/plasenta oranını azaltıp fetüsün boy, kilo, baş çevresi gibi ölçümlerinde büyüme ve gelişme geriliğine neden olabilmektedir (Semiz ve ark. 2006; Aktaş ve Güler 2010).

### **2.8.2.1. Fetüsün Doğum Ağırlığı**

Büyüme ve gelişmelerin diğer göstergelerinden biri olan doğum ağırlığı yenidoğan döneminde mortalite riskini arttıran önemli faktörlerdendir. Miadında doğan bebeklerin 3'te 2'sinin ağırlığı 2,7 ile 3,8 kg arasındadır. Ortalama doğum ağırlığı; kızlar için 3300, erkekler için 3500 gr'dır. Normalin en alt sınırı 2500 gramdır. Doğum ağırlığı 2500 gr'dan az olan bebeğe düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebek denir (Aktaş ve Güler 2010).

Gebelikte sigara kullanımı öncelikle plasentayı etkileyerek fetüsün intrauterin büyümesini engellemekte ve fetüsün DDA'lı doğmasına neden olmaktadır (Semiz ve ark. 2006; Durualp ve ark. 2011). Sigaranın vazodilatöraminleri azaltarak dokularda hipoksiye ve beslenme azlığına sekonder değişiklikler yaptığı ve organ disfonksiyonlarına yol açtığı bilinmektedir (Kırımı ve Pençe 1999). Bebeğin DDA'lı doğmasına sigaranın içindeki nikotin ve karbonmonoksit neden olmaktadır (Marakoğlu ve Sezer 2003; Durualp ve ark. 2011).

Keleş (2007)'in Şanlıurfa'da yapmış olduğu bir çalışmada annesi gebeliğinde günde ortalama 10 sigara kullanan yenidoğanın ağırlığı annesi gebeliğinde hiç sigara kullanmamış yenidoğanın ağırlığından 250 gr daha az bulunmuştur. Bununla birlikte annesi ağır sigara kullanıcısı olan yenidoğanlarda DDA riski 2 kat, erken doğum riski 1,5 kat, gestasyonel yaşa göre küçük bebek (SGA) olma riski 3 kat artmıştır.

### 2.8.2.2. Fetüsün Boy Uzunluğu

Fetüsün boy uzunluğu; iskelet sistemi ile iç salgı bezleri arasındaki etkileşim ile düzenlenir. Büyümenin ve gelişmenin temel parametrelerinden biri olan fetal boy uzunluğu, özellikle intrauterin 18-22. haftalar arasında en hızlı büyümesini gerçekleştirir. Perinatal dönemde fetal boy uzunluğu gelişimini annenin sigara içmesi olumsuz olarak etkilemektedir (Üstün ve Malatyalıoğlu 1990; Aktaş ve Güler 2010).

### 2.8.2.3. Fetüsün Baş Çevresi

Baş çevresi büyüklüğü, beyin büyüme ve gelişmesini yansıtır. Fetal dönemin sonuna doğru ve doğumdan sonra baş vücudun en hızlı büyüyen bölümüdür. Beyin gelişimi, intrauterin dönemin ilk 10 haftalık organogenezis sürecinde başlar ve gelişimini en geç tanımlayan organdır. Bu dönemlerde annenin sigara içmesi veya sigara dumanına maruz kalması beyinde hipotalamus ve prefrontal korteks gelişimini olumsuz etkileyerek baş çevresi ölçüm değerini düşürebilmektedir (Aktaş ve Güler 2010).

## 2.9. Sigaranın Bebek ve Çocuk Sağlığına Olan Etkileri

Çevresel sigara dumanına maruziyet, çocuklarda ağırlıklı olarak solunum sistemi olmak üzere bir dizi olumsuz etkiye yol açmaktadır. Annesinin veya diğer ebeveyninin sigara içmesi sonucunda sigara dumanına maruz kalan çocuklarda doğumdan sonraki dönemde görülen sağlık riskleri artmaktadır. Bu riskler; ani bebek ölümü sendromunda (ABÖS) artış riski, fiziksel gelişimin geri kalması, bilişsel ve davranışsal gelişimin geri kalması, çocukluk dönemi kanserleri görülmesi riskinin artışıdır (Cesur 2007). Bu risklere ek olarak bebeklik ve çocukluk dönemleri esnasında kan basıncının yükselmesi, yenidoğanda hiperviskosite, respiratuar hastalıklar nedeniyle ölümler, astım, pnömoni ve diğer respiratuar hastalıklar, otitis media, yanıklar ve yangına bağlı ölümler de sigaranın bebek ve çocuk sağlığına olumsuz etkileri arasındadır (Marakoğlu ve Sezer 2003; Marakoğlu ve Erdem 2007).

Doğum ağırlığı perinatal mortaliteye neden olan önemli faktörlerdendir. Düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebeklerin neonatal dönemde ölüm hızları normal ağırlıktaki bebeklerden 40 kat daha fazladır. DDA'lı bebeklerin karşılaşılabilecekleri komplikasyonlar; hipoglisemi, hipokalsemi, hipoksi, asidoz, hipotermi, polisitemi, ani

bebek ölümü sendromu, alerji, astım ve whezing, çocukluk çağı kanserleri, nörolojik ve davranışsal sorunlardır (Cesur 2007).

Anne karnında sigaraya maruz kalan bebeklerin 5. Dakikadaki Apgar skorlarının, sigara içmeyen annelerin bebeklerinininkinden daha düşük olduğu görülmüştür. Bu bebeklerde, fetüsün kalp debisini kontrol edebilmesi için çok önemli olan kalp hızını değiştirme yeteneğinin azalmış olduğu belirlenmiştir. Annenin sigara içiminin bir diğer etkisi de bebekte hemoglobun ve hematokrit değerlerinin artmasıdır ki bu bulgunun artmış polisitemi riski ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Cesur 2007).

Anne karnında sigaraya maruz kalan bebeklerde çoklu doğumsal anomali varlığının daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Orofasiyal yarıklar üzerinde en çok durulan anomalilerdir. Sigara ile ilişkisi olduğu düşünülen diğer doğumsal anomaliler düşük ayak, optik sinir hipoplazisi, omfalosel (ince barsağın umbilikal korddan fırlaması), parmak sayı anomalileri, kriporşitizm, hidrosefali ve mikrosefalidir (Cesur 2007) .

Anne karnında sigara dumanına maruz kalan bebeklerde çocukluk döneminde davranış bozuklukları, öğrenme güçlüğü, hiperaktivite ve IQ düşüklüğü (zeka geriliği) geliştiği saptanmıştır. Ayrıca deney hayvanları üzerinde yapılan araştırmalarda nikotinin nöroteratojen etkileri ışın ve elektron mikroskobu düzeyinde de gösterilmiştir (Semiz ve ark. 2006).

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansının 2009'daki raporuna göre gebelik öncesinde ve gebelik esnasında sigara içen kadınların bebeklerinde hepatoblastoma (karaciğer kanseri) gelişme olasılığı artmaktadır. Ebeveynlerden birinin sigara içmesi halinde bebeklerinde hepatoblastoma gelişme oranı, sigara içmeyen ebeveynlerin bebeklerine oranla iki kat, her iki ebeveynin sigara içmesi halinde ise beş kat artmaktadır (American Cancer Society 2014).

## **2.10. Sigara ve Anne Sütü**

Gebelik sonrası dönemde annenin sigara içmesi, emzirme dönemindeki süt miktarını ve annenin emzirme süresini olumsuz etkilemektedir. Annelerin doğum sonrası sigara içmeyi sürdürmeleri anne sütünün miktarını 250 ml azaltmakta ve sütteki yağ ve C vitamini miktarını azaltarak, yenidoğanların daha az kilo almasına neden olabilmektedir (Aktaş ve Güler 2010).

Cesur (2007)'un Sivas'ta yaptığı araştırmada sigara içen annelerin %73,7'sinin bebeklerini 10 dakikadan daha az emzirdikleri, %56,8'inin ise günde 7 kez ve daha az sayıda bebeklerini emzirdikleri görülmüştür. Aynı çalışmada sigara içen annelerin erken dönemde (4.ay ve daha önce) ek gıdaya başlama oranı %49,5 iken sigara içmeyen annelerde bu oran %26,6'ya düşmektedir.

2001 yılında Amerikan Pediatri Akademisi, anne sütünün bebek için keşfedilen üstün yararları nedeni ile sigara içme ve anne sütü ile besleme hakkındaki düşüncelerini değiştirmiştir. Bu zamana kadar süt üretimini azaltması, bebeklerin kilo almasını engellemesi ve sık solunum yolu enfeksiyonlarına yol açması nedeni ile nikotin; emziren anneler için kontrendike ilaçların başında sayılmıştır. Bu tarihte komite anne sütü ile geçen nikotinin zararlı olduğuna dair bir çalışma olmadığını belirterek, sigara içmeyi bırakamayan kadınların emzirerek, emzirmemelerine göre bebeklerine daha az zarar verdiklerini belirtmişlerdir. Anne sütü ile geçen nikotin emzirme yolu ile geçen zararlı ilaçlar listesinden çıkarılmıştır. Hatta bir çalışmada sigara içen annelerin bebeklerini emzirmelerinin solunum yolu enfeksiyonlarına karşı koruyucu etki yapabileceği belirtilmiştir (Cesur 2007).

Anne sütüyle bebeğe geçen nikotin ve kotinin seviyelerinin günlük sigara tüketim miktarı, kişisel sigara içme alışkanlıkları, emzirmeden önce sigara içme sıklığı ve son sigara içimi ile emzirme arasındaki süreye bağlı olduğu gösterilmiştir. Son sigara içme ile emzirme arasındaki süre ne kadar kısa ise, sütle nikotin ve kotine maruz kalma oranı artmaktadır. Bununla birlikte, bebeğe sütle geçen nikotin, annenin sigarayı içine çekme derinliğine de bağlıdır. Sigara içen bir annenin sütünde, nikotin konsantrasyonları 0,5 ve 120 ng/ml arasında seyretmektedir. Sadece anne sütü ile beslenen 6 kg'lık bir bebekte günde 6 defa 150 ml beslenirse, alınan nikotin miktarı 1,4-750 ng/saat/kg olarak hesaplanmıştır. Bu ölçümler, bebeğin pasif içici de olup olmadığına göre geniş varyasyonlar göstermiştir; ancak bu seviyeler sigara içen erişkin bir insan tarafından solunan nikotinin yirmide birinden azdır (Cesur 2007).

Erişkin insanlarda nikotin, gastrointestinal yolla alınır (sütle veya çiğneyerek), solunum yoluyla alınmasına göre emilimi azalmaktadır. Bu olay, sindirim sistemi ile alınan sigaranın toksik metabolitlerinin, karaciğerde ilk geçişte elimine edilmesine bağlanmaktadır; ancak solunan nikotinin akciğerlerden absorpsiyonu çok hızlı olmaktadır ve tama yakın miktardadır. Bebekler ve çocuklarda ise; sindirim sistemi

yoluyla alınan nikotin için ilk geçişte eliminasyon, karaciğer işlevlerinin tam gelişmemesine bağlı olarak yeterince gerçekleşmemektedir. Bu durumun sonucunda toksik metabolitler sindirim sistemi yoluyla dahi fazla miktarda alınabilmektedir (Cesur 2007).

Çoğu çalışmada sigara içen ve emziren annelerin prolaktin düzeyleri azaldığı için annelerin erken mamaya başladığı, daha az süt üretimi yaptıkları ileri sürülmüştür. Bu annelerde süt inme refleksi (let down) daha zayıftır; ancak bu annelerde kan prolaktin seviyelerinin, sigara içmeyen annelerin kan prolaktin seviyeleriyle karşılaştırıldığı bir çalışma yapılmamıştır (Cesur 2007).

Annenin sigara içmesiyle geçen nikotinin, akut olarak fazla dozda alınmasıyla bebekte apneik ataklar, aşırı uyarılma ve kusmalara neden olabileceği gösterilmiştir. Hatta günde 15 sigaradan fazla sigara içen annelerin bebeklerinde gastrointestinal yolla nikotin zehirlenmesine de yol açabileceği belirtilmiştir (Cesur 2007).

## **2.11. Gebelikte Sigara Kullanımı İle İlişkili Faktörler**

Kadınlar için sigara içmenin kendini ve ekonomik gücünü kanıtlama, bağımsızlık, kendine güvenin göstergesi gibi açılardan önemi vardır (Kıscık 2007). Ayrıca bazı kadınlar kilo alımının önüne geçmek düşüncesi ile sigaraya yönelebilmektedir (Kıscık 2007; WHO 2013). Geçen zaman içinde kadınların daha fazla eğitim olanağına ve ekonomik güce sahip olması dolayısıyla sigaraya ulaşma olanaklarının artması kadınlar arasında sigara içmenin yaygınlaşmasında rol oynamaktadır (Kıscık 2007).

Gebelikte sigara içme ile ilişkili faktörler arasında ise genç anne yaşı, düşük eğitim, düşük sosyo-ekonomik durum, sosyal güvencenin olmaması, antenatal bakıma geç başlama, doğum sayısı, eşin/partnerin sigara içmesi, pasif içiciliğe maruziyet, eş/partnerle birliktelik durumu, sosyal birlikteliği ve sosyal çevresinden destek alma durumu, sigaraya başlama yaşı, günlük sigara içme sayısı, göç etme durumu, depresyon ve stres sayılmaktadır (Cnattigius ve ark. 1992; Mohsin ve Bauman 2005; Bergmann ve ark. 2008; Gilman ve ark. 2008; Scott ve ark. 2009; Higgins ve ark. 2009; Ergin ve ark. 2010; Rosand ve ark. 2011; Tong ve ark. 2011).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, kadınlarda gebelikte sigara kullanımı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte planlandı.

#### 3.2. Araştırmanın Soruları

- Gebelikte sigara kullanımı oranı nedir?
- Gebeliklerin sigara kullanımını etkileyen faktörler nelerdir?

#### 3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, İstanbul ilinde, T.C. Sağlık Bakanlığı Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe İzlem Polikliniği ile T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Ümraniye Adem Yavuz Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) 17 Aralık 2012-17 Aralık 2013 tarihleri arasında yürütüldü. Gebe izlemi için hastaneye başvuran gebelerin izlemleri gebe polikliniklerinde uzman doktorlar ve ekipleri tarafından yapılmakta, ASM'ye başvuran gebelerin izlemleri ise; Aile sağlığı elemanları tarafından (ebe, hemşire ve acil tıp teknisyenleri) yapılmaktadır. Hastanede gebelerin rutin tahlillerinin yanında ileri tetkik ve tahlilleri yapılırken, Aile Sağlığı Merkezi'nde rutin olarak tam kan sayımı, tam idrar tahlili (TİT), ödem ve varis takibi, tansiyon takibi, nabız takibi, fetal kalp atım hızı takibi, aşılama (difteri-tetanoz) yapılmakta, normalden sapmalar halinde gebeler hastanelere yönlendirilmektedir. Aynı bölgede yer alan iki farklı merkez alınmasının nedeni benzer demografik özelliklere sahip olan daha fazla gebeye ulaşılmak istenmesidir.

#### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 17 Aralık 2012-17 Aralık 2013 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe İzlem Polikliniği ile T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Ümraniye Adem Yavuz Aile Sağlığı

Merkezi'ne (ASM) başvuran gebeler oluşturdu. Araştırmanın örnekleme ise bu tarihler arasında başvuran, araştırmaya alınma ölçütlerine uyan 815 gebe alındı.

**Araştırmaya alınma ölçütleri;**

- 17 Aralık 2012-17 Aralık 2013 tarihlerinde T.C. Sağlık Bakanlığı Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe İzlem Polikliniği ile T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Ümraniye Adem Yavuz Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran,
- Sorulacak soruları anlayıp kavrayabilecek düzeyde Türkçe bilen,
- Çalışmayı katılmayı kabul eden kadınlar.

**Araştırmadan dışlanma ölçütleri;**

- Sorulacak soruları anlayıp kavrayabilme yeteneğine sahip olmayan,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kadınlar.

**3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

**Bağımlı Değişkenler;** Gebelikte sigara kullanımı

**Bağımsız Değişkenler;** eğitim durumu, sigaranın zararlarını bilme durumu, doğum sayısı, eşin-partnerin sigara içme durumu, eş-partnerle birliktelik-mutluluk durumu ve sosyal destek, sigaraya başlama yaşı, günlük içilen sigara sayısı ve sigara kullanma yılı, stres ve depresyon, genç anne yaşı, antenatal bakım alma durumu, düşük sosyo-ekonomik durum, sosyal güvence, yaşanan yer, pasif içiciliğe maruziyet

**3.6. Araştırma Verilerinin Toplanmasında Kullanılan Araçlar**

**3.6.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik-Jinekolojik ve Sigara Kullanma Özelliklerini İçeren Soru Formu**

Araştırmacı tarafından literatür (Cnattigius ve ark. 1992; Mohsin ve Bauman 2005; Kısacık 2007; Gilman ve ark. 2008; Bergmann ve ark. 2008; Higgins ve ark. 2009; Scott ve ark. 2009; Ergin ve ark. 2010; Aktaş ve Güler 2010; Tong ve ark. 2011; Rosand ve ark. 2011) araştırması sonucunda geliştirilen soru formu Sosyo-Demografik özelliklerin yer aldığı gebeye ait bilgilerde 12 soru, gebenin eşine ait özelliklerde 2

soru; Tıbbi ve gestasyonel özelliklerde 10 soru; Gebenin antenatal bakım almasına ait bölümde 2 soru; Eş-Partner-Sosyal desteğe ait özelliklerde 4 soru; Psikososyal stres durumuna ait özelliklerde 2 soru; Sigara içme davranışı ve pasif içiciliğin sorgulandığı bölümde 6 soru; Sigaraya ilişkin algı düzeyinin sorgulandığı bölümde 2 soru; Sigaranın zararlarını bilme durumunun sorgulandığı bölümde açık uçlu 3 soru ve sağlık personeli yaklaşımının sorgulandığı 2 sorunun yer aldığı toplam 45 sorudan oluşturuldu (EK 3).

### **3.7. Araştırma Verilerinin Toplanmasında İzlenen Yol**

Veri toplamada izlenen aşamalar;

- Hastanenin gebe izlem polikliniğine gebe izlemi için başvuran gebeler ile aile sağlığı merkezine gebe izlemi için başvuran gebeler ile tanışıldı.
- Araştırmaya alınma ve dışlanma kriterlerine göre kadınlar değerlendirildi.
- Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözel onam alındı.
- Soru formu (EK 3) araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile dolduruldu.
- Soru formunun uygulanması her bir kadın için ortalama 10 dakika sürdü.

### **3.8. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma için Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan, 16.11.2012 tarihli ve 39 karar numaralı, etik kurul onayı alındı (EK 1). Araştırma yapılacak hastane başhekim, klinik şefi ve gebe izlem polikliniği sorumlu hemşiresi, çalışma konusu ve amacı ile ilgili bilgilendirilerek sözel izin alındı. Ayrıca İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Bilimsel Araştırmalar Birimi'ne başvuruldu ve yazılı izin alındı (EK 2). Çalışmanın amaç ve içeriği gebe kadınlara sözel olarak açıklandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü gebe kadınlardan onam alındı.

### **3.9. Verilerin İstatistiksel Açıdan Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada istatistiksel analizler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 IBM paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde dağılımı ve nitel verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi.

### 3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma sonuçlarının sadece araştırmanın yapıldığı bölge ve örneklem sayısı ile sınırlı olması,
- Araştırma sonuçlarının sadece çalışmanın yapıldığı grup içinde genellenebilir olmasıdır.

### 3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Örneklem sayısının fazla olması,
- Verilerin araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile katılımcılardan toplanması,



## 4. BULGULAR

Gebe kadınlarda sigara içme oranını ve gebelikte sigara içme ile ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile yapılan araştırmanın bulguları iki bölümde ele alınmıştır.

### **4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine, Psikososyal Stres ve Partner/Sosyal Destek Durumlarına, Gebelikte ve Gebelik Öncesinde Sigara Kullanma Oranına, Sigarayla İlgili Algısına, Sigaranın Zararlarını Bilme Düzeylerine ve Sigara Kullanan Gebelere Sağlık Çalışanlarının Yaklaşım Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Araştırmanın yapıldığı iki kuruma başvuran gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların karşılaştırması yapıldı. Çalışmaya katılan kadınların yaş, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum, sosyal güvence, göç durumu, İstanbul'da yaşam süresi, aile tipi, ilk evlilik yaşı, evlilik süresi, gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısına göre dağılımları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında eğitim süresi dışında diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ). Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Adem Yavuz ASM'ye başvuran kadınlar eğitim süresine göre dağılımları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

Bu bölümde gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik-jinekolojik özelliklerine, psikososyal stres ve partner/sosyal destek durumlarına, gebelikte ve gebelik öncesinde sigara kullanma oranına, sigarayla ilgili algısına, sigaranın zararlarını bilme düzeylerine ve sigara kullanan gebelere sağlık çalışanlarının yaklaşım özelliklerine ilişkin bulgular belirtildi.

**Tablo 4-1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri (N=815)**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Yaş</b>		
15-19 yaş	46	5,6
20-24 yaş	206	25,3
25-29 yaş	292	35,9
30-34 yaş	176	21,6
35-39 yaş	83	10,2
40 yaş ve üstü	12	1,4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar	25	3,1
İlkokul	252	30,9
Ortaokul	158	19,4
Lise	223	27,4
Önlisans	60	7,4
Lisans	78	9,6
Yüksek lisans veya Doktora	19	2,2
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	5	0,6
Evli	370	99,4
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	216	26,5
Çalışmıyor	599	73,5
<b>Ekonomik Durum</b>		
Gelir-giderden fazla	195	23,9
Gelir- Gidere denk/yetersiz	620	76,1
<b>Sosyal Güvencesi Olma Durumu</b>		
Var	701	86,0
Yok	114	14,0
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek aile	692	84,9
Geniş aile	123	15,1

Tablo 4-1'in devamı: Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri (N=815)

Özellikler		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Göç Etme Durumu</b>		
Evet	486	59,6
Hayır	329	40,4
<b>Göç Edilen Bölge (n=486)</b>		
Marmara Bölgesi	25	5,1
Ege Bölgesi	13	2,7
Akdeniz Bölgesi	45	9,2
İç Anadolu Bölgesi	88	18,1
Karadeniz Bölgesi	165	34,0
Doğu Anadolu Bölgesi	109	22,5
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	35	7,2
Yurt Dışı	6	1,2
<b>İstanbul'da Yaşama Süresi</b>		
20 yıl ve altı	168	51,0
20 yıl üzeri	161	49,0
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar	8	1,0
İlkokul	207	25,4
Ortaokul	190	23,3
Lise	253	31,0
Önlisans	42	5,2
Lisans	93	11,4
Yüksek lisans veya Doktora	22	2,7
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	798	97,9
Çalışmıyor	17	2,1
<b>Evlilik Yaşı (n=810)</b>		
15 yaş ve altı	24	2,9
16-20 yaş	278	34,3
21-25 yaş	322	39,8
26-30 yaş	137	16,9
31-35 yaş	38	4,7
36 yaş ve üzeri	11	1,4
<b>Evlilik Sayısı (n=810)</b>		
1 defa	763	94,2
2 defa	47	5,8
<b>Evlilik Süresi (n=810)</b>		
4 yıl ve altı	423	52,2
4 yıl üzeri	387	47,8
<b>Sigaraya Başlama Yaşı (n=97)</b>		
10 yaş ve altı	3	3,1
11-15 yaş	15	15,5
16-20 yaş	44	45,3
21-25 yaş	26	26,8
26-30 yaş	6	6,2
31-35 yaş	3	3,1

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri değerlendirildiğinde; kadınların %35,9'unun 25-29 yaş aralığında olduğu, %30,9'unun ilkokul mezunu, çoğunluğunun (%99,4) evli ve çekirdek aileye sahip olduğu (%84,9), büyük bir kısmının gelirinin-gidere denk/yetersiz %76,1), yarıdan fazlasının (%59,6) göç ettiği, göç edenlerin %34'ünün en çok Karadeniz Bölgesi'nden göç ettiği, yarıdan fazlasının 20 yıl ve daha az süredir İstanbul'da yaşadığı saptandı. Çalışmaya katılan kadınlardan %31'i eşinin lise mezunu olduğunu, %97,9'u ise eşinin çalıştığını ifade etti. Kadınların %39,8'inin ilk evliliğini 21-25 yaş aralığında yaptığı, çoğunluğunun (%94,2) bir evlilik yaptığı, yarıdan azının (%47,8) 4 yıldan daha uzun zamandır evli olduğu, kadınların sigaraya başlama yaşının ise %45,4 oranında 16-20 yaşlar arasında olduğu bulundu (Tablo 4-1).



Tablo 4-2: Gebelerin Obstetrik-Jinekolojik Özellikleri (N=815)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>İlk Gebelik Yaşı</b>		
20 yaş ve altı	228	28,0
21- 30 yaş	508	62,4
31- 40 yaş	79	9,6
<b>Gebelik Sayısı</b>		
1	313	38,4
2	241	29,6
3 ve üzeri	261	32,0
<b>Gebelik Haftası</b>		
I. trimester	174	21,4
II. trimester	309	37,9
III. trimester	332	40,7
<b>Gebeliğin Planlanma Durumu</b>		
Planlı	619	76,0
Plansız	196	24,0
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>		
Yok	391	48,0
1	266	32,6
2 ve üzeri	158	19,4
<b>Yaşayan En Küçük Çocuğun Yaşı (n=424)</b>		
5 yaş ve altı	247	58,2
5 yaş üzeri	177	41,8
<b>Düşük Durumu (n=502)</b>		
Var	149	29,7
Yok	353	70,3
<b>Küretaj Durumu (n=502)</b>		
Var	47	9,4
Yok	455	90,6
<b>Ölü Doğum Durumu (n=502)</b>		
Var	23	4,6
Yok	479	95,4
<b>Erken Doğum Durumu (n=502)</b>		
Var	23	4,6
Yok	479	95,4
<b>Mol Gebelik Durumu (n=502)</b>		
Var	6	1,2
Yok	496	98,8
<b>Çocuk ölümü (n=502)</b>		
Var	9	1,8
Yok	493	98,2
<b>Ektopik Gebelik Durumu (n=502)</b>		
Var	8	1,6
Yok	494	98,4
<b>Çoğul Gebelik Durumu (n=502)</b>		
Var	6	1,2
Yok	496	98,8

Tablo 4-2'nin devamı: Gebelerin Obstetrik-Jinekolojik Özellikleri (N=815)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Gebelikten Önceki Sağlık Sorunu</b>		
Var	329	40,4
Yok	486	59,6
<b>Gebelikten Önce Yaşanan Sağlık Sorunları*</b>		
Rh Uyuşmazlığı	50	6,1
Anemi	133	16,3
Sistemik Hastalık	102	12,5
Jinekolojik Hastalık	51	6,3
Diğer	106	13,0
<b>Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunu</b>		
Var	412	50,6
Yok	403	49,4
<b>Gebelikte Birlikte Yaşanan Sağlık Sorunları*</b>		
Rh Uyuşmazlığı	59	7,2
Anemi	218	26,7
Sistemik Hastalık	179	22,0
Diğer	86	10,9
<b>Gebelikte İlaç Kullanma Durumu</b>		
Var	576	70,7
Yok	239	29,3
<b>Gebelikte Kullanılan İlaçlar*</b>		
Multivitaminler	277	34,0
Demir içerikli ilaç	380	46,6
Folik asit	124	15,2
Sistemik Hastalık İlacı	67	8,3
Diğer	50	6,2
<b>Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı</b>		
0-4 kez kontrol	223	27,4
5-9 kez kontrol	324	39,8
10 ve üzeri kontrol	208	32,8
<b>İlk Defa Doğum Öncesi Bakım Alınan Gebelik Dönemi</b>		
I. Trimester	792	97,2
II. Trimester	21	2,6
III. Trimester	2	0,2
<b>İlk Defa Doğum Öncesi Bakım Alınan Yer</b>		
Kamu Hastanesi/Aile Sağlığı Merkezi	399	48,9
Özel Hastanesi/Özel Tıp Merkezi	416	51,1

\*Bir kişi birden fazla yanıt vermiştir.

Gebelerin obstetrik ve jinekolojik özellikleri incelendiğinde; kadınların ilk gebelik yaşının %62,4 oranında 21-30 yaş arasında olduğu, %38,4'ünün ilk gebeliği olduğu, gebelik sayısı ortalamasının  $2,16 \pm 1,29$  (min;1-max;10) olduğu, %40,7'sinin gebeliğinin III. trimesterinde bulunduğu, %76'sının gebeliğinin planlı ve %32,6'sının bir çocuğa sahip olduğu, %41,8'inin 5 yaş üzerinde yaşayan çocuğunun olduğu, %29,7'sinin en az bir defa düşük yaptığı, %9,4'ünün en az bir defa küretaj olduğu, kadınların %4,6'sının en az bir defa ölü doğum deneyimledikleri, %4,6'sının erken doğum yaptığı, %1,2'sinin mol gebelik ve çoğul gebelik deneyimledikleri saptandı. Katılımcıların %1,8'inin çocuklarının öldüğü ve %1,6'sının ektopik gebelik deneyimledikleri belirlendi.

Çalışmaya katılan gebelerin %40,4'ünün gebelikten önce bir sağlık sorununun olduğu, gebelikten önce en çok (%16,3) anemiyle ilgili sorun yaşadıkları, %50,6'sının gebelikle birlikte bir sağlık sorunu olduğu ve yine en çok (%26,7) anemiyle ilgili sağlık sorunu yaşadıkları, yarıdan fazlasının (%70,7) gebeliğinde ilaç kullandığı, % 46,6'sının demir içerikli ilaç aldığı saptandı. Katılımcıların tamamının doğum öncesi bakım aldığı (DÖB), DÖB alma sıklığının %39,8'inde 5-9 kez olduğu, %97,2'sinin gebeliğinin ilk trimesterinde DÖB aldığı ve %51,1'sinin özel hastane/özel tıp merkezinden bu hizmeti aldıkları saptandı (Tablo 4-2).

**Tablo 4-3: Psikososyal Stres ve Partner/Sosyal Desteğe İlişkin Özellikler (N=815)**

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Eşle Birlikte Yaşama Durumu</b>		
Birlikte Yaşıyor	810	99,5
Ayrı yaşıyor	5	0,5
<b>Sosyal Destek Durumu</b>		
Var	631	77,4
Yok	184	22,6
<b>Sorunlarını Eşiyle Paylaşma Durumu</b>		
Evet	726	89,1
Hayır	89	10,9
<b>Yalnızlık Hissetme Durumu</b>		
Yalnız hissediyorum	87	10,7
Bazen yalnız hissediyorum	309	37,9
Yalnız hissetmiyorum	419	51,4
<b>Yaşanılan Stres Sıklığı</b>		
Hiçbir zaman	56	6,9
Bazen	597	73,3
Sık-Sık/Her zaman	162	19,8
<b>Yaşanılan Stres Düzeyi</b>		
Yok	74	9,0
Hafif	286	35,1
Orta	343	42,1
Yüksek	112	13,8

Gebelerin psikososyal stres ve sosyal desteğe ilişkin özellikleri incelendiğinde; kadınların %99,5'inin eşiyle birlikte yaşadığı, %77,4'ünün sosyal desteğinin olduğu, %89,1'inin sorunlarını eşiyle paylaştığı, %37,9'unun bazen yalnızlık hissettiği, %73,3'ünün bazen stres yaşadığı, %42,1'inin orta düzeyde stres yaşadığı belirlendi (Tablo 4-3).

**Tablo 4-4: Gebelikte ve Gebelik Öncesi Dönemde Sigara Kullanmaya İlişkin Özellikler**

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Gebelikte Sigara Kullanma Durumu</b>		
Evet	97	11,9
Hayır	718	88,1
<b>Gebelikte Eşinin Sigara Kullanma Durumu</b>		
Var	390	47,9
Yok	425	52,1
<b>Gebelik Öncesi Sigara Kullanma Durumu</b>		
İçiyor	217	26,6
İçmiyor	598	73,4
<b>Gebelikte Sigara Kullanma Durumu</b>		
Gebelikte sigara kullanma durumu değişmeyenler	22	2,7
Gebeliğinde sigara kullanmayı bırakanlar	105	12,8
Gebeliği planlayınca sigara kullanmayı bırakanlar	14	1,7
Gebeliğinde sigarayı azaltanlar	69	8,5
Gebeliği planlayınca sigarayı azaltanlar	5	0,6
Hiç sigara içmeyenler	412	50,5
Sigara içmeyi deneyenler	157	19,4
Gebelikle ilgisi olmadan sigarayı bırakanlar	29	3,6
Birkaç günde 1-2 adet sigara içenler	1	0,1
Gebeliği öğrenince nargile içmeyi bırakanlar	1	0,1
<b>Gebeliğinde Kullandığı Sigara Adedi Değişmeyenlerin Sigara Kullanma Süresi (n=22)</b>		
4 yıl ve altı	10	45,5
4 yıl üzeri	12	55,5
<b>Eşin Sigara Kullanma Süresi (yıl) (n=390)</b>		
14 yıl ve altı	214	54,8
14 yıl üzeri	176	45,2
<b>Eşin Günlük İçtiği Sigara Miktarı (n=22)</b>		
5 adet ve altı	11	50,0
6 adet ve üzeri	11	50,0
<b>Eşin İçtiği Sigara Miktarı (günde) (n=390)</b>		
20 adet ve altı	207	53,0
21 adet ve üzeri	183	47,0
<b>Yanında Sigara İçilme Durumu</b>		
Evet	521	63,9
Hayır	294	36,1
<b>Gebenin Yanında Sigara İçenler*<sup>1</sup></b>		
Eş	240	29,4
Akraba	338	41,5
Arkadaş	92	11,3
Misafir	340	41,7
<b>Sigara İçilmesine Karşı Verilen Tepki*(n=521)</b>		
Aynı ortamda kalıyorum	113	21,8
Aynı ortamda kalmıyorum	343	65,7
Bende içiyorum	50	9,6
Yanımda içilmesine izin vermiyorum	15	2,9
<b>Gebeliğinde Sigara Kullanmayı Bırakanların Sigara Kullanma Süresi (n=105)</b>		
9 yıl ve altı	57	54,3
9 yıl üzeri	48	45,7

\*Yanında sigara içilmeyenler çıkarılmıştır.<sup>1</sup>Bir kişi birden fazla cevap vermiştir.

**Tablo 4-4'ün devamı: Gebelikte ve Gebelik Öncesi Dönemde Sigara Kullanmaya İlişkin Özellikler**

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Gebeliğinde Sigarayı Bırakanların Günlük İçtiği Sigara Miktarı (n=105)</b>		
9 ve altı	66	62,8
10 ve üzeri	39	37,2
<b>Sigarayı Bırakanların Sigara Kullanmama Süresi (günde) (n=105)</b>		
120 gün ve altı	58	55,2
121 gün ve üzeri	47	44,8
<b>Gebelikten Önce Sigara Bırakanların Sigara Kullanma Süresi (yıl) (n=14)</b>		
4 yıl ve altı	6	42,9
4 yıl üzeri	8	57,1
<b>Gebelikten Önce Sigarayı Bırakanların Günlük İçtiği Sigara Miktarı (n=14)</b>		
4 adet ve altı	8	57,1
5 adet ve üzeri	6	42,9
<b>Gebelikten Önce Sigara Kullanmayı Bırakanın Sigara İçmeme Süresi (günde) (n=14)</b>		
180 gün ve altı	5	35,7
181 gün ve üzeri	9	64,3
<b>Gebeliği Öğrenince Sigarayı Azaltanın Sigara Kullanma Süresi (n=69)</b>		
10 yıl ve altı	28	40,6
10 yıl üzeri	41	59,4
<b>Gebeliği Öğrenince Sigarayı Azaltanın İçtiği Sigara Miktarı (n=69)</b>		
15 adet ve altı	39	49,2
16 adet ve üzeri	30	50,8
<b>Gebeliği Öğrenince Sigarayı Azaltanın Şu anda İçtiği Sigara Miktarı (n=69)</b>		
2 adet ve altı	46	66,7
3 adet ve üzeri	23	33,3
<b>Gebeliği Planlayınca Sigarayı Azaltanın Sigara İçme Süresi (n=5)</b>		
15 yıl ve altı	3	60,0
15 yıl üzeri	2	40,0
<b>Gebeliği Planlayınca Sigarayı Azaltanın Günlük İçtiği Sigara Miktarı (n=5)</b>		
10 adet ve altı	3	60,0
11 adet ve üzeri	2	40,0
<b>Gebeliği Planlayınca Sigarayı Azaltanın Günlük İçtiği Sigara Miktarı (n=5)</b>		
2 adet ve altı	4	80,0
3 adet ve üzeri	1	20,0
<b>Gebelikte Sigara İçtiğini Gizleme Durumu (n=97)</b>		
Evet	29	29,9
Hayır	68	70,1
<b>Gebelikte Sigara İçtiğini Bilenlerin Durumu* (n=97)</b>		
Kimse bilmiyor	4	4,1
Kendi ailem biliyor	21	21,6
Eşim biliyor	5	5,2
Eşimin ailesi biliyor	19	19,6
Arkadaşlarım biliyor	5	5,2

\*Bir kişi birden fazla cevap vermiştir.

**Tablo 4-4'ün devamı: Gebelikte ve Gebelik Öncesi Dönemde Sigara Kullanmaya İlişkin Özellikler**

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Gebelikte Sigarayı Azaltma Nedenleri* (n=69)</b>		
Bulantı-kusma	14	20,3
Bebeğe zararının olması	61	88,4
<b>Gebelikte Sigarayı Bırakma Nedenleri* (n=105)</b>		
Bulantı-kusma	22	20,9
Bebeğe zararının olması	95	90,4
Eşinin isteği	2	1,9

\*Bir kişi birden fazla cevap vermiştir. \*\*1 kişi birkaç günde 1-2 adet sigara içmektedir.

\*\*\*1 kişi nargile içmektedir.

Gebelikte sigara kullanımına ilişkin özellikler değerlendirildiğinde; kadınların %11,9'unun gebeliğinde de sigara içmeye devam ettiği, %47,9'unda eşlerinin sigara kullandığı, gebelerin %73,4'ünün sigara içmediği, %2,7'sinin gebeliğinden önce olduğu gibi gebeliğinde de hiç değişiklik olmadan sigara içmeyi sürdürdüğü belirlendi. Bu kadınların %55,5'inin 4 yıldan fazla zamandır sigara kullandığı, %45,2'sinin eşlerinin 14 yıldan daha uzun bir süredir sigara kullandığı, sigara içen gebelerin yarısının günde en az 6 adet sigara içtiği, gebelerin %47'sinin eşlerinin günde 21 adet ve üzerinde sigara içtiği, katılımcıların %63,9'unun yanında sigara içildiği, %41,7'sinin yanında en çok misafirlerin sigara içtiği, %65,7'sinin sigara içilirken aynı ortamda kalmadığı belirlendi.

Gebeliğinde sigara içmeyi bırakanların %45,7'sinin 9 yıldan fazla zamandır sigara içtiği, %37,2'sinin günde en az 10 sigara içtiği, %55,2'sinin 4 aydan daha az zamandır sigara içmediği saptandı. Gebelikten önce sigara içmeyi bırakanlardan %57,1'inin, 4 yıldan fazla zamandır sigara içtiği ve yarıdan fazlasının %64,3'ünün 6 aydan fazla zamandır sigara içmediği; gebeliği öğrenince içtiği sigarayı azaltanlardan %59,4'ünün 10 yıldan daha uzun bir süredir sigara içtiği; gebeliğinde içtiği sigara miktarını azaltanların %50,8'inin gebeliğinden önce günde 16 adet ve daha fazla miktarda sigara içtiği, %66,7'sinin gebeliği öğrenince günde 2 adet ve altında sigara içtiği; gebeliği planlayınca günlük içtiği sigara miktarını azaltanlardan %60'ünün gebe kalmadan önce günde en fazla 10 adet sigara içtiği ve bu kadınların %80'inin gebeliklerinde günde 2 adet ve altında sigara içmeye devam ettiği belirlendi (Tablo 4-4).

Gebelerin %70,1'inin sigara içtiğini gizlemediği, gebeliğinde sigara içtiğini gizlemeyenlerden %21,6'sının en çok kendi ailesinin sigara içtiğini bildiği belirlendi.

Gebeliğinde sigarayı azaltan kadınların %88,4'ünün, bırakanların ise %90,4'ünün sigaranın bebeğe zararı olacağı endişesi ile sigarayı azalttıkları ya da bıraktıkları belirlendi (Tablo 4-4).

**Tablo 4-5: Gebelerin Sigarayla İlgili Algısına İlişkin Özellikleri**

Özellikler		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Sigara Kullanma Nedeni (n=97)</b>		
Sıkıntı/stress azaltıyor	21	21,6
Mutlu oluyor/rahatlıyor	19	19,6
Kilo almayı engelliyor/zayıflatıyor	1	1,0
Zararını biliyor fakat içmeden yapamıyor	52	53,6
Sigara içilen arkadaş ortamı	4	4,2
<b>Gebelikte Sigaranın Zararlarına İnanma Durumu (n=97)</b>		
Zararlıdır	85	87,6
Zararlı değildir	12	12,4
<b>Gebelikte Çok Az Sigara İçmenin Zararı Olmayacağına Dair Algı Durumu (n=97)</b>		
Zararlıdır	57	58,8
Zararlı değildir	40	41,2
<b>Gebelikte Çok Az Sigara İçmenin Zararlı Olmadığını Düşünenlerin Sigara İçme Miktarı (n=40)</b>		
2 adet ve altı	29	72,5
3 adet ve üzeri	11	27,5

Gebelerin sigarayla ilgili algısına ilişkin özellikler değerlendirildiğinde; çalışmaya katılan kadınların %53,6'sının sigaranın zararını bildiği halde sigara içmeyi bırakmadığı, %87,6'sının gebelikte sigara içmenin zararlarına inandığı, %58'inin gebelikte çok az sigara içtiği için bebeğine zararı olmayacağını düşündüğü ve bu gebelerin %72,5'inin günde en fazla 2 adet sigara içtiği saptandı (Tablo 4-5).

**Tablo 4-6: Gebelerin Sigaranın Zararlarını Bilme Düzeylerine İlişkin Özellikleri**

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Sigara Kullanmanın Anneye Olan Zararını Bilme Durumu (n=97)</b>		
Evet	49	50,5
Hayır	48	49,5
<b>Gebelikte Sigara Kullanmanın Anne Sağlığına Olan Zararı* (n=49)</b>		
Solunum sistemini etkiler	19	25,7
Kalp-damar ve dolaşım sistemini etkiler	7	9,5
Kas ve iskelet sistemini etkiler	1	1,4
Sindirim sistemini etkiler	6	8,1
Ruh sağlığını etkiler	6	8,1
Kansere neden olur	6	8,1
Obstetrik ve jinekolojik sorunlara neden olur	4	5,4
Ciltte sorunlara neden olur	1	1,4
Tanımlayamıyor	24	32,5
<b>Sigara Kullanmanın Bebeğe Olan Zararını Bilme Durumu (n=97)</b>		
Evet	67	69,0
Hayır	30	31,0
<b>Gebelikte Sigara Kullanmanın Bebek Sağlığına Olan Zararı* (n=67)</b>		
Düşük riskini arttırır	2	2,2
Preeklamsi riskini arttırır	2	2,2
Bebekte gelişme geriliğine neden olur	32	34,4
Bebekte akciğer hastalığına neden olur	26	27,1
Ölü doğuma neden olur	5	5,4
Bebekte zeka geriliğine neden olur	13	14,0
Bebekte enfeksiyona neden olur	13	14,0
<b>Sigara Kullanmanın Gebeliğe Olan Zararını Bilme Durumu (n=97)</b>		
Evet	42	43,3
Hayır	55	56,7
<b>Gebelikte Sigara Kullanmanın Gebeliğe Olan Zararı* (n=42)</b>		
Düşük riskini arttırır	10	17,2
Mide bulantısına neden olur	4	6,9
Zor doğuma neden olur	2	3,4
Erken doğuma neden olur	8	13,8
Fetal ölüme neden olur	4	6,9
Plasenta anomalilerine neden olur	6	10,3
Tanımlayamıyor	24	41,8

\*Bir kişi birden fazla cevap vermiştir.

Gebelerin sigaranın zararlarını bilme düzeylerine ilişkin özellikleri değerlendirildiğinde %49,5'inin gebelikte sigara içmenin anneye olan zararlarını bilmediği; %31'inin bebeğe olan zararlarını bilmediği ve %56,7'sinin de sigaranın gebeliğe olan zararlarını bilmediği belirlendi (Tablo 4-6).

**Tablo 4-7: Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı İle İlgili Özellikler**

Özellikler		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Sağlık Çalışanlarıyla Paylaşma Durumu(n=97)</b>		
Evet	73	75,3
Hayır	24	24,7
<b>Gebelikte Sigara Kullanma Durumunun Paylaşıldığı Sağlık Profesyonelleri*(n=97)</b>		
Ebe	38	26,6
Hemşire	26	18,2
Aile Hekimi	23	16,1
Kadın Doğum Uzmanı	56	39,3
<b>Sağlık Profesyonellerinin Önerileri (n=73)</b>		
Bırakmamı önerdi	53	72,6
Azaltmamı önerdi	18	24,7
Öneride bulunmadı	2	2,7

\*Bir kişi birden fazla cevap vermiştir.

Gebelikte sigara içmeyle ilgili sağlık çalışanlarının yaklaşımları değerlendirildiğinde; sigara içen gebe kadınların %75,3'ünün sağlık çalışanlarıyla bu durumu paylaştığı, %39,3'ünün kadın doğum doktoruna gebeliğinde sigara içtiğini söylediği, sağlık profesyonellerinin %72,6'sının gebe kadınlara gebeliğinde sigara içmeyi bırakmalarını önerdikleri saptandı (Tablo 4-7).

#### **4.2. Gebelikte Sigara Kullanma İle İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Bu bölümde gebelikte sigara kullanma ile ilişkili faktörlerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verildi.

##### **4.2.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Bu bölümde gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre sigara kullanma durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verildi.

**Tablo 4-8: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Gebelikte Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Özellikler	Gebelikte Sigara İçenler (n=97)		Gebelikte Sigara İçmeyenler (n=718)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Yaş</b>						
30 yaş ve altı	58	59,8	488	68,0	2,581	0,10
31 yaş üzeri	39	40,2	230	32,0		
<b>Eğitim Süresi</b>						
8 yıl ve altı	58	59,8	377	52,5	1,823	0,17
9 yıl ve üzeri	39	40,2	341	47,5		
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	95	97,9	715	99,6	**	0,11
Bekar	2	2,1	3	0,3		
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	23	23,7	193	26,9	0,293*	0,58
Çalışmıyor	74	76,3	525	73,1		
<b>Ekonomik Durum</b>						
Gelir-giderden fazla	22	22,7	173	24,1	0,032*	0,85
Gelir-gidere denk/yetersiz	75	77,3	545	75,9		
<b>Sosyal Güvence</b>						
Var	78	80,4	623	86,8	2,366*	0,12
Yok	19	19,6	95	13,2		
<b>Göç Durumu</b>						
Göç etmiş	52	53,6	434	60,4	1,660	0,19
Göç etmemiş	45	46,4	284	39,6		
<b>İstanbul'da Yaşam Süresi</b>						
20 yıl altı	42	43,3	374	52,1	2,642	0,10
20 yıl ve üzeri	55	56,7	344	47,9		
<b>Aile Tipi</b>						
Çekirdek aile	74	76,3	531	74,0	0,137*	0,71
Geniş aile	23	23,7	187	26,0		
<b>İlk Evlilik Yaşı (n=810)</b>						
20 yaş ve altı	40	42,1	262	36,6	1,070	0,30
21 yaş ve üzeri	55	57,9	453	63,4		
<b>Evlilik Süresi (n=810)</b>						
4 yıl ve altı	47	49,5	376	52,6	0,326	0,56
5 yıl ve üzeri	48	50,5	339	47,4		

$\chi^2$ : Ki-kare testi. \*Yates düzeltilmeli ki-kare testi. \*\* Fisher Exact Test yapılmıştır.

Çalışmaya katılan gebe kadınların gebelikte sigara içme durumlarına göre sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; gebelikte sigara içen ve içmeyen kadınlar yaş, eğitim süresi, çalışma ve medeni durumu, ekonomik durum, sosyal güvence durumu, göç durumu, İstanbul'da geçirilen yaşam süresi, aile tipi, ilk evlilik yaşı ve evlilik süresine göre dağılımları Ki-kare analizine ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ , Tablo 4-8).

#### 4.2.2. Gebelerin Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin obstetrik-jinekolojik özelliklerine göre sigara kullanma durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verildi.

**Tablo 4-9: Gebelerin Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması (N=815)**

Özellikler	Gebelikte Sigara İçenler(n=97)		Gebelikte Sigara İçmeyenler (n=718)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>İlk Gebelik Yaşı</b>						
20 yaş ve altı	35	36,1	193	26,3	3,591	0,05
21 yaş ve üzeri	62	63,9	525	73,1		
<b>Gebelik Sayısı</b>						
2 ve altı	55	56,7	499	69,5	6,429	<b>0,01</b>
3 ve üzeri	42	43,3	219	30,5		
<b>Gebelik Haftası</b>						
I. trimester	32	33,0	142	19,8	9,308	<b>0,01</b>
II. trimester	34	35,1	275	38,3		
III. trimester	31	32,0	301	41,9		
<b>Gebeliği Planlama Durumu</b>						
Planlı	65	67,0	554	77,2	4,818	<b>0,02</b>
Plansız	32	33,0	164	22,8		
<b>Yaşayan Çocuk Durumu</b>						
Var	60	61,9	364	50,7	4,264	<b>0,03</b>
Yok	37	38,1	354	49,3		
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı<sup>a</sup>(n=424)</b>						
1	33	55,0	233	64,0	1,789	0,18
2 ve üzeri	27	45,0	131	36,0		

$\chi^2$ : Ki-kare testi.<sup>a</sup>Yaşayan çocuğu olmayan alınmamıştır.

**Tablo 4-9'un devamı: Gebelerin Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması (N=815)**

Özellikler	Gebeliğinde Sigara İçenler (n=97)		Gebeliğinde Sigara içmeyenler (n=718)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Önceki Gebelikte Sorun Yaşama Durumu<sup>a</sup> (n=502)</b>						
Evet	38	55,1	205	47,3	1,423	0,23
Hayır	31	44,9	228	52,7		
<b>Ölü Doğum<sup>a</sup> (n=502)</b>						
Var	2	2,9	21	4,8	*	0,68
Yok	67	97,1	412	95,2		
<b>Düşük Durumu<sup>a</sup> (n=502)</b>						
Var	20	29,0	129	29,8	0,000**	1,00
Yok	49	71,0	304	70,2		
<b>Kürtaj Durumu<sup>a</sup> (n=502)</b>						
Var	11	15,9	39	8,3	3,231**	0,07
Yok	58	84,1	397	91,7		
<b>Erken Doğum<sup>a</sup> (n=502)</b>						
Var	5	7,2	18	4,2	*	0,40
Yok	64	92,8	415	95,8		
<b>Mol Gebelik<sup>a</sup> (n=502)</b>						
Var	-	-	6	1,4	*	0,69
Yok	69	100,0	427	98,6		
<b>Ölen Çocuk Durumu<sup>a</sup> (n=502)</b>						
Var	-	-	9	2,1	*	0,47
Yok	69	100,0	424	97,9		
<b>Ektopik Gebelik<sup>a</sup> (n=502)</b>						
Var	2	2,9	6	1,4	*	0,67
Yok	67	97,1	427	98,6		
<b>Çoğul Gebelik<sup>a</sup> (n=502)</b>						
Var	1	1,4	5	1,2	*	1,00
Yok	68	98,6	428	98,8		

\*Fisher Exact Test yapılmıştır.  $\chi^2$ : Ki-kare testi. <sup>a</sup>:Hiç gebeliği olmayanlar alınmamıştır.

\*\*Yates düzeltilmeli ki-kare testi.

Gebeliğinde sigara içen ve içmeyen kadınların gebelik sayısına göre dağılımları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olduğu ve gebeliğinde sigara içenlerde ikiden çok gebelik deneyimleyenlerin oranının gebeliğinde sigara içmeyenlere göre daha fazla olduğu belirlendi (p<0,05, Tablo 4-9).

Gebeliğinde sigara içen ve içmeyen kadınlar gebelik haftasına göre dağılımları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olduğu ve gebeliğinde sigara içen kadınlarda gebeliğin birinci trimesterinde bulunanların oranının gebeliğinde sigara içmeyenlere göre daha yüksek olduğu bulundu ( $p<0,05$ ).

Gebeliğinde sigara içen ve içmeyen kadınlar gebeliği planlama durumlarına göre dağılımları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olduğu ve gebeliğinde sigara içenlerde gebeliği planlamayanların oranının sigara içmeyenlere göre daha fazla olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).

Gebeliğinde sigara içen ve içmeyen kadınlar yaşayan çocuk durumuna göre dağılımları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olduğu ve gebeliğinde sigara içen kadınlarda yaşayan çocuk olmama oranının gebeliğinde sigara içen kadınlara göre daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

Gebeliğinde sigara içen ve içmeyen kadınlar ilk gebelik yaşı ve yaşayan çocuk sayısına göre dağılımları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

Gebeliğinde sigara içen ve içmeyen kadınlar önceki gebelikte sorun yaşama durumu, ölü doğum durumu, düşük durumu, kürtaj durumu, erken doğum durumu, mol gebelik, ölen çocuk durumu, ektopik gebelik ve çoğul gebelik durumu açısından dağılımları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Ancak daha önceki gebeliklerinde sorun yaşamayanların bu gebeliklerinde sigara kullanma yüzdelerinin fazla olduğu görüldü ( $p>0,05$ , Tablo 4-9).

**Tablo 4-10: Gebelerin Antenatal Bakım Alma Özelliklerine Göre Gebelikte Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması (N=815)**

Özellikler	Gebelikte Sigara İçenler (n=97)		Gebelikte Sigara İçmeyenler (n=718)		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelikten Önce Sağlıkla İlgili Sorun</b>						
Var	35	36,1	294	40,9	0,840	0,35
Yok	62	63,9	424	59,1		
<b>Gebelikte Sağlıkla İlgili Sorun</b>						
Var	45	46,4	367	51,1	0,762	0,38
Yok	52	53,6	351	48,9		
<b>Gebelikte İlaç Kullanma Durumu (folik asit, multivitamin, demir prep. vb.)</b>						
Var	57	58,8	519	72,3	7,538	<b>0,00</b>
Yok	40	41,2	199	27,7		
<b>Doğum Öncesi Kontrole Başlama Zamanı</b>						
24 hafta ve altı	93	95,9	699	97,4	0,248*	0,61
24 hafta üzeri	4	4,1	19	2,6		
<b>DÖB Alma Sıklığı</b>						
4 ve altı kontrol	37	38,1	186	25,9	6,441	<b>0,01</b>
5 ve üzeri kontrol	60	61,9	532	74,1		
<b>DÖB Alınan Kurum</b>						
Özel tıp merkezi/özel hastane	58	59,8	357	49,7	3,469	0,06
Aile sağlığı merkezi/ kamu hastanesi	39	40,2	361	50,3		

$\chi^2$ : Ki-kare testi. \*Yates düzeltilmeli ki-kare testi. DÖB: Doğum Öncesi Bakım.

Gebelikte sigara kullanan ve kullanmayan gebelerin antenatal bakım alma durumları incelendiğinde; gebelikten önce sağlıkla ilgili sorun yaşama durumu, doğum öncesi kontrole başlama zamanı, DÖB (doğum öncesi bakım) alınan kuruma göre dağılımları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ )

Gebeliğinde sigara içen ve içmeyen kadınların gebelikte ilaç kullanma durumu ve DÖB alma sıklığı Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Gebelikte sigara içenler ile içmeyenler arasında gebelikte ilaç kullanımı (folik asit, multivitamin, demir preparatı vb.) karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bulundu ( $p=0,00$ , Tablo 4-10).

Gebeliğinde sigara içen ve içmeyen kadınlar DÖB alma sıklığı açısından Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptandı ( $p<0,05$ ).

Gebeliğinde sigara içen grupta 4 defa ve altında DÖB alma oranının gebeliğinde sigara içmeyenlere göre daha fazla olduğu belirlendi (p=0,01, Tablo 4-10).

#### 4.2.3. Gebelerin Psikososyal Stres ve Sosyal Desteğe İlişkin Özelliklerine Göre Gebelikte Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin psikososyal stres ve sosyal desteğe ilişkin özelliklerine göre gebelikte sigara içme durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verildi.

**Tablo 4-11: Gebelerin Psikososyal Stres ve Sosyal Desteğe İlişkin Özelliklerine Göre Gebelikte Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması (N=815)**

Özellikler	Gebelikte Sigara İçenler (n=97)		Gebelikte Sigara İçmeyenler (n=718)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Eşle Birlikte Yaşama Durumu</b>						
Birlikte yaşıyor	95	97,9	715	99,6	1,572*	0,21
Ayrı yaşıyor	2	2,1	3	0,4		
<b>Sosyal Destek Durumu</b>						
Var	73	75,3	558	77,7	0,172*	0,67
Yok	24	24,7	160	22,3		
<b>Sorunlarını Eşiyle Paylaşma Durumu</b>						
Var	83	85,6	643	88,9	1,017*	0,31
Yok	14	14,4	75	11,1		
<b>Yalnız Hissetme Durumu</b>						
Yalnız hissediyorum	14	14,4	73	10,1	2,851	0,24
Bazen yalnız hissediyorum	40	41,3	269	37,5		
Yalnız hissetmiyorum	43	44,3	376	52,4		
<b>Stres Yaşama Durumu</b>						
Evet	91	93,8	667	92,9	0,015*	0,90
Hayır	6	6,2	51	7,1		
<b>Stres Sıklığı<sup>a</sup> (n=758)</b>						
Nadiren/ Bazen	74	81,3	522	78,3	0,282*	0,59
SıkSık/ Her zaman	17	18,7	145	21,7		
<b>Stres Yoğunluğu<sup>a</sup> (n=758)</b>						
Hafif	39	42,8	264	39,6	0,520	0,77
Orta	38	41,8	305	45,7		
Yüksek	14	15,4	98	14,7		

$\chi^2$ : Ki-kare testi. \* Yates düzeltilmeli ki-kare testi. <sup>a</sup>Stres yaşamayanlar alınmamıştır.

Sigara içen ve içmeyen gebelerin psikososyal stres ve sosyal desteğe ilişkin özellikleri incelendiğinde; gebelerin sigara içme durumlarına göre eşle birlikte yaşama durumu, sosyal destek durumu, sorunlarını eşiyle birlikte paylaşma durumu, yalnızlık hissi, stres yaşama durumu, yaşanan stres sıklığı ve stres yoğunluğu açısından ki-kare

analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Ancak sigara içenlerin büyük çoğunluğunda stresin varlığı dikkat çekiciydi ( $p>0,05$ , Tablo 4-11).

#### 4.2.4. Gebelerin Pasif İçicilik ve Eşlerinin Sigara Kullanma Özelliklerine Göre Gebelikte Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin pasif içicilik ve eşlerinin sigara kullanma özelliklerine göre gebelikte sigara kullanma durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguları verildi.

**Tablo 4-12: Gebelerin Pasif İçicilik ve Eşlerinin Sigara Kullanma Özelliklerine Göre Gebelikte Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması (N=815)**

Özellikler	Gebelikte Sigara İçenler (n=97)		Gebelikte Sigara İçmeyenler (n=718)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelikte Eşinin Sigara Kullanma Durumu</b>						
Var	81	83,5	309	43,0	54,775*	<b>0,00</b>
Yok	16	16,5	409	57,0		
<b>Eşinin Sigara İçme Adedi (günde) (n=390)</b>						
20 adet altı	40	49,4	167	54,0	0,560	0,45
20 adet ve üzeri	41	50,6	142	45,0		
<b>Eşinin Sigara İçme Süresi (yıl) (n=390)</b>						
14 yıl ve altı	41	50,6	173	56,0	0,747	0,38
15 yıl ve üzeri	40	49,4	136	44,0		
<b>Yanında Sigara İçilme Durumu</b>						
Evet	82	84,5	439	61,1	19,279*	<b>0,00</b>
Hayır	15	15,5	279	38,9		

$\chi^2$ : Ki-kare testi. \*Yates düzeltilmeli ki-kare testi.

Çalışmaya katılan kadınların gebelikte sigara içme durumlarına göre pasif içicilik ve eşinin sigara kullanma özellikleri incelendiğinde; gebeliğinde sigara içen ve içmeyen kadınlar gebelikte eşinin sigara kullanma durumu, eşinin günlük sigara içme miktarı, eşinin sigara içme süresi ve yanında sigara içilme durumuna göre ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gebelikte eşinin sigara kullanma durumu ve yanında sigara içilmesinin dışında diğer özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ). Gebelikte sigara içen kadınlarda eşin sigara içme

oranının gebeliğinde sigara içmeyenlere göre çok daha fazla olduğu belirlendi ( $\chi^2=54,775$ ,  $p=0,00$ ). Gebeliğinde sigara içen ve içmeyen kadınlar gebelikte yanında sigara içilme durumuna göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı ( $p<0,001$ ). Gebelikte sigara içen kadınların, yanında sigara içme oranının gebeliğinde sigara içmeyenlere göre çok daha fazla olduğu belirlendi ( $\chi^2=19,279$   $p=0,00$ , Tablo 4-12).



## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma gebelikte sigara kullanma oranını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır. Gebelerin sosyo-demografik, obstetrik-jinekolojik ve sigara içme özelliklerini içeren soru formu ile elde edilen bulgular literatür bilgileri ile tartışılmıştır.

### 5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine, Sigara İçme Oranına, Sigaranın Zararlarını Bilme Düzeylerine ve Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Daha fazla gebeye ulaşmak için çalışma aynı bölgedeki iki kurumda yapılmıştır. Her iki sağlık kurumuna başvuran gebelerin sosyo-demografik verileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamış olması benzer yapıya sahip daha büyük bir gebe grubuyla çalışılmasına olanak sağlamıştır.

Bu bölümde gebelerin sosyo-demografik özelliklerine, sigara içme oranına, sigaranın zararlarını bilme düzeylerine ve sağlık çalışanlarının yaklaşımlarına ilişkin bulguları literatür ışığında tartışılmıştır.

#### 5.1.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması

TNSA 2013 verilerine göre 15-49 yaş grubu kadınların %34,6'sı ilkokul mezunudur. Marakoğlu ve Sezer (2003)'in çalışmasında %64, Semiz ve ark. (2006)'nın çalışmasında %67,3, Marakoğlu ve Erdem (2007)'in çalışmasında bu oran %58,67'dir. Yapılan çalışmalarda gebelerde eğitim durumu değerlendirildiğinde ilkokul mezunu olanların çoğunlukta olduğu gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda da gebe kadınlar en son bitirilen okulu %30,9 oranında ilkokul olarak ifade etmiştir. Buna göre ülkemizde ilkokul mezunu oranı oldukça yüksektir ve elde edilen veriler literatür ile benzerdir.

Semiz ve ark. (2006)'nın çalışmasında gebelerin %79,1'i 21-35 yaş arasındadır. Çalışmamızda gebelerin %83,1'i 21-35 yaş arasındadır. Buna göre kadınların gebe kaldıkları yaş en çok 21-35 yaş arasındadır ve her iki çalışmada da elde edilen veriler benzerdir.

TNSA 2013 verilerine göre kadınların %55,6'sının, Marakoğlu ve Sezer (2003)'in çalışmasında gebelerin %89,2'sinin ekonomik durumu orta-yetersizdir. Bu çalışmada ise geliri giderine denk-yetersiz olanların oranı %76,1 olarak bulunmuştur.

Yapılan bu çalışmalarda gebelerin en az yarısından fazlasının ekonomik sıkıntı yaşadığı, üstelik bu oranın bölgelere göre daha da arttığı gözlenmektedir.

TNSA 2013'e göre evlilik dışında çocuk doğurmak Türkiye'de yaygın değildir. Buna benzer olarak çalışmamıza katılan gebelerin %0,6'sı bekadır ve elde edilen veriler benzerdir.

TNSA 2013'e göre kadınların %10,5'inin sosyal güvencesi yoktur. Bizim çalışmamızda ise gebelerde bu oran %14'tür. Elde edilen veriler benzer özelliktedir; fakat ülkemizde sağlık bakanlığı gebeliğe ait sağlık harcamalarını karşılamaktadır (TNSA 2013).

TNSA 2013 verilerine göre kadınların %31'i, Semiz ve ark. (2006)'nın çalışmasında gebelerin %7,8'i çalışmaktadır. Bizim çalışmamızda ise gebe kadınların %16,5'i çalışmaktadır. Veriler arasındaki bu farkın bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir.

### **5.1.2. Gebelerin Sigara Kullanma Oranına İlişkin Bulgularının Tartışılması**

Türkiye'de kadınlarda gebelik öncesi sigara kullanma konusunda yapılmış çalışmalara bakıldığında kadınlarda sigara içme oranının %13,7-%23,9 aralığında olduğu gözlenmiştir (Semiz ve ark. 2006; Saka ve ark. 2008; Aslaner 2008; Durualp ve ark. 2011; Şengezer ve ark. 2014). Smedberg ve ark. (2014)'nın çalışmasında ise bu oran %35,3 olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya katılan kadınların gebelik öncesi sigara içme oranı ise %26,62'dir. Çalışmamızda gebelikte sigara kullanma oranı %11,9'dur. Türkiye'de gebelerde sigara içme konusunda yapılan çalışmalara bakıldığında ise gebelikte sigara kullanma oranının %6,8-%28 aralığında olduğu görülmektedir (Balkaya ve ark. 1997; Marakoğlu ve Sezer 2003; Demirkaya 2004; Semiz ve ark. 2006; Marakoğlu ve Erdem 2007; Kısacık 2007; Doğu ve Ergin 2008; TNSA 2008; Altıparmak ve ark. 2009; Ergin ve ark. 2010; Şahin ve Kılıçaslan 2010; Durualp ve ark. 2011; Özkan 2012; Günaydın 2013; Mutlu ve Saraçoğlu 2014). Bu çalışma sonucunda bulunan sigara içme oranı Türkiye'de yapılmış diğer çalışmalarda bulunan gebelikte sigara içme oranları aralığında yer almaktadır.

Gebelikte günlük içilen sigara adedinde hiçbir değişiklik olmadan sigara içen kadınların oranı Marakoğlu ve Erdem (2007)'in çalışmasında %2,5, Marakoğlu ve

Sezer (2003)'in çalışmasında ise %9 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu oran %2,8'dir ve Marakoğlu ve Erdem (2007)'in çalışmasıyla benzer sonuca sahiptir.

Günlük içilen sigara adedi ile gebelikte sigara kullanımı arasında ilişki olduğu yapılan literatür araştırmasında gözlenmiştir. Aktaş ve Güler (2010)'in çalışmasında sigara içen gebelerin %75'inin günlük 1-5 adet, %73,1'inin ise 6 yıl ve daha uzun zamandır sigara içtikleri gözlenmiştir. Çalışmamızda içtiği sigara adedinde hiçbir değişiklik olmadan sigara içen kadınların yarısının 5 adet ve üstünde sigara içtiği ve yine bu kadınların yarısından biraz fazlasının 4 yıl ve daha uzun zamandır sigara içtiği belirlenmiştir. Gebeliği nedeniyle içtiği sigara adedini azaltan kadınların (%34,1) yarısından çoğunun sigara kullanma süresi 10 yıl ve üzerindedir. Aynı kadınların yarısının 15 adet ve üzerinde sigara içtiği görülmüştür. Çalışmamızda elde edilen veriler literatür ile benzerdir; ancak günlük içilen sigara adedi ve sigara kullanma süresi ile gebelikte sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Bunun nedeninin gebelikte sigara kullanan gebe sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

### **5.1.3. Gebelerin Sigaranın Zararlarını Bilme Düzeylerine ve Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Aktaş ve Güler (2010)'in çalışmasında sigara içen gebe kadınların sigaranın kendilerine zarar verme konusundaki bilgi durumu sorgulandığında %69,2 oranında “bilgim yok” ifadesini kullandıkları gözlenmiştir. Cesur (2007)'un yaptığı çalışmada sigaranın gebelikte kendilerine vereceği zararlar konusunda “bilgim yok” diyen ve sigara içen gebeler %48,4 bulunmuştur. Aktaş ve Güler (2010)'in çalışmasında sigara içen gebeler sigaranın bebeklerine vereceği zararlar konusunda %44,2 oranında “bilgim yok” demiştir. Cesur (2007)'un çalışmasında sigaranın bebeklerine vereceği zararlar hakkında “bilgim yok” diyenlerin oranı sigara içenlerde %45,3'dir. Bizim çalışmamızda ise gebelikte sigara içen kadınların (%11,9) çoğu (%87,6) sigaranın zararlı olduğunu, yarısı anne sağlığına zararlı olduğunu, yarısından fazlası da bebek sağlığına zararlı olduğunu söylemektedir. Sigaranın gebeliğe olan zararlarının neler olduğu sorgulandığında ise kadınların yarısından fazlasının “bilmiyorum” cevabını verdiği gözlenmiştir. Elde edilen verilere göre kadınların sigaranın gebelikte ne gibi zararları olduğu konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıkları ve bunun diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği gözlenmiştir.

Marakoğlu ve Sezer (2003)'in Sivas'taki çalışması ile Marakoğlu ve Erdem (2007)'in Konya'daki çalışmasında gebeliğinde sigara kullananların sigara bırakma konusunda bir hekim veya bir hemşireden bırakma tavsiyesi ve desteği alıp almadıkları sorgulandığında bu tavsiyenin %62 ve %11,3 gibi düşük bir oranda olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise kadınların sigara içip içmediklerinin %75,3 oranında sorgulandığı, bu sorgulamayı %44,8 oranında ebe-hemşirelerin yaptığı ve %72,6'sının bırakmayı önerdiği görülmüştür. Sigaranın zararlarına yönelik çalışmaların ve bilgilendirmenin artması ile sağlık çalışanlarının gebelerde sigara kullanımını sorgulama ve bırakma tavsiyelerinde bir artış olduğu söylenebilir; ancak sigaranın zararlarının boyutları gözönünde bulundurulduğunda bu oranların hala düşük olduğu söylenebilir.

## **5.2. Gebelikte Sigara Kullanma İle İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde gebelikte sigara içme ile ilişkili faktörlerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

### **5.2.1. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Genç anne yaşı gebelikte sigara kullanılması ile ilişkili önemli bir sosyo-demografik risk faktörüdür. Aktaş ve Güler (2010)'in çalışmasında sigara içen gebe kadınların çoğunluğunun 20-29 yaş, Cesur (2007)'un çalışmasında ise sigara içen gebelerin %51'inin 25-34 yaş, %30'unun 15-24 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Kanada'da Erickson ve Arbour (2012) 35 yaş üstündeki kadınlarda sigara içme eğiliminin daha az olduğunu tespit etmiştir. Smedberg ve ark. (2014) 15 Avrupa ülkesinde yaptıkları çalışmada Batı Avrupa'da 20 yaş altındaki gebelerde sigara kullanımının diğerlerine göre daha fazla olduğunu bildirmiştir. Sigara kullanan gebelerin (%26,2) en çok 21-30 yaş arasında (%59,5) olduğu gözlenmiştir (Smedberg ve ark. 2014). Demirgöz ve Canbulat (2008)'a göre adölesan gebelerde sigara kullanımı yetişkinlere oranla daha yüksektir. Bizim çalışmamızda ise sigara içen gebe kadınların %59,8'inin 30 yaş ve altında olduğu gözlenmiştir. Buna göre çalışmamızda elde edilen veriler literatür bilgileri ile paraleldir ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. Gebelikte sigara içen daha kalabalık bir örneklem grubu ile çalışılması önerilir.

İlk kez tütün ve mamülü kullanma yaşı, TÜİK tarafından yapılan 2012 Sağlık Araştırması'na göre kızlarda 10 yaş altında %0,7; 10-14 yaş arasında %13,9; 15-19 yaş arasında %47,7; 20-24 yaş arasında %24,3; 35 yaş ve üstünde %2,8'dir. Çalışmamızda gebeliğinde sigara kullanan kadınların sigaraya başlama yaşı 10 yaş ve altında %3,09; 11-15 yaş arasında %15,46; 16-20 yaş arasında %45,4; 21-25 yaş arasında %26,8; 26-30 yaş arasında %6,2; 31-35 arasında ise %3,1'dir. Elde edilen veriler TÜİK ile benzerdir.

Sigara kullanımı ile ilişkili faktörlerden bir diğeri de eğitimidir. Yapılan bazı çalışmalarda (Başer ve ark. 2007; Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012, 2014) kadınlar arasında eğitim durumu yüksek olanların sigara içme oranı yüksek bulunmuştur. Gebe kadınlarda (Cesur 2007; Fenercioğlu ve ark. 2009; Aktaş ve Güler 2010; Ergin ve ark. 2010; Smedberg ve ark. 2014) eğitim durumu düşük olanlarda ise sigara içme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun nedeninin eğitim seviyesi yüksek olan kadınların sigaranın bebeklere olan zararlarını diğer kadınlara oranla daha çok bildiği düşünülebilir. Bizim çalışmamızda ise sigara içen gebelerin çoğunluğunu (%59,8) 8 yıl ve altında eğitim aldığı görülmüştür. Bununla birlikte bazı çalışmalarda (Marakoğlu ve Sezer 2003) eğitim seviyesi yüksek gebelerde sigara içme oranının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Elde edilen veriler bazı literatür verileri ile paralel iken bazıları ile paralel değildir; ancak elde edilen veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Altıparmak ve ark. (2009)'nın yaptığı çalışmada gelirin giderini karşılamadığını söyleyen gebelerde sigara içme oranı %30 iken geliri giderini karşılayan gebelerde sigara içme oranı %11,1 olarak bulunmuştur. Marakoğlu ve Sezer (2003) ile Marakoğlu ve Erdem (2007)'in çalışmasında orta ve düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olan gebelerde sigara içme oranının daha düşük olduğu bulunmuştur. Cesur (2007)'un çalışmasında çalışan gebe kadınlardaki sigara kullanma oranı ev hanımlarına göre daha düşüktür. Bizim çalışmamızda ise sigara içen gebe kadınların çoğunluğunun (%76,3) herhangi bir işte çalışmadığı ve geliri gidere denk-yetersiz olan gebe kadınlarda sigara içme oranının da grubun dörtte üçünü (%77,3) oluşturduğu gözlenmiştir. Elde edilen veriler bazı literatür verileri ile paralel iken bazıları ile paralel değildir ve istatistiksel olarak anlamlı değildir. Gebeliğinde sigara kullanan daha büyük bir örneklem grubu ile çalışılması önerilir.

Smedberg ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada sigara kullanan gebelerin yarısının sigortasız bir işte çalıştığını belirlemiştir. Sosyal güvencenin olmaması genellikle sosyo-

ekonomik düzeyin düşük olması ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmamızda sigara içen kadınların çoğunun (%86) sosyal güvencesinin olduğu gözlenmiştir. Türkiye’de 5510 nolu Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kanununun 17/04/2008 deki değişiklikle 15. Maddesi (Gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk 8 hafta ile çoğul doğumlarda ilk 10 haftalık süreye kadar olan gebelik ve analık haliyle ilgili rahatsızlık ve engellilik halleri analık hali kabul edilir.), 63. ve 67. maddeleri gereğince herhangi bir sosyal güvencesi olmayan gebe kadınlar gebelik ile ilgili tüm tahlil ve kontrollerini doğum da dahil olmak üzere ücretsiz yaptırabilmektedir ([www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr)); ancak gebelikte sigara kullanan gebelerin sigarayı bırakmaları için danışmanlık ve bakım hizmetleri bu kanun kapsamında yer almamaktadır. Yurt dışı çalışmalarda sosyal güvencenin olmaması antenatal bakım yetersizliklerine neden olabilmektedir; ancak Sosyal Güvenlik Kanunu sayesinde Türkiye’de sosyal güvence olmaması nedeniyle antenatal bakım hizmeti alamayan gebe olmadığı için sigara içme konusunda karşılaştırma yapılamamıştır.

Manisa’da Altıparmak ve ark. (2009)’ı en çok yaşanan yeri ilçe (%27,3) ve şehir (%27,8) olarak ifade eden gebelerde sigara içme oranını en çok köyde (%5,6) yaşayan gebelere göre 6,4 kat daha yüksek bulmuşlardır. Ergin ve ark. (2010)’nın çalışmasında göç eden kadınlarda günlük içiciliğin yüksek olduğu görülmektedir. Günaydın (2013)’ın çalışmasında İstanbul’daki gebelerde sigara kullanma oranı %12,3, Özkan (2012)’in çalışmasında ise %13,3 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda gebelerde sigara içme oranı %11,9 olarak bulunmuştur. Sigara içen gebelerin %53,6’sının İstanbul’a göç ettiği ve bu gebelerin %43,3’ünün 20 yıldan daha az zamandır İstanbul’da yaşadığı belirlenmiştir. Elde edilen veriler literatür ile benzerdir; ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu durumun bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir.

### **5.2.2. Gebelerin Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Smedberg ve ark. (2014) ile Cesur (2007)’un çalışmasında multipar gebe kadınlarda sigara içme oranı anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise elde edilen veriler bu çalışmalardaki veriler ile paralel özelliktedir ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

Çalışmamızda gebeliğinde sigara kullanan ve kullanmayan kadınların gebelik haftasına göre dağılımlarında gruplar arasında anlamlı fark olduğu ve gebeliğinde sigara

kullanan kadınlarda gebeliğin birinci trimesterinde bulunanların oranının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu bulundu ( $p=0,01$ ). Ancak literatürde gebelik haftası ile sigara kullanma davranışı arasındaki ilişiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanamadı.

Smedberg ve ark. (2014)'nin çalışmasında sigara içen gebelerin içmeyenlere göre antenatal bakım alma oranı daha düşüktür (%9,8). Çalışmamızda sigara içmeyen gebe kadınlar (%74,1) ve daha fazla kez antenatal bakım alırken, sigara içenlerde ise bu oran daha düşüktür (%61,9). Gebelikte ilaç kullanma durumları (folik asit, demir preparatı, multivitamin vb.) ise sigara içmeyen gebelerde %72,3 iken sigara içen gebelerde bu oran %58,8'dir ve sigara içen gebelerle gebelikte ilaç kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,00$ ). Bununla birlikte folik asit kullanımı ile gebelikte sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlemlendi ( $p=0,40$ ). Çalışmamızda elde edilen veriler ile literatür arasındaki farkın sosyo-kültürel özelliklerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Gebeliğin planlı veya istenen bir gebelik olması gebenin antenatal bakım almasını etkileyebilecek bir faktördür. Smedberg ve ark. (2014)'nin çalışmasında gebeliği planlı olmayan kadınlarda gebelikte sigara içme oranı planlı gebelik geçirenlere oranla daha yüksektir. Bizim çalışmamızda ise planlı veya istenen bir gebelik geçiren kadınlarda sigara içme oranı plansız bir gebelik geçiren kadınlarınkine oranla daha düşüktür. Elde edilen veriler literatür ile benzerlik göstermektedir ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

### **5.2.3. Gebelerin Psikososyal Stres ve Sosyal Desteğe İlişkin Özelliklerine Göre Gebelikte Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Doğu ve Ergin (2008)'in Kocaeli'nde yaptıkları bir çalışmada gebelerin %2'sinin stresle baş etme yöntemi olarak sigara içmeyi tercih ettikleri görülmüştür. Sigaranın stresle baş etme mekanizması olarak kullanılması dikkat çekicidir. Bhanji ve ark. (2011)'nin çalışmasında kadınların can sıkıntısını gidermek (%39), gerginliği azaltmak (%38) ve rahatlamak (%40) için sigaraya yöneldikleri belirlenmiştir. Ayrıca sigara kullanan kadınların %48 oranında kilo kaybı için sigara kullandıkları belirlenmiştir. Kadınların gebelikte öfke, sinirlilik, kaygı ve gerginlik hissetme gibi nedenlerden dolayı da sigara içtikleri saptanmıştır (Kısacık 2007). Bizim çalışmamızda

ise gebe kadınlar sigara içme nedenlerini sıkıntı-stres azaltma (%21,6), mutlu olma-rahatlama (%19,6), kilo kontrolü (%1), alışkanlık (%53,6) ve arkadaş ortamı (%4,2) olarak ifade etmişlerdir. Çalışmamızda elde edilen verilere göre gebelerin gebelikte sigara kullanma nedenleri literatür ile paraleldir; ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu durumun bölgesel ve kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Smedberg ve ark. (2014) 15 Avrupa ülkesinde yaptıkları çalışmada Batı Avrupa'da çalışmayan, ev hanımı olan veya yalnız yaşayan gebelerde sigara kullanımının daha fazla olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada evli ya da partneriyle birlikte yaşayan kadınlarda gebelikte sigara içme oranı evli olmayan ya da partneri ile ayrı yaşayan kadınlara oranla anlamlı derecede düşüktür. Çalışmamızda sigara içen gebelerin %97,9'unun eşiyle yaşamakta olduğu, %75,3'ünün sosyal desteğinin olduğu, %85,6'sının sorunlarını eşiyle paylaştığı ve %44,3'ünün kendini yalnız hissettiği belirlendi; ancak sigara içmeyen gebeler ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu.

#### **5.2.4. Gebelerin Pasif İçicilik ve Eşlerinin Sigara Kullanma Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Aktaş ve Güler (2010)'in Trabzon'da yaptığı çalışmada gebelik boyunca sigara içen gebelerin %75'inin eşinin de sigara içtiği, sigara içmeyenlerin ise %21,8'inin eşinin sigara içtiği görülmüştür. Kısacık (2007)'in Sivas'taki çalışmasında eşleri sigara içen gebelerde sigara içme oranı %30 iken eşi sigara içmeyenlerde bu oran %17,6 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda da yukarıdaki çalışmalara benzer olarak gebelikte sigara içen kadınların (%11,9) çoğunun (%83,5) eşinin de sigara içtiği belirlenmiştir. Elde edilen veriler literatür ile benzer özelliktedir.

Gebelikte sigara kullanmayı etkileyen faktörlerden bir diğeri de pasif içiciliktir. Altıparmak ve ark. (2009)'nın çalışmasında eşi sigara içen kadınların %24,2'si sigara kullanmakta olup bunların %75,8'i pasif içicidir. Çalışmamızda gebelerin %63,9'unun pasif içici olduğu gözlenmiştir. Sigara içen gebe kadınlarda bu oran %84,5 iken sigara içmeyen gebeler %61,1 oranında pasif içicidir. Elde edilen veriler literatür ile benzerdir ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma 815 gebe ile yürütülmüş ve çalışma sonucunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışma sonuçları incelendiğinde;

- Gebelerin %36,1'inin 26-30 yaş arasında olduğu, %30,9'unun ilkokul mezunu olduğu, eşlerinin ise %31'inin lise mezunu olduğu,
- %99,4'ünün evli olduğu ve %73,5'inin çalışmadığı,
- %76,1'inin gelirinin giderine denk-yetersiz olduğu ve %14'ünün sosyal güvencesinin olmadığı,
- Gebelerin %59,6'sının İstanbul'a göç ettiği, gebelerin en çok (%20,2) Karadeniz Bölgesi'nden göç ettiği ve %51,2'sinin 20 yıldan daha az zamandır İstanbul'da yaşadığı,
- İlk evlilik yaşının %39,8'inin 21-25 yaş arasında olduğu,
- Gebelerin %5,8'inin 2 kez evlendiği ve %52,2'sinin 4 yıl ve daha az zamandır evli olduğu,
- %45,4'nın 16-20 yaş arasında sigaraya başladığı,
- Çoğunluğunun ilk gebelik yaşının 21-30 yaş arasında olduğu (%62,4), %61,6'sının multigravida olduğu,
- Gebelerin %24'ünün şimdiki gebeliğinin plansız olduğu,
- %29,8'inin önceki gebeliklerinde komplikasyonu olduğu,
- Gebelerin %29,7'sinin en az bir kez kendiliğinden düşük yaşadığı, %9,4'ünün en az bir kez isteğe bağlı düşük yaptığı, %4,6'sının en az bir kez ölü doğum yaptığı, %4,6'sının en az bir kez erken doğum yaptığı, %1,2'sinin Mol gebelik geçirdiği, %1,8'inin çocuğunun öldüğü, %1,6'sının ektopik gebelik yaşadığı ve %1,2'sinin çoğul gebelik geçirdiği,
- Gebelerin %40,4'ünün gebelikten önce herhangi bir sağlık sorunu yaşadığı ve bunun en çok %16,3 oranında anemi olduğu,

- Gebelerin %50,6'sında gebelikte yaşanan bir sağlık sorunu olduğu ve bunun en çok %26,7 oranında anemi olduğu,
- %70,7'sinin gebelikte ilaç kullandığı; bu ilaçların %46,6 oranında demir içerikli ilaç olduğu, %34 oranında multivitamin olduğu ve %15,2 oranında folik asit olduğu,
- %39,8'inin 5-9 kez doğum öncesi bakım aldığı,
- Gebelerin %77,4'ünün sosyal destek aldıkları ve %51,4'ünün yalnızlık hissetmediği,
- %19,8'inin sık sık-her zaman stres yaşadıkları ve gebelerin %13,8 oranında yüksek düzeyde stres yaşadığını belirttiği,
- Gebelerin sigara içme oranının %11,9 olduğu,
- Gebelerin eşlerinin %47,9'unun sigara içtiği,
- Kadınların gebelik öncesinde %26,6'sının sigara kullandığı;
- Gebelerin %2,7'sinin içtikleri sigara adedinde hiçbir değişiklik olmadan gebelikte sigara içmeye devam ettikleri,
- Gebelerin %12,9'unun gebeliğini öğrenince %1,7'sinin ise gebeliği planlayınca sigara içmeyi bıraktıkları,
- %8,5'inin gebeliği öğrenince, %0,6'sının ise gebeliği planlayınca içtikleri sigara adedini azalttıkları,
- %50,6'sının hayatında hiç sigara kullanmadığı,
- Gebelerin gebelik öncesi %19,4 oranında sigarayı merak edip denedikleri ve %3,6'sının gebelikle ilgisi olmadan sigarayı bıraktıkları,
- Gebelerin %63,9'unun pasif içiciliğe maruz kaldığı ve gebelerin yanında en çok misafir (%41,7) ve akrabaların (%41,5) sigara içtikleri,
- Gebelerin %65,7'sinin sigara içilen ortamdan uzaklaştığı,
- Gebelikte içtikleri sigara adedinde hiçbir değişiklik olmadan sigara içen gebelerin %55,5'inin 4 yıl üzerinde sigara içtikleri ve %50'sinin ise 5 adet ve üzerinde sigara içtikleri,

- Gebelerin eşlerinin %54,8'inin 14 yıl ve daha kısa zamandır sigara içtikleri,
- Gebeliğinde sigarayı bırakanların %54,3'ünün 9 yıl ve daha az zamandır, %62,8 oranında günde 9 adet ve altında sigara içtikleri, %55,2'sinin en fazla 120 gündür sigara içmedikleri,
- Gebeliği planlayınca sigara kullanmayı bırakanların %57,1'inin 4 yıl ve daha uzun zamandır, %57,1 oranında günde en fazla 4 adet sigara içtikleri ve %64,3'ünün 180 günden fazla zamandır sigara içmedikleri,
- Gebeliğini öğrendikten sonra sigarayı azaltanların %59,4'ünün 10 yıldan fazla zamandır %50,8 oranında en az günlük 15 adet sigara içtikleri ve gebelikte bunu azaltarak %33,3 oranında en az 3 adet sigara içtikleri,
- Gebeliği planlayınca sigarayı azaltanların %40'ünün 15 yıldan fazla zamandır, %40 oranında günde en az 10 adet sigara içtikleri, azaltmayla birlikte %20'sinin gebeliklerinde günde en az 3 adet sigara içtikleri,
- Gebelerin %29,9'unun sigara içtiklerini gizledikleri,%4,1'inin sigara içtiğini kimsenin bilmediği,
- Sigarayı azaltan gebelerin %88,4'ünün bebeğe zararı olacağı endişesiyle sigarayı azalttıkları,
- Sigara içen gebelerin %90,4'ünün bebeğe zararı olur endişesiyle sigarayı bıraktığı,
- Sigara içen gebelerin %53,6'sının alışkanlık-bağımlılık nedeniyle sigara içtiği,
- Sigara içen gebelerin %4,9'unun çok az sigara içtikleri gerekçesiyle zararı olmayacağına inandıkları ve bunların %27,5'inin günlük en az 3 adet sigara içtiği,
- Sigara içen gebelerin %49,5'inin sigaranın anneye zararını bilmedikleri, zararlıdır diyenlerin ise %32,5'inin bu zararları tanımlayamadığı,
- Sigara içen gebelerin %69'unun sigaranın bebeğe olan zararlarını bildiği, %34,5 oranında gelişme geriliğine neden olacağına inandığı,
- Sigara içen gebelerin %43,3'ünün sigaranın gebeliğe olan zararlarını bildiği fakat %41,8 oranında bunları tanımlayamadığı,

- Sigara içen gebelerin %75,3'ünün sigara içtiklerini sağlık çalışanlarıyla paylaştığı, bu sağlık çalışanlarının %44,8 oranında ebe-hemşire olduğu, %72,6'sının sigarayı bırakmalarını önerdiği,
- Gebelikte sigara içme durumu ile gebelerin demografik özellikleri ile göre istatistiksel olarak ilişki olmadığı,
- Katılımcıların gebelikte sigara kullanma durumları ile ilk gebelik yaşı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ( $p=0,058$ ),
- Katılımcıların gebelikte sigara kullanma durumları ile gebelik sayısı, gebelik haftası, gebeliğin planlanma durumu, yaşayan çocuk sayısı açısından anlamlı fark olduğu,
- Katılımcıların gebelikte sigara kullanma durumları ile önceki gebelikte sorun yaşama durumu, ölü doğum, kendiliğinden düşük, isteyerek düşük, erken doğum, mol gebelik, ölen çocuk durumu, ektopik gebelik ve çoğul gebelik açısından fark olmadığı,
- Katılımcıların gebelikte sigara kullanma durumları ile gebelikten önce sağlık sorunu varlığı ve gebelikte yaşanan sağlık sorunu açısından fark olmadığı,
- Katılımcıların gebelikte sigara kullanma durumları ile gebelikte ilaç kullanma durumu ile doğum öncesi bakım alma sıklığının farklı olduğu,
- Katılımcıların gebelikte sigara kullanma durumları ile psikososyal özellikler açısından fark olmadığı,
- Katılımcıların gebelikte sigara kullanma durumları ile eşinin de sigara kullanma durumu ve pasif içicilik açısından fark olduğu,

**Bu araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;**

- Kadınlara gebeliği planlama aşamasında ulaşılması, sigara içme davranışı yönünden tanılanması ve sigara içmesi durumunda bırakması yönünde desteklenmesi,
- Ebelerin gebelikte sigara kullanımı yönünden risk grubundaki gebeleri gebeliğin erken dönemlerinde tespit etmesi, bu gebelere gerekli danışmanlıkların verilmesi,

- Ebelerin gebeleri gebeliğin erken dönemlerinde ve her gebe izlemde sigara kullanımını ve pasif içicilik yönünden sorgulanması,



## KAYNAKLAR

- Aktaş, S., Güler, H. (2010). Gebelik Boyunca Sigara İçiminin Perinatal Dönemde Anne ve Bebek Sağlığı Üzerine Etkisi. *Sted.* 19(3): 100-107.
- Alkan, E.A., Dikilitaş, A., Alkan, Ö., Parlar, A. (2013). Sigara ve Periodontal Hastalık İlişkisi. *Acta Odontologica Turcica*, 30(1): 49-5.
- Altıparmak, S., Altıparmak, O., Avcı, H. D. (2009). Manisa’da Gebelikte Sigara Kullanımı; Yarı Kentsel Alan Örneği. *Türk Toraks Dergisi*, 10: 20-25.
- American Cancer Society (2014). How does Smoking Affect Your Health? Erişim 08.03.2015, <http://www.cancer.org/healthy/stayawayfromtobacco/guidetoquittingsmoking/guide-to-quitting-smoking-how-smoking-affects-health>
- Aslaner, E. (2008). Adana İl Merkezinde Sigara Kullanımı ve Etkilerinin, Sigaraya ve Dumana Maruziyetin ve Tütün Kontrol Yöntemleri İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışların Telefon Surveyi İle Saptanması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyoistatistik Anabilim Dalı.
- Balkaya, N.A., Vural, G., Eroğlu, K. (2014). Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunların İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1): 6-16.
- Başer, S., Hacıoğlu, M., Evyapan, F., Özkurt, S., Kıter, G., Zencir, M. (2007). Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkinlerin Sigara İçme Özellikleri. *Türk Toraks Dergisi*, 8(3): 179-184.
- Bergmann, R. L, Bergmann K. E, Schuhmann S, Richter, Dudenhausen J. W. (2008). Rauchen in der Schwangerschaft Verbreitung, Trend, Risikofaktoren (Smoking during Pregnancy Rates, Trends, Risk Factors). *Z. Geburtsh Neonatol.*, 212: 80-86.
- Bhanji, S., Andrades, M., Taj, F., Khuwaja, A.K. (2011). Factors Related to Knowledge and Perception of Women about Smoking: A Cross Sectional Study From A Developing Country. *BMC Women’s Health*. 11:16.

Brennan, P. A., Grekin, E. R., Mednick, S. A. (1999). Maternal Smoking During Pregnancy and Adult Male Criminal Outcomes. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 215-219.

Cesur, B. (2007). Sivas İl Merkezinde Sigara İçen ve İçmeyen Annelerin ve Bebeklerinin Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Cnattingius, S., Lindmark, G., Meirik, O. (1992). Who Continues To Smoke While Pregnant. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 46: 218 – 221.

Demirkaya, B. Ö. (2004). Gebelikte Sigara İçiminin Plasenta ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. Uzmanlık Tezi. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, 1-77.

Demirgöz, M., Canbulat, N. (2008). Adölesan Gebelik. *Türkiye Klinikleri J. Med. Sci.*, 28(6).

Doğu, S., Ergin, A. B. (2008). Gebe Kadınların Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler Ve Gebelikteki Zararlarına İlişkin Bilgileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1 (1): 26-39.

Durualp, E., Bektaş, G., Ergin, D., Karaca, E. Topçu, E. (2011). Annelerin Sigara Kullanımı İle Yenidoğanın Doğum Kilosu, Boyu ve Baş Çevresi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64 (3): 119-126.

Ergin, I., Hassoy, H., Tanik, F. A., Aslan, G. (2010) Maternal Age, Educational Level and Migration: Socioeconomic Determinants For Smoking During Pregnancy In A Field Study From Turkey. *BMC Public Health*. 10: 325.

Ergeneilek, E. (2005). Sigara Kullanan Hemşirelerin Sigarayı Bırakmaya Yönelik Girişimleri ve Sonuçları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

Erickson, A. C., Arbour, L. T. (2012). Heavy Smoking During Pregnancy as A Marker for Other Risk Factors of Adverse Birth Outcomes. *BMC Public Health*, 12 (102).

Ermiş, B. (2004). Gebelikte Sigara Kullanımının Annelerin ve Yenidoğan Bebelerin Oksidan/Antioksidan Durumlarına Etkileri. Yayınlanmamış Yandal Uzmanlık Tezi.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı  
Yenidoğan Bilim Dalı.

Fergusson, D. M., Woodward, L. J., Harwood. (1998). Maternal Smoking During Pregnancy and Psychiatric Adjustment in Late Adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 721 – 727.

Fenercioğlu, A.K., Yıldırım, G., Karatekin, G., Göker, N. (2009). The Relationship of Gestational Smoking with Pregnancy Complications and Sociodemographic Characteristics of Mothers. *J. Turkish-German Gynecol Assoc*, 10:148-51.

Gilman, St. E., Breslau, J., Subramanian, S. V., Hitsman, B., Koennen, K. (2008). Social Factors, Psychopathology and Maternal Smoking During Pregnancy, *American Journal of Public Health*. 98(3): 448-453.

Günaydın, S. (2013). Maternal Obezitenin Anne ve Bebek Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı.

Higgins, St., Heil, S. H., Bader, G. J., Skelly, J. M., Solomon, L. J., Bernstein, I. M. (2009). Educational Disadvantage and Cigarette Smoking During Pregnancy. *Drug Alcohol Depend*. 1(104): 100-105.

Howe, L. D., Matijasevich, A., Tilling, K., Brion, M. J., Leary, S. D., Smith, G. D., Lawlor, D. A. (2012). Maternal Smoking During Pregnancy and Offspring Trajectories of Height and Adiposity: Comparing Maternal and Paternal Associations. *International Journal of Epidemiology*, 10: 1-11.

Karlıkaya, C., Öztuna, F., Solak, Z.A., Özkan, M., Örsel, O. (2006). Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi*, 7(1): 51-64.

Kaya, Y. Şahin, N. (2013). Kadınlarda Madde Kullanımı ve Hemşirenin Rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10 (1), 3-7.

Keleş, E. (2007). Gebelikte Sigara Kullanımının Bazı Obstetrik Durumların ve Sosyodemografik Özelliklerin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa, 13-83.

Kırımı, E., Pençe, S. (1999) Gebelikte Sigara Kullanımının Fetüs ve Plasentanın Gelişimine Etkisi, *Van Tıp Dergisi*, 6(1): 28-30.

Kısacık, G. (2007). Gebe Kadınların Sigara İçme Davranışları ve Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgilerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 1-77.

Kublay, G., Terzioğlu, F., Karatay, G. (2008). *Gebelik ve Sigara*. 1.basım, Klasmat Matbaacılık. Ankara, 7-18.

Kurt, A.S., Canbulat, N., Savaşer, S. (2013). Adölesan Dönem Cinselliğiyle Öne Çıkan Serviks Kanseri ve Risk Faktörleri. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 9(2).

Mamun, A. A., Lawlor, D. A., Alati, R., O' Callaghan, M. J., Williams, G. M., Najman, J. M. (2006). Does Maternal Smoking During Pregnancy Have A Direct Effect on Future Offspring Obesity? *American Journal of Epidemiology*, 164(4): 317-315.

Marakoğlu, K., Erdem, D. (2007). Konya'da Gebe Kadınların Sigara İçme Konusundaki Tutum ve Davranışları. *Erciyes Tıp Dergisi*, 29(1): 47-55.

Marakoğlu, K., Sezer, R. E. (2003). Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4): 157-164.

Mohsin, M., Bauman, A. E. (2005). Sociodemographic Factors Associated with Smoking and Smoking Cessation Among 426.344 Pregnant Women In New South Wales, Australia, *BMC Public Health*, 5:138.

Mortaş, T. (2013). Maternal Sigara İçiminin Plasenta Yapısı Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı.

Mutlu, L.C., Saraçoğlu, G.V. (2014). Prevalence Of Smoking During Pregnancy. *Turk J Public Health*, 12(1).

Öztuna, F. (2008). Gebelikte Sigara Bırakma Tedavisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 56(2): 232-235.

Özkan, Z. (2012). Gebelikte Uyku Kalitesinin Travay Süresi ve Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Entitüsü Ebelik Anabilim Dalı.

Passey, M. E., D' Este, C. A., Fisher, R. W. S. (2012). Knowledge, Attitudes and Other Factors Associated with Assessment of Tobacco Smoking Among Pregnant Aboriginal Women By Health Care Providers. *BMC Public Health*, 12(165): 1-10.

Rosand, G. M., Slinning, K., Gran, M. E., Roysamb, Tambs, K. (2011). Partner Relationship Satisfaction and Maternal Emotional Distress in Early Pregnancy. *BMC Public Health*, 11:161.

Russel, C. S., Taylor, R., Law, C.E. (1968) Smoking In Pregnancy, Maternal Blood Pressure, Pregnancy Outcome, Baby Weight and Growth and Other Related Factors a Prospective Study, *BritJ.Prev.Soc. Med.*22:119-126.

Saka, G., Ertem, M., Çifçi, S., Değer, V., Keskin, C. (2008). Mardin Kent Merkezinde 15 Yaş Üstü Kadınlarda Sigara İçme Sıklığı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(2): 141-146.

Scott, L. T. J., Heil, S.H., Higgins, St.T., Badger, G.J., Bernstein, I.M. (2009). Depressive Symptoms Predict Smoking Status of Pregnant Women. *NIH Public Access, Addict Behav.* 34(8): 705-708.

Semiz, O., Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S., Kılıçoğlu, SS. (2006). Sakarya'da Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuran Gebelerin Sigara İçme Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler. *Sted*, 15 (8): 149-152.

Shao, R., Zou, S., Wang, X., Feng, Y., Brannstrom, M., Victorin, E.S., Bilig, H. (2012). Revealing the Hidden Mechanisms of Smoke-Induced Fallopian Tubal Implantation. *Biology of Reproduction*, 86 (4): 131, 1-7.

Resmi Gazete (2009). Sigara Yasağı İle İlgili Başbakanlık Genelgesi. Ankara. Erişim 16.07.2014.

<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/04/20100417.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/04/20100417.htm>

Smedberg, J., Lupattelli, A., Mardby, A.C., Nordeng, H. (2014). Characteristics of Women who Continue Smoking During Pregnancy: A Cross-Sectional Study of

Pregnant Women and New Mothers In 15 European Countries. *Biomed Central*, 14: 213.

Somunoğlu, S. (2007). Meme Kanserinde Risk Faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5).

Sümer, D., Yenicesu, A.G., Boztosun, A., Çil, F., Bıyık, Y., Mutlu, A.E., Yanık, A. (2014). Benign ve Malign Endometriyal Patolojilerin Klinik ve Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36: 51-56.

Şahin, E.M., Kılıçarslan, S. (2010). Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri İle Bunları Etkileyen Etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1): 51.

Şengezer, T., Sivri, F., Dilbaz, N., Sunay, D. (2014). Ankara İli Yenimahalle İlçesinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Bireylerde Sigara Bağımlılığı ve İlişkili Risk Faktörleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 18(1): 42-48.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu (2014). *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012*. Ankara. Erişim 03.05.2015, [http://havanikoru.org.tr/dosya/Docs\\_Arastirmalar/KYTA\\_2014\\_Hd.pdf](http://havanikoru.org.tr/dosya/Docs_Arastirmalar/KYTA_2014_Hd.pdf)

T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008-2012 (2008). Ankara. Erişim 03.02.2014, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t15.pdf>

T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2015-2018 (2015). Ankara. Erişim 14.05.2015, [https://isay.icisleri.gov.tr/ortak\\_icerik/mugla/ulusal-tutun-kontrol-programi-eylem-plani-1.pdf](https://isay.icisleri.gov.tr/ortak_icerik/mugla/ulusal-tutun-kontrol-programi-eylem-plani-1.pdf)

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı. (2013). *Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Sigortalıların Hak ve Yükümlülükleri*. Ankara. Yayın No:57. Erişim 02.01.2015, [http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/581fc507-6f3d-4f8d-8c5d-0ab3dfd791da/sgk\\_hakveyukumlukler.pdf?MOD=AJPERES](http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/581fc507-6f3d-4f8d-8c5d-0ab3dfd791da/sgk_hakveyukumlukler.pdf?MOD=AJPERES)

TNSA (2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara. Erişim 04.03.2014, [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008\\_ana\\_Rapor-tr.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf)

TNSA (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara. Erişim 04.02.2015, [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf)

Tong, V.T., Dietz, P.M., England, L.J., Farr, Sh. L., Kim, Sh.Y., D'Angelo, D., Bomberd, J. (2011). Preventing Chronicle Disease. Public Health Rsearch. *Practice and Policy*, 6: 6, A 121.

Türkiye Psikiyatri Derneği Basın Bültenleri (2009). Sigarasız Bir Yaşama Doğru. Cilt:12(1): 49-53.

TÜİK (2012). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 01.04.2015, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>

TÜİK (2014). Doğum İstatistikleri, 2013. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 10.07.2014, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16048>

Üçer, H., Keten, H.S., Ersoy, Ö., Çelik, M., Sucaklı, M.H., Kahraman,H. (2014). Aile Hekimlerinin Sigara Bağımlılığı Tedavisi Konusundaki Bilgi, Tutum Uygulamaları. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 18(2): 58-62.

Üstün, C., Malatyaloğlu, E. (1990). Gebelikte Sigara Kullanımının Fetüs ve Plasenta Üzerine Etkileri. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 7(1) 43-8.

Vogazianos, P., Fiala, J., Vogazianos, M. (2005). The Influence of Active Maternal Smoking During Pregnancy on Birth Weights in Cyprus, *Cent Eur J. Publ. Health*, 13(2): 78-84.

WHO (2011). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011 Warning About the Dancers of Tobacco*. WHO Situtations Reports. Erişim: 18.09.2012. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf)

WHO (2013). *Recommendations for the Prevention and Management of Tobacco Use and Second-hand Smoke Exposure in Pregnancy*, Erişim 10.02.2015, <http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinestobaccosmokeexposure/en/>

Yılmaz, G. (2006). Sigara İçilmesinin Anne Sütü Alan ve Almayan Bebeklerin Büyümelerine, Enfeksiyon Sıklıklarına ve Bazı Antioksidan Özellikli Vitaminlerin

(Vitamin A,E,C) Serum Düzeyleri Üzerine Etkisi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1-121.



## FORMLAR

### EK 1: Etik Kurul Kararı

		FAKİ				
		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>			
		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>			
		Diğer <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
Belge Adı		Açıklama				
TÜRKÇE ETİ	<input type="checkbox"/>					
SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>					
İLAN	<input type="checkbox"/>					
BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
GÜVENLİLİK BİLDİRİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
<b>ZEYNEP KAMİL KADIN VE HASTALIKLARI EĞİTİ RAŞTI HASTANESİ</b>						
<b>İLACI İŞİ LİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK K</b>						
<b>ÇALIŞM</b>						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma İlişkisi	Adım *	İmza
		Zeynep Kamil Kadın - Çocuk Hastalıkları Eğitimi ve Araştırma Hastanesi		H	H	
		Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitimi ve Araştırma Hastanesi		H		
		Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitimi ve Araştırma Hastanesi		H	H	
		Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitimi ve Araştırma Hastanesi		H	H	
		Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitimi ve Araştırma Hastanesi		H	H	
	Enfeksiyon Hastalıkları	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitimi ve Araştırma Hastanesi		H	H	
	Tip Tarihi ve Tip	Marmara Üniversitesi		H	H	
Doç.Dr. Ahmet Özer	Halk Sağlığı	Kansil İlköğretim		H	H	

## EK 2 : İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü İzni

### PROTOKOL

#### Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Ümraniye Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Adem Yavuz Aile Sağlığı Merkezi

Çalışmanın adı: "Gebelikte ağız dışı sağlığı uygulamaları ve ilişkili faktörler"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Doç. Dr. Esma DEMİREZEN ve Ebe Pınar TARHAN

#### Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmasını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

#### Madde 3-

Anket uygulaması yapılacaksa, anketi uygulamadan önce araştırma amacı hakkında bilgi verilecek ve anket uygulanacak kişiden onay alınacaktır.

#### Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmaları aynı kişi(ler) yapacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle teahit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğünün onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecektir.

#### Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 1 yıl süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç 17/12/2012 Bitiş 17/12/2013

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü: Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

#### Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin raporu değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Bilimsel Araştırmalar Bürosuna teslim edilecektir.

c) Yürürlük bölümündeki (a) ve (b) maddelerini yerine getirilmediği takdirde toplanan veriler yayın/proje/tez ....vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

d) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kurultan onay alınacaktır.

e) Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

#### Taraflar:

18.12.2012

#### Adı-Soyadı

Prof. Dr. Haydar SUR

İstanbul Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dokan

#### OLUR

17.12.2012

Doç. Dr. Mustafa TAŞDEMİR

Halk Sağlığı Müdürü

### **EK 3: Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik-Jinekolojik ve Sigara İçme Özelliklerini İçeren Soru Formu**

Bu araştırma; gebelikte sigara içme ve ilişkili özellikleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Elde edilen sonuçlar gebelik döneminde sigara içme ihtiyacı duyan gebelerin sigara içmemeleri yönünde desteklenmesi konusundaki hizmetlerin planlamasına ışık tutacaktır. Soruların hepsini yanıtlamanız verilerin güvenilirliği ve geçerliliği açısından önemlidir. Verdiğiniz bilgiler gizli kalacak ve sadece bu bilimsel araştırma kapsamında kullanılacaktır. Araştırmaya katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

#### **A. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

##### **I. Gebeye Ait Bilgiler**

**1. Kaç yaşındasınız? .....**

**2. Eğitim durumunuz nedir?**

- 1) Okur-yazar değil    2) Okur-yazar    3) İlkokul    4) Ortaokul  
5) Lise    6) Önlisans    7) Lisans    8)Yükseklisans

**3. Mesleğiniz nedir?**

- 1) Memur    2) İşçi    3) Emekli  
4) Serbest Meslek    5) Çalışmıyor    6) Diğer.....

**4. Sağlık sigortanız var mı?**

- 1) Evet    2) Hayır

**5. Medeni durumunuz nedir?**

- 1) Resmi nikahlı    2) Dini nikahlı    3) Bekar  
4) Dul/ Boşanmış    5) Resmi ve Dini nikahlı    6) Diğer: .....

**6. Bu kaçınıcı evliliğiniz?**

- 1) 1. Evlilik    2) 2. Evlilik    3) 3. ve üstü evlilik

**7. İlk evliliğinizi kaç yaşında yaptınız?.....**

**8. Kaç yıllık evlisiniz? .....**

**9. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?**

- 1) İyi    2) Orta    3) Kötü

**10. Herhangi bir yerden İstanbul'a göç ettiniz mi?**

- 1) Evet, Nereden ?..... 2) Hayır

**11.Kaç yıldır İstanbul' da yaşıyorsunuz? .....yıldır**

## 12. Aile tipinizi nasıl tanımlarsınız?

- 1) Kocam, ben ya da kocam,ben ve çocuk/çocuklar, çekirdek aile
- 2) Büyüklerle bir arada yaşadığımız geniş aile
- 3) Evimiz ayrı; ancak sürekli aile büyükleri ile birlikteyiz, önemli kararları birlikte alırız.
- 4) Diğer .....

## **II. Eşine Ait Bilgiler**

### 1. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- |                     |               |            |                |
|---------------------|---------------|------------|----------------|
| 1) Okur-yazar değil | 2) Okur-yazar | 3) İlkokul | 4) Ortaokul    |
| 5) Lise             | 6) Önlisans   | 7) Lisans  | 8)Yükseklisans |

### 2. Eşinizin mesleği nedir?

- |                   |               |               |
|-------------------|---------------|---------------|
| a) Memur          | b) İşçi       | c) Emekli     |
| d) Serbest Meslek | e) Çalışmıyor | f) Diğer..... |

## **B. TIBBİ VE GESTASYONEL ÖZELLİKLER**

### 1. İlk kez kaç yaşında gebe kaldınız?.....

### 2. Kaç haftalık gebesiniz? ..... Haftalık (Son Adet tarihi - SAT).....

### 3. Gebeliğiniz planlı - isteyerek mi oldu? 1) Evet 2) Hayır

### 4. Kaçınıcı gebeliğiniz ? ..... gebelik (1. Gebelik ise 8. Soruya geçiniz.)

### 5. Kaç çocuğunuz hayatta? ..... çocuk

### 6. En küçüğü kaç yaşında ? .....yaşında

### 7. Daha önceki gebeliklerinizde aşağıdakilerden hangilerini yaşadınız (birden fazla işaretleyebilirsiniz)?

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1) Ölü doğum.....kez        | 2) Kendiliğinden düşük...kez |
| 3) İsteyerek kürtaj.... kez | 4) Erken doğum.....kez       |
| 5) Diğer.....               | 6) Sorun yaşamadım.          |

### 8. Gebelik öncesi **tanı konmuş** bir rahatsızlığınız var mı (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?

- |  |                      |                   |
|--|----------------------|-------------------|
| 1) Kan (Rh) uyuşmazlığı  | 2) Böbrek hastalığı  | 3) Kalp hastalığı |
| 4) Guatr hastalığı   | 5) Şeker Hastalığı   | 6) Kansızlık      |
| 7) Yüksek tansiyon   | 8) Adet düzensizliği | 9)Astım / Bronşit |
| 10)Psikiyatrik/Ruhsal sorunlar(Depresyon,Anksiyete boz.,Panik atak vb) |                      |                   |
| 11) Diğer.....   | 12) Hastalığım yok   |                   |

**9. Gebelik ile birlikte ortaya çıkan bir rahatsızlığınız var mı (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?**

- 1) Kan (Rh) uyuşmazlığı      2) Böbrek hastalığı      3) Kalp hastalığı  
 4) Guatr hastalığı      5) Şeker Hastalığı      6) Kansızlık  
 7) Yüksek tansiyon      8)Psikiyatrik/Ruhsal sorunlar(Depresyon,Ankisyete boz.,Panik atakvb)  
 9)Astım / Bronşit      10) Hastalığım yok      11) Diğer.....

**10. Sürekli kullandığınız ilaç var mı (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?**

- 1) Vitamin ilacı      2) Kansızlık ilacı      3) Tansiyon ilacı  
 4) Şeker ilacı      5) Folik asit      6) Guatr-Troid ilacı  
 7) İlaç kullanmıyorum      8) Diğer.....

**C. ANTENATAL BAKIM ALMA DURUMU**

**1. Bu gebelikte muayene için kaçınıcı haftada, ilk nereye gittiniz?**

.....hafta.....gittim.

**2. Hamile olduğunuzu öğrendikten sonra bugüne kadar kaç kez kontrole gittiniz?..... kez**

**D. EŞ/ PARTNER/SOSYAL DESTEĞE AİT ÖZELLİKLER**

**1. Eşiniz ya da partneriniz ile birlikte yaşama durumunuz nedir?**

- 1) Aynı evde yaşıyoruz      2) Ayrı evlerde yaşıyoruz  
 3) İş vb. nedenlerden dolayı ayrı yaşıyoruz      4) Diğer.....

**2. Eş/partneriniz dışında ihtiyacınız olduğunda çevrenizde öneri ve destek alabileceğiniz kişiler var mı?      1) Evet      2) Hayır**

**3.Eş/partnerinizle her şeyi paylaşabildiğiniz yakın bir ilişkiniz var mı?**

- 1) Evet      2) Hayır

**4. Kendinizi yalnız hissediyor musunuz?      1) Evet      2)Bazen      3) Hayır**

**E. PSİKOSOSYAL STRES DURUMUNA AİT ÖZELLİKLER**

**1.Günlük yaşamınızda iş, aile, eş, gebelikteki değişimler, sağlık sorunlar, günlük olaylar vb. nedenlerden dolayı ne sıklıkta stres yaşıyorsunuz?**

- 1) Hiç bir zaman      2)Nadiren      3) Bazen      4) Sık Sık      5) Her zaman

**2. Yaşadığınız stres yoğunluğunu nasıl tanımlarsınız?**

- 1) Hiç/Stres sayılmaz      2)Hafif düzeyde      3)Orta derecede  
 4) Yoğun stres      5) Çok yoğun stres

**F. SİGARA İÇME DAVRANIŞI VE PASİF İÇİCİLİK DURUMU**

**1. Eşiniz sigara kullanıyor mu ? a) Evet..... adet/günde .... yıldır içiyor      b) Hayır**

**2. Yanınızda kimler sigara içiyor, birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz?**

- 1) Eş      2) Misafir      3) Akraba  
 4) İş arkadaşları      5)Yanımda sigara içilmiyor (4. Soruya geçiniz)

### 3. Yanınızda sigara içilmesine karşı tepkiniz ne oluyor?

- 1) Sigara içilmesi beni rahatsız etmiyor, kalıyorum.
- 2) Sigara içilmesi beni rahatsız etmiyor, kalıyorum, bende içiyorum.
- 3) Sigara içilmesi beni rahatsız ediyor, ortamdan ayrılıyorum.
- 4) Beni rahatsız etmiyor ancak; bebeğin sağlığı için ortamdan ayrılıyorum.
- 5) Sigaradan rahatsız oluyorum; fakat mecburen aynı ortamda kalıyorum.

### 4. Sigara içiyor musunuz?

- 1) Evet .....yıldır günde ..... adet sigara içiyorum.
- 2) ..... yıldır günde..... adet sigara içiyordum; fakat hamile kaldığımı **öğrenince**..... haftalık gebeyken bıraktım..... aydır/gündür sigara içmiyorum.
- 3) .....yıldır günde.....adet sigara içiyordum; fakat hamile kalmayı **planlayınca** bıraktım.....aydır/gündür sigara içmiyorum.
- 4) Evet .....yıldır günde ..... adet sigara içiyordum; fakat hamile kaldığımı **öğrenince** günde ..... adet içiyorum. Azalttım.
- 5) Evet .....yıldır günde ..... adet sigara içiyordum; fakat hamile kalmayı **planlayınca** günde ..... adet içiyorum. Azalttım.
- 6) Hayatımda hiç sigara içmedim (Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz. )

### 5. Gebelikte sigara içtiğinizi kimler biliyor, birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz?

- |                                  |               |                 |
|----------------------------------|---------------|-----------------|
| 1.Kimse bilmiyor, gizli içiyorum | 2.Eşim        | 3.Eşimin ailesi |
| 4.Kendi ailem                    | 5.Akrabalarım | 6.Arkadaşlarım  |
| 7.Diğer:.....                    |               |                 |

### 6. Gebelikle birlikte sigarayı azaltdıysanız ya da tamamen bıraktıysanız aşağıdaki durumlardan hangisi/hangileri size uygun, birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Gebelikte sigara midemi bulandırdığı için azaltdım/bıraktım
2. Gebelikte sigara dumanı midemi bulandırdığı için azaltdım/bıraktım
3. Bebeğime zarar verebileceği için canım çekmesine rağmen azaltdım/bıraktım
4. Hamileyken sigaradan tat/keyif alamadığım için azaltdım/bıraktım

### G. SİGARAYA İLİŞKİN ALGI

#### 1. Sigara içme nedeniniz nedir?

- |   |   |
|---|---|
| 1) Sıkıntımı/stresimi azaltıyor.        | 2) Mutlu oluyorum/rahatlıyorum                      |
| 3) Kilo almamı engelliyor/zayıflatıyor. | 4) Zararlarını biliyorum fakat içmeden yapamıyorum. |
| 5) Diğer:.....                          |   |

