T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

GEBELERDE SİGARA İÇME DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SİGARANIN ZARARLARI KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN TESPİTİ

Dr. Dursun Erol AFŞİN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Leyla SAĞLAM

ERZURUM-2018

T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İLGİ: 11.05.2018 tarih ve 42190979-204.01.02-E.1800145196 sayılı yazınız.

TIPTA UZMANLIK TEZ SAVUNMASI TUTANAĞI

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta uzmanlık öğrencisi Araş.Gör.Dr. Dursun Erol AFŞİN'in " Gebelerde Sigara İçme Durumunun Değerlendirilmesi ve Sigaranın Zararları Konusunda Bilgi Düzeylerinin Tesbiti" konulu tezini incelemek üzere oluşturulan tez jürisine üye olarak seçildiğimizin ilgi yazınızla bildirilmesi üzerine jüri üyeleri , 17.05.2018 tarihinde toplanmış ve ilgili öğrenci tez savunmasına alınmıştır.

Tıpta Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. Maddesi gereğince yapılan tez savunmasının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezi jüri üyelerince oy birliği oy çokluğu ile kabul edilmiştir.
Bilgilerinize arz ederiz.

Prof.Dr.Leyla SAĞLAM
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Prof.Dr. Metin AKGÜN
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Dr.Öğr.Üyesi Aysel ERDOĞAN
Erzincan Üniversitesi Göğüs Hastalıkları
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR DIZINI ..... **III**
TEŞEKKÜR ..... **IV**
ÖZET ..... **V**
ABSTRACT ..... **VII**
1. GİRİŞ **1**
2. GENEL BİLGİLER **2**
2.1. Sigara Tarihçesi 2
2.2. Sigara Epidemiyolojisi 3
2.3. Sigara Kullanımının Dünyada ve Ülkemizde Yaygınlığı 4
2.4. Tütün Kullanımının Ülkelere Göre Yaygınlık Durumu 4
2.5. Kadınlar Arasında Sigara Kullanımı 8
2.6. Gebelikte Sigara Kullanımı 8
2.7. Pasif Sigara İçiciliği 8
2.8. Sigaranın Zararları 9
2.9. Sigaranın Kadın Sağlığına Etkileri 11
2.10. Sigaranın Kadın Üreme Sağlığına Etkileri 11
2.11. Gebelikte Sigara İçmenin Anneye Olan Etkileri 12
2.11.1. Birinci Trimesterdaki Etkileri 12
2.11.2. İkinci ve Üçüncü Trimesterdaki Etkileri 13
2.11.3. Gebelikte Sigara İçmenin Fetüs Sağlığına Etkileri 13
2.12. Gebelikte Sigara Kullanımı İle İlişkili Faktörler 13
2.13. Nikotin Bağımlılığı ve Değerlendirilmesi 14
3. MATERYAL VE METOT **16**
3.1. Araştırmanın Amacı 16
3.2. Araştırmanın Tipi 16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 16
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanmasında İzlenen Yol 16
3.5. Araştırmanın Etik Yönü 17
3.6. Verilerin İstatistiksel Açıdan Değerlendirilmesi 17
3.7. Araştırmanın Bütçesi 17

4. BULGULAR 18
5. TARTIŞMA 29
6. SONUÇLAR 37
KAYNAKLAR 40

TABLOLAR DIZINI

Tablo 1. Tütünün dünyadaki kullanım oranları 2011 raporu. 4
Tablo 2. Tütüne bağlı ölüm oranları 5
Tablo 3. Ülkemizde kadınlarda sigara kullanımı yaş aralıkları 7
Tablo 4. Katılımcıların (N=500) sosyodemografik özellikleri 18
Tablo 5. Sigara içenlerin eşlerinin sosyodemografik özellikleri 19
Tablo 6. Gebelerin sigara içme durumu 20
Tablo 7. Gebelık sayısı 20
Tablo 8. Sigara içme ile yaş ortalamaları arasındaki ilişki 20
Tablo 9. Gebelikte sigara içme durumu ve sigaraya maruziyet 21
Tablo 10. Gebelik süresince ve doğumda yaşanılan sorunlar 22
Tablo 11. Düşük tehdidi veya erken doğum tehdidi yaşadınız mı? 22
Tablo 12. Doğum Şekli 23
Tablo 13. Sigara içmenin bebek ve anneye zararı olduğunu düşünüyor musunuz?.. 23
Tablo 14. Sigara içmenin anne ve bebek üzerine etkileri 24
Tablo 15. Katılımcıların FNBT sonuçları 25
Tablo 16. Sigara içme ile eğitim durumu arasındaki ilişki 25
Tablo 17. Sigara içme ve meslek ilişkisi 26
Tablo 18. Sigara içme ile yaşanılan yer arasındaki ilişki 26
Tablo 19. Sigara içme ile aylık gelir arasındaki ilişki 27
Tablo 20. Sigara içme ile eşinin mesleği arasındaki ilişki 27
Tablo 21. Sigara içme ile eşinin sigara içme durumu arasındaki ilişki 28
Tablo 22. Sigara içme ile sosyal güvence durumu arasındaki ilişki 28

TEŞEKKÜR

Tezimin düşünce aşamasından itibaren yardımlarını esirgemeyen, her aşamasında bana yol gösteren, bilgi ve tecrübesi ile katkıda bulunan, değerli tez hocam Sayın Prof. Dr. Leyla SAĞLAM'a sonsuz teşekkür ederim. Desteği ve katkıları nedeniyle Doç.Dr. Elif YILMAZEL UÇAR'a, destekleri ve güleryüzleri için tüm değerli Hocalarıma, her aşamasında yardımlarını esirgemeyen Dr. Gökburak ATABAY'a, Dr.Buğra KERGET'e diğer asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dr. Dursun Erol AFŞİN

ÖZET

Gebelerde Sigara İçme Durumunun Değerlendirilmesi ve Sigaranın Zararları Konusunda Bilgi Düzeylerinin Tespiti

Sigara kullanımı, dünyadaki ölüm nedenleri arasında ikinci sırayı almakta ve ortalama olarak yılda 5,4 milyon kişi sigara nedeniyle ölmektedir. Gelişmiş toplumlarda sigara tüketiminde hızlı bir azalma yaşanırken, gelişmekte olan ülkelerde ise sigara tüketimi giderek artmıştır. Yüksek refah düzeyindeki kadınlar düşük refah düzeyine sahip kadınlara göre daha fazla sigara kullanmaktadırlar. Doğurganlık durumu göz önüne alındığında, halen gebe olan her on kadından biri sigara içmektedir. Ülkemizde gebe kadınlarda sigara içme durumlarını yansıtacak yeterli sayıda çalışma yoktur. Bir toplumda kadın popülâsyonunda sigara tüketiminin artması, sigaradan kaynaklanan gebelik ile ilgili risklerin de artmasına neden olmaktadır.

Gebelik sırasında sigara içimi sadece doğum öncesi olumsuz olaylar değil aynı zamanda önemli doğum sonrası sorunlar ile de ilgilidir. Pek çok kadın hamileliliği sırasında sigara içmekte ve sigarayı bırakmış olan pek çok kadın da doğum sonrasında sigara içmeye tekrar başlamaktadır. Sigara, fetüs ve anne sağlığını olumsuz yönde etkileyen çok önemli ancak önlenebilir bir nedendir. Bu çalışmada gebelerde sigara içme durumunun değerlendirilmesi ve sigaranın zararları konusunda bilgi düzeylerinin tespiti amaçlanmıştır.

Kesitsel nitelikteki gebelerde yapmış olduğumuz çalışmanın evrenini Erzurum İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden alınan veriler doğrultusunda Erzurum il merkezinde yaşayan 14.030 gebe oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, sigara içme prevalansı %9 olarak alınarak, %99 güven aralığında 428 kişi olarak hesaplanmıştır (Epi Info programı). Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenlerin yerine yedek grup seçilerek örneklem büyüklüğünün tamamlanması hedeflenmiştir. Veriler gebelerin sosyodemografik özelliklerini ve sigara içme durumlarını sorgulayan bir anket formu aracılığı ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Olası analiz teknikleri arasında ki-kare bulunmaktadır. Verilerin istatiksel değerlendirmesinde SPSS 20 versiyon paket programı kullanılmıştır.

Çalışmamıza 500 gebe katılmış olup, katılımcıların sigara içme durumlarına bakıldığında ise 60'ının (%12,0) sigara içmekte olduğu görüldü. Sigara içen katılımcıların gebelik öncesi sigara içme durumlarına bakıldığında 83' ünün gebelik öncesi sigara içtiği, bunlardan 26'sının gebelikte sigara içmeyi bıraktığı, 57'sinin de gebelik süresince sigara içmeye devam ettiği görüldü. Gebelik öncesi sigara içme öyküsü olmayan üç kişinin de gebelikte sigara içmeye başladığı tespit edildi. Katılımcıların gebelikte sigara içme durumları sorgulandığında ise 60'ının gebelikte sigara içtiği görüldü.

Bu araştırma ve son dönemlerde yapılan diğer bazı araştırmaların sonuçları doğrultusunda dünyada ve ülkemizde gebe kadınlar arasında sigara içiminin önemli bir sorun olarak ele alınması gerekmektedir. Kadınlar arasında gebelikte veya gebelik öncesi ve sonrası dönemde sigara kullanımının hala yaygın olması ciddi bir halk sağlığı sorunu olup yeni nesillerin sağlığını tehdit etmekte ve bu konudaki çalışmaların daha aktif olması gerektiğini göstermektedir. Gebelikte sigara kullanımı; gebenin ve eşinin eğitim durumu, eşinin sigara kullanımı, ailenin sosyo-demografik özellikleri ile sigaranın zararları konusunda bilgi düzeyleri ilişkilendirilmiştir. Elde edilen verilere göre kadınların sigaranın gebelikte ne gibi zararları olduğu konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bunun diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği gözlenmiştir.

Gebelikte sigara kullanımı ile ilişkili faktörler sorgulanıp gerekli danışmanlık hizmetleri ve eğitimler verilerek; sigara kullanımının önlenebileceği ve bu sayede sigaranın anneye, bebeğe ve gebeliğe olan riskleri azaltılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: sigara alışkanlığı, gebelik, risk

ABSTRACT

Assessing the Smoking Status of Pregnancies and Determining the Level of Knowledge About the Harms of Cigarettes

Cigarette smoking is the second most common cause among the causes of death in the World and approximately 5.4 million people die due to the smoking every year. Although cigarette smoking has being rapidly decreased in developed countries, it is continuously increasing in underdeveloped countries. The rate of smoking habit in women with high level of welfare is higher than low level ones. Considering that the productivity, currently one of every ten pregnant women are smoke rs. There is no adequate number of study reflecting the smoking behaviours of pregnant women in our country. Increasing rate of smoking in women, causes the increase of pregnancy-related risks in any population

Smoking during pregnancy is related to not only adverse events before delivery, but also important problems after delivery. Many women smoke during pregnacy and also many women who already given up, restart smoking after delivery. Cigarette, is very important but preventable cause that adversely affecting both fetus and mother's health. In this study, it was aimed to evaluation of the smoking behaviours of pregnant women and definition of their level of knowledge about harmful effects of smoking.

The main population of this study is composed of the data taken from Erzurum Public health ministry derived from 14030 pregnant women living in Erzurum city centre. The size of sampling was measured as 428 person by considering the prevelance of smoking as 9% in 99% confidence interval (Epi info programme). Pregnant women who refused to enter study were replaced from replacement sample group by the aim of maintenance of sample size. Data were collected by using an anquette form evaluating social-demografic features and smoking behaviours by face to face technique. Possible analysis techniques include student chi-square test. Statistical analysis of the data was performed by using SPSS 20 version pack programme.

Five hundred pregnant women which 60 (12%) of whom are smokers, participated to this study. By the evaluating of pre-pregnancy smoking behaviours of participants, it was seen that 83 of the participants were smokers in pre-pregnancy period and 26 of them gave up in pregnancy period whereas 57 of them carried on smoking and 3 of them started to smoke during pregnancy. Totally 60 participants were smokers during pregnancy.

According to the results of this study and recently performed other studies, smoking habit in pregnant women should be considered as an important issue in our country and in the World. Smoking habit among the women in pre, during and post pregnancy period is still common, and this situation is a serious public health problem that threatening the health of next generations. So, this issue necessitates active efforts in this area. Smoking during pregnancy is related to education level of pregnant and her spouse, smoking habit of partner, and social and demographic features of the family. According to the data derived from this study, it was observed that women do not have enough information about the risks and harmful effects during pregnancy as similar to the other studies.

It is thought that by searching of the factors related to smoking during pregnacy and providing necessary consulting trainings and services, tobacco use could be prevented. By virtue of this, the maternal, neonatal, and antenatal risks by smoking can be reduced.

Keywords: smoking habit, pregnancy, risk

1. GİRİŞ

Sigara kullanımı, dünyadaki ölüm nedenleri arasında ikinci sırada gelmektedir ve WHO verilerine göre yılda 5,4 milyon kişi sigara nedeniyle ölmektedir. Dünyada önlenebilir ölümlerin en önemli nedenidir (1).

Bir toplumda kadın popülasyonunda sigara tüketiminin artması, sigaradan kaynaklanan gebelik ile ilgili risklerin de artmasına neden olmaktadır (2).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (TNSA-2008) sonuçlarına göre; kentsel alanlarda yaşayan kadınlarda sigara içme oranı daha yüksek olduğu, eğitim düzeyi arttıkça sigara içmenin de arttığı; lise mezunu kadınlar için (%44) sigara kullanma oranının, en düşük eğitim seviyesine göre (%21) daha fazla olduğu görülmektedir. Benzer şekilde yüksek refah düzeyindeki kadınlar düşük refah düzeyine sahip kadınlara göre daha fazla sigara kullanmaktadırlar. Doğurganlık durumu göz önüne alındığında, halen gebe olan her on kadından biri sigara içmektedir (3).

Gebelik dönemindeki çeşitli davranış ve deneyimler, gebelik öncesinde, sırasında ve sonrasında olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmiştir. Sigara, fetüs ve anne sağlığını olumsuz yönde etkileyen çok önemli ancak önlenebilir bir nedendir (4). Gebelik sırasında sigara içimi sadece doğum öncesi olumsuz olaylar değil aynı zamanda önemli doğum sonrası sorunlar ile de ilgilidir. Pek çok kadın hamileliliği sırasında sigara içmekte ve sigarayı bırakmış olan pek çok kadın da doğum sonrasında sigara içmeye tekrar başlamaktadır (5, 6).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sigara Tarihçesi

Tütün, patlıcangiller (solanaceae) familyasından “nicotiana” cinsi içerisinde bulunan bir bitkidir. Tütünü diğer bitkilerden ayıran en önemli özelliği nikotin ihtiva etmesidir ve nikotin kökte sentezlenerek tütün bitkisinin yapraklarında biriken, keyif verici ve bağımlılık yapıcı bir organik azotlu alkoloiddir (7).

Avrupalılar kıtaya gelmeden önce Amerikan yerlileri tütün kullanmaktaydılar. İlk Avrupalı yerleşimciler tütün kullanmayı kızılderililerden öğrendiler ve tütünü daha sonra gittikçe popüler hale geleceği Avrupa'ya taşıdılar. Amerikan yerlileri arasında tütün eğlence amacıyla değil ayinlerinde ve ancak deneyimli şamanlarınca dini amaçlarla kullanmalarına karşın Avrupalılar tütünü eğlence ve vakit geçirme maksadıyla yaygınlaştırdılar. Tütün aynı zamanda Amerika'nın güneyinin hızla sömürgeleştirilmesine de neden olmuştur. İlk sömürge yayılımının sonrasında tütün üretimini arttırma isteği de bulunmaktaydı. Avrupalılar Amerika'ya getirdikleri zenci kölelerle tarım arazilerinde tütün ekimi yapmaya başladılar. Tütün 1500 yıllarında Antillerden İspanyol gemicileri vasıtasıyla İspanya'ya ve oradan Avrupa'ya yayılmıştır. Anadolu'ya ise Osmanlı İmparatorluğu zamanında (1605) Venedikli tüccarlar tarafından sokulmuş ve kullanılışı kısa bir zamanda yaygınlaşmıştır. Halk tarafından tütünün nicotiana olarak adlandırılmasının sebebi Avrupa’ya tütünün yayılımı aşamasında Fransa’nın Portekiz büyükelçisi Jean Nicot’un kraliçeye tütünü ilaç gibi lanse etmesi ve böylece kraliçe ve halk tarafından tütünün ilgi görmesinden dolayıdır (8). Tütün üretim ve kullanımı Avrupa‟da giderek artmış, İtalya’da aristokratik bir meziyet olarak görülmüş, İspanya, Portekiz, İngiltere ve Fransa tarafından Amerika’daki sömürgelerinde tütün üretimi yaygınlaştırılmış, 1600’lü yıllarda Japonya’ya uzanmış, kutsal çayın yanında ikramı mecburi hale gelmiştir. 1844 yılında Fransa’da yapılan ilk sigaralar büyük rağbet görmüş, 1881 senesinde ilk sigara üretim makinesi ABD’de kullanılmıştır. Sigara endüstrisinin dev firması R.J.Reynold ilk ürününü 1913 tarihinde piyasaya sunmuştur. Amerika kıtasında 1862’de ilk kez sigaradan vergi tahsis edilmeye başlanmıştır (9).

Birinci ve İkinci Dünya Savaşları ile birlikte sigara tüketimi daha da artmış ve dünyada yetişkin nufusun yaklaşık yüzde 60-80'i sigara içer duruma gelmiştir (10).

Tütünün ülkemize girişinin tarihi 1500"lü yıllarda Mısır"a dayanmaktadır. Peçevi İbrahim Efendi"nin 1520-1640 yılları arasındaki olaylardan bahseden "Peçevi Tarihi" adlı eseri ile Hezarfen Hüseyin Efendi"nin "Telhisü"l-Beyan Fi Kavanin-i Al"i Osman" isimli kitabında yer aldığını Tütünün ilk kez İstanbul"a girişinin İngiliz, İtalyan, İspanyol gemici ve tacirleri vasıtasıyla olduğu anlaşılmaktadır. Başlarda, rutubetten ileri gelen bazı hastalıkları tedavi etmesi amaçlı sattıldığı, bazılarının keyif vasıtası olarak buna alıştığı, hatta ilim ve devlet adamlarından ileri gelenlerin dahi tütüne müptela olduğu belirtilmektedir (11).

"Anadolu'da ilk kez tütün ekimi İzmir Selçuk ilçesinde yapılmış, Osmanlı'da IV. Murat döneminde tütün üretimi aksamış olsada IV. Murat'dan sonra yeniden hızla artmıştır. Sigara ve paket tütün üretimi yapan fabrikalar 1874 yılında kurulmaya başlanmış ve bandrol sistemi uygulamaya koyulmuştur. Türkiye'de ilk kez 1884'de Cibali Sigara Fabrikası kurulmuştur. "Duyun-ı Umumiye İdaresi" tarafından kontrol edilen tütün üretimi 1883 yılında 40 yıl süre ile Fransız Anonim Şirketi"ne devir edilmiş, 1925 yılında ise Mustafa Kemal Atatürk ve arkadaşları, şirketin tüm hak ve alacaklarını ödeyerek 1 Mart 1925 tarihinden itibaren İnhisarlar İdaresi'ni millileştirmişlerdir (12).

2.2. Sigara Epidemiyolojisi

Tütün kullanımı dünyada sağlık problemlerinin ve engelenebilir ölümlerin en önde gelen nedenidir. Yılda yaklaşık 5,4 milyon kişi sigaraya bağlı nedenlerden ölmektedir, bunun 600 bini pasif sigara içiciliğinden kaynaklanmaktadır. Bu durum iş verimindeki kayıp ve artmış sağlık harcamaları nedeniyle yıllık yüzlerce milyar dolar ekonomik zarara sebep olmaktadır (13).

Dünya genelinde 2014 yılında 5,8 trilyon adet sigara tüketilmiştir. Dünyanın en çok sigara tüketen ilk 10 ülkesi, Rusya, , Endonezya, Çin, Japonya, ABD, Almanya,

Türkiye, Kore Cumhuriyeti, Hindistan, ve Vietnam olarak sıralanmıştır. Bu sıralamaya göre Türkiye sigara tüketiminde dünyada 8. sırada bulunduğu rapor edilmiştir (14).

2.3. Sigara Kullanımının Dünyada ve Ülkemizde Yaygınlığı

Sigara içme kişinin sağlığını bozan alışkanlıkların en önemli olanıdır ve bugün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygın bir sorundur. Tütün mamüllerinin tüketimi dünyada yaygınlaşmaya devam etmektedir. Epidemi olarak tanımlanan bu durum için tütün sorununun küresel bir problem olduğu ifadeleri de kullanılmaktadır. Küresel bir problem olarak tanımlanan bu hastalık açısından aslında gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Tütün kullanımı başta kanser olmak üzere birçok hastalığa neden olan risk faktörlerinden biridir. Birçok ülkede tütünün üretimini, satışını ve reklamını kısıtlayan yönetmelikler olmasına rağmen insanlar yine de sigara içmeye devam etmektedir (Tablo 1).

2.4. Tütün Kullanımının Ülkelere Göre Yaygınlık Durumu

Tablo 1. Tütünün dünyadaki kullanım oranları 2011 raporu (15).

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

Dünya Sağlık Örgütünce 1988 yılının Kasım ayında Madrid'de yaptığı toplantıda 'Dumansiz Avrupa Yapılabilir' sloganıyla Türkiye'ninde içinde bulunduğu 32 ülkenin sigara alışkanlığını terketmesi amaçlandı. Buna ulaşmak için bir takım stratejiler belirlendi.

- Sigarasız bir hayat insan hakkıdır olarak benimsenmelidir,
- Toplu bulunan yerlerde sigara yasağının sağlanması ve bunun yasalarla desteklenmesi
- Tütün ürünlerinin reklamlarının yasaklanması ve tütün endüstrisinin desteklenmemesi,
- Toplumdaki tüm bireyler sigaranın zararları ve oluşturacağı sağlık problemleri konusunda bilgi sahibi edilmelidir,
- Sigarayı bırakmak isteyenlere desteğin mümkün olduğunun anlatılması.
- Sigaradan tahsis edilen vergi gelirinin en az %1'inin sigarayla mücadelede kullanılması.
- Maddi caydırıcı uygulamalar artırılmalıdır (16).

Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nde dünya kadınlarının ve genç kızların sigara tüketimindeki artışatan endişe duyduklarını düşündükleri belirtilmiştir. 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 (Tablo 2).

Tablo 2. Tütüne bağlı ölüm oranları (13).

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

Dünya çapında 1 milyardan fazla sigara içicisinin %80'i düşük ve orta gelirli üülkelerde yaşamını sürdürmektedir (17). 2030 yılına gelindiğinde dünyada her yıl 8 milyon insanın öleceği, bu ölümlerin 5'te 4'ünün ise gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde meydana geleceği ön görülmektedir. Tütün kullanıcılarının yarısının ölümüne neden olmaktadır. Türkiye sağlık bakanlığı 2008-2012 yılları ulusal tütün kontrol programı ve eylem planında ülkemizin sigara tüketiminde Avrupa ülkeleri arasında üçüncü sırada, dünya ülkeleri arasında yedinci sırada olduğu rapor edilmiştir (17).

2008'de Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonucunda onbeş yaş ve üstündeki kişilerde her gün veya ara sıra sigara kullanma sıklığı %31,3 iken bu oran 2012'de %27'ye düşmüştür. Sigara kullanma oranı erkek cinsiyette %41,4 olup, kadın cinsiyette ise %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 (18). Türkiye'de Aile Yapısı Araştırması 2012 raporuna göre ise 18 yaş ve üstündeki bireylerin %26,3'ü sürekli sigara içmektedir. Bu oran erkek cinsiyette %40 iken kadın cinsiyette ise %12,4'tür (19).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 raporuna göre her gün veya tek tük tütün ve tütün ürünü kullanan onbeş yaş ve daha üstü bireylerde son oniki ay içerisinde tütün ve tütün mamülü kullanmayı bırakmaya deneyen eden kadınlar 2008 yılında %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 (18).

TÜİK 2014 verilerine göre Türkiye genelinde toplam doğurganlık hızı homojen olmamakla birlikte 2,17 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 göre doğurganlık hızı yirmibeş yirmidokuz yaş grubunda, doğum sayısında en büyük artış ise otuz-otuzdört yaş grubundaki kadınlarda meydana gelmiştir. Bununla birlikte otuzbeş-otuzdokuz ve

kırk-kırkdört yaş gruplarındaki kadınlarda da benzer şekilde canlı doğan bebek sayılarında artış meydana gelmiştir (20). Daha önceki araştırmalarda en yüksek yaşa oranla doğurganlık hızları yirmi-yirmidört yaş grubunda ortaya çıkarken, ilk kez TNSA-2008 araştırmasında en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı yimibeş-yirmidokuz yaş grubuna ilerlemiştir. Bu sonuç Türkiye'de yaşa oranla doğurganlık örüntüsünün değiştiğini ve doğumların ileri yaşlara ertelendiğini görülmektedir (21). 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 3'te Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 raporuna göre ülkemizde kadınlarda sigara kullanımı yaş aralıkları sunulmuştur (18).

Tablo 3. 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

Ülkemizde Ergin ve arkadaşlarınca (2010) 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 onbeş-kırkdokuz yaş arası tüm evlenmiş kadınların %22'si düzenli olarak veya tek tük sigara içmektedir. Bu oran gebelerde %11, emziren kadınlarda ise %17 olarak belirtilmiştir (3).

Tütün kullanımının yaygınlığının azaltılması için ulusal önlemler önem kazanmaktadır. Buna göre Ulusal Tütün ve Tütün Ürünleri Kontrol ve Eylem Planı 2015-2018 yılları arasındaki amacını tütün ve tütün ürünlerinin kullanılması sağlık, ekonomik ve sosyal açıdan zararlı etkilenimleri konusunda toplumun eğitilmesi, bilgilendirilmesi olarak belirlemiştir. Hedefi ise; 2018 yılı sonuna kadar toplumun %95'inde sigara kullanımına karşı tutum oluşturmaktır (21).

2.5. Kadınlar Arasında Sigara Kullanımı

Dünya sağlık örgütünün 21 Mayıs 2003 tarihli 56. Dünya Sağlık Asamblesi Toplantısı'nda kabul gören ve Türkiye adına 28 Nisan 2004 tarihinde New York'ta karara bağlanan "Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi"nde; tüm dünyada kadınların ve genç kızların sigara tüketimindeki artıştan endişe duyulduğu bildirilmiştir (17).

2.6. Gebelikte Sigara Kullanımı

TNSA 2008 bulgularına göre sigara içme oranı gebelerde %11 olarak belirtilmiştir. Türkiye'de gerçekleştirilen farklı çalışmalarda gebe kadınların gebelikte sigara içme oranları %6,8-%28 arasında bildirilmiştir (2, 22-31). Yurt dışına bakıldığında ise Amerika Birleşik Devletleri'nde prenatal sigara içme oranı %10,4 , Birleşik Krallık'ta 2012'de yapılan bir çalışmada %20,5, Kanada'da 2001- 2006 yılları arasında yaptıkları çalışmada %11,2 olarak tespit edilmiştir (32-35).

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 (36). ABD Halk Sağlığı Servisi'nin raporuna göre gebe kadınların sigarayı bırakması haklinde ölü doğumlarda %11 ve yenidoğan ölümlerinde %5 azalma olacağı düşünülmektedir (27). Gebelikte tütün bağımlılığı yönetimi rehberi Avusturalya, Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Kanada gibi yüksek ekonemik gelirli ülkelerde vardır; ancak düşük ve orta ekonomik gelirli ülkelerde böyle rehber bulunmamaktadır (15).

2.7. Pasif Sigara İçiciliği

Pasif sigara içiciliğine maruz kalınan işyerlerinde, insanların toplu olarak bulunduğu kapalı alanlarda ve evde sigara içen kişilerin sigara dumanına maruz kalarak zararlı maddelerin solunması pasif içicilik olarak tanımlanmaktadır (3) .

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 çağdaki (15-49 yaş) tüm kadınların yarısı evinde pasif içici durumundadır (15). Çevresel sigara dumanına maruziyetin gebe kadınlar için olumsuz sonuçlar doğuracağı, anne adayının başkalarının içtiği sigara dumanından etkilenebileceği ve annenin soluduğu dumanın bebeğin büyüme ve gelişmesini yavaşlattığı bildirilmiştir (30).

Uzun zaman sigara içenin sadece kendisine zarar verdiği düşüncesiyle insanların sigara solurken aldıkları sağlık risklerinin kişisel bir sorun olduğu tahmin edilmiştir; fakat sigara içmese bile çevresel sigara dumanı (ÇSD) etkilenmesi sonucunda akciğer kanseri gelişebildiğinin delilleri 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 (37).

Pasif sigara içiciliğinde, sigara içmeyen kişi sigara dumanını filtre edilmeden soluduğu için sigara içen kişiden daha fazla toksik ajana maruz kalmaktadır. Ayrıca sigara tam manasıyla yanmadığı için ortama yayılan dumandaki kimyasal madde daha fazla olduğu için çevreye daha fazla zararlı olmaktadır. Bu nedenle gebelikte kadınların çevresel sigara dumanına maruz bırakılmaları toksik sonuçlar doğurabilir. Anne adayı gebeliği sırasında sigara tüketsin veya tüketmesin başkasının içtiği sigara dumanından etkilenmektedir. Annenin soluduğu duman plasenta vasıtasıyla bebeğe geçmekte ve bebeğin gelişimini yavaşlatmaktadır (38).

2.8. Sigaranın Zararları

Sigaranın sağlığına zararları günümüzde çok sayıda çalışmalar ile ortaya konulmuş ve kesinleştirilmiştir. Bu zararlı etkileri 1665 yılında farkedilmeye başlanmış sonrasında tütün üretiminin tüm dünyada yaygınlaşması ile bu zararlı etkilerden korunmak için tütünün kullanımına yasaklamalar getirilmiştir. Bu yasaklamalar 17. yüzyılda tütün üretiminin bütün Asya ve Avrupa'da yaygınlaşmasına engel olamamış ve gittikçe artan oranda bir ekonomik ve siyasi güç haline gelmiştir.

Bu durum zamanımızda aşılması zor problem olarak karşımıza çıkmıştır (39).

Sigaranın hücresel düzeyde mutajenik ve kanserojenik etkilere sahip en az 55 madde içerdiği bilinmektedir. Bu maddelerden bazıları; aza-arenler, aldehitler, nitrosaminler, poliaromatik hidrokarbonlar, organik ve inorganik bileşiklerdir. Sigara bu içerdiği toksik ajanlar ile onkogenleri aktive etmekte ve/veya tümör süpresör genleri inaktif hale getirmektedir. Sigara onkogen ve tümör basılayıcı genlerden en az 10-20 tanesinde mutasyon oluşturmakta ve bunun sonucu solunum sistemi kanseri geliştirdiği tahmin edilmektedir. Bu etkileri oluşturan bileşenlere karbonmonoksit, hidrojen siyanür, azotoksitler, amonyak, katekol, bütan (tüp gazı), naftalin, DDT (tarım-böcek ilacı), krom, nikel, benzopiren, nitrosaminaz, kadminyum, formaldehit, radon (radyasyon), asetaldehit gibi kanserojen maddeler örnek verilebilir. (40).

Sigaranın neden olduğu hastalıklardan başlıcaları şunlardır;

1. **Solunum Sistemi Hastalıkları:** KOAH, Kronik bronşit, amfizem, astım, OSAS, pnömotoraks.
2. **Kalp-Damar Hastalıkları:** Aterosklerotik kalp damar hastalıkları, renal, karotid, mezenterik, iliak arterler ve abdominal aorta, enfarktüs ve aritmiler, periferik arter hastalığı ve venöz tromboemboli.
3. **Kanserler:** Dudak, dil, farenks, larenks, akciğer, karaciğer, özofagus, mide, rektum, pankreas, mesane, meme, böbrek ve kan kanserleri.
4. **Sindirim Sistemi Hastalıkları:** Peptik ülser, kanama, kronik pankreatit ve kolon adenomları.
5. **Kadın Hastalıkları ve Doğum:** Erken doğum ve Erken Membran Rüptürü (EMR), abortus, akciğer gelişme bozukluğu, düşük doğum ağırlığı, ani bebek ölümü sendromu, büyüme gelişme geriliği, mental gerilik, febril konvülsiyon ve davranış bozukluğu.
6. **Erkek Üreme Sistemi Hastalıkları:** Sperm kalitesinde azalma ve prostat hipertrofisi.
7. **Cilt Hastalıkları:** Ciltte kırışıklıklar.
8. **Romatizmal Hastalıklar:** Osteoporoz

2.9. Sigaranın Kadın Sağlığına Etkileri

Sigara kullanımı erkekler arasında daha sık olduğundan, sigaranın neden sebep sağlık sorunları da öncelikle erkeklerde gözlenmiştir; ancak zamanla kadınlar da sigara içme yaygınlaşınca sigaranın neden olduğu çeşitli sağlık sorunları kadınlarda da ortaya çıkmaya başlamıştır. ABD'de 2001 yılında yayınlanan "Kadın ve Sigara" adlı raporda, sigara kullanımının kadın sağlığı üzerindeki etkileri 86 başlık halinde belirtilmiştir. Bunların başlıcaları şunlardır;

- 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.
- Koroner kalp hastalığı riski kadınlarda artmıştır, bu artışı oral kontraseptif kullanan kadınlarda daha fazladır.
- Kadınlarda KOAH'a bağlı ölümlerin %90,2'den fazlası sigaraya bağlanmıştır.
- Mestruasyon bozuklukları daha fazla görülmekte, sigara içenler daha erken yaşlarda menapoza girmektedir.
- Osteoporoz olasılığı daha fazladır.
- Peptik ülser, safra kesesi hastalıkları, Chron hastalığı olasılığı kadınlarda artmıştır.
- Katarakt daha erken yaşta görülmeye başlamıştır.
- Sigara içen kadınların cildi daha erken yaşta kırışmaya başlar.
- Kadınlarda akciğer kanserinden başka serviks kanseri, mesane kanseri, larinks kanseri, larenks kanseri, böbrek ve pankreas kanserleri sıkça görülmektedir (39).

2.10. Sigaranın Kadın Üreme Sağlığına Etkileri

Sigaranın neden olduğu sağlık problemlerinin tamamı kadınlarda da

görülmektedir. Bunun yanısıra üreme sistemi üzerine rapor edilmiş olumsuz etkileri; luteal faz östrojenlerinin belirgin biçimde azalması, hipermenore, sekonder amenore gibi menstruasyon düzensizlikleridir. Sigaradaki toksik ajanlar üreme hücrelerini olumsuz etkileyerek infertiliteye neden olabilmektedir. Bu olumsuz etkiler içilen sigara miktarı ile doğru orantılıdır. 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 olarak saptanmıştır (16).

2.11. Gebelikte Sigara İçmenin Anneye Olan Etkileri

Gebelikte sigara tüketimi gebelik ile ilişkili mortalite ve morbidite için önlenebilir önemli bir risk faktörüdür. Sigaranın gebelerde fizyolojik etkileri;

- Bronşları obstrukte ederek akciğerlerin az havalanmasına sebep olma,
- Taşikardi,
- Bulantı ve kusmalarda artma,
- Koku ve tat alma duyusunda azalma,
- Çabuk yorulma ve iştahsızlıktır (38).

Sigaranın gebelikteki olumsuz etkileri; spontan abortus hızının yükselmesi, fetal kayıplar, EMR (Erken Membran Rüptürü), preterm doğum ağrıları ve doğum eylemi esnasında komplikasyonların sık olması, plasental abrupsiyon, hipertansiyon, preeklampsi ve perinatal mortalite hızının daha yüksek olması ile ilgilidir (25, 41). Bununla birlikte sigaranın gebelikteki etkileri gebelik dönemlerine göre farklılıklar göstermektedir.

2.11.1. Birinci Trimesterdaki Etkileri

Gebeliğin 1. Trimesterındaki anne adayının sigara kullanımı spontan abortus ve ektopik gebelik görülme oranını artırır. Sigara içen kadınlarda ektopik gebelik görülme sıklığı 1,5-2,5 kat yüksektir (42, 43). Bu durum sigara kullananlarda tubal transportun aksaması nedeniyle fertilize ovumun uterusa kavitesine ulaşamadan

tüplerde yerleştiği şeklinde açıklanmaktadır .

2.11.2. İkinci ve Üçüncü Trimesterdaki Etkileri

Gebelikte sigara kullanımı plasenta ile ilgili sağlık sorunlarına daha sık neden olmaktadır. Bunlardan en sık rastlanan iki durum ablasyo plasenta ve plasenta previadır (39). Günlük içilen sigara adetinin artırılması, sigara içme, ortamda başka bireylerin de sigara içmesi fetüste gelişme geriliği riskini daha da arttırmaktadır (30).

2.11.3. Gebelikte Sigara İçmenin Fetüs Sağlığına Etkileri

Sigara bağımlılığı çok yüksek düzeyde bir bağımlılık olduğundan anneler çoğunlukla gebelik sürecinde sigara içme alışkanlıklarından vazgeçememektedirler. Gebelikte sigara içmenin fetüse olan etkileri üzerine 1950'lerden beri yoğun bir şekilde çalışmalar yapılmaktadır. 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 (37). Gebelikte sigara kullanımının fetüse en belirgin etkileri; fetal toksisite, nörotoksisite, intrauterin ölüm ve konjenital anomali gelişmesidir (25).

2.12. Gebelikte Sigara Kullanımı İle İlişkili Faktörler

Kadınlar kendilerini ve ekonomik özgürlüklerini ispat etme, bağımsızlık, kendine güvenin göstergesi olarak sigara kullanmaya başlamaktadırlar (26). Bazen kadınlar kilo alımının önüne geçmek düşüncesi ile sigaraya meyil etmektedir (15, 26). Geçen zaman içinde sigaraya ulaşma olanaklarının artması kadınlar arasında sigara içmenin yaygınlaşmasında sebep olmaktadır (26).

Gebelikte sigara içme ile ilişili 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 (33, 36, 42-48).

2.13. Nikotin Bağımlılığı ve Değerlendirilmesi

Nikotin, tütün ürünlerinin güçlü bağımlılık yapıcı etkisini oluşturan kilit kimyasal bileşendir. Güçlü bağımlılık yapıcı etkiler, beyindeki çok çeşitli nikotin reseptörlerinin değişik eylemleriyle kendilerini göstermektedir. Denemekten ağır bağımlılığa giden yolda psikolojik, biyolojik ve genetik belirleyicilerin rol oynadığı öne sürülmektedir. Genlerdeki kalıtımsal varyasyonlar sigara içme ve bırakma kalıplarının farklılaşmasına katkı sağlamaktadır. Sigara içme hikayelerindeki ve yoksunluk semptomlarının şiddetindeki bireysel farklılıklar nikotin bağımlılığı tedavisinde başarıyı etkilemektedir (49).

Bağımlılık yapıcı maddelerde gözlenen pozitif pekiştirici etki nukleus akkumbensteki dopamin artışından kaynaklanmaktadır. Nikotinin pozitif pekiştirici özelliği ise nukleus akkumbensteki dopamin artışı yanı sıra opioid peptid artışı ile de ilgilidir. Nikotinin davranışlar üzerine olan etkileri, beyinde çok yaygın şekilde bulunan nikotinik asetilkolin reseptörlerini uyarılması sonucudur. Nikotin, mezokortikolimbik dopaminerjik nöronlar üzerindeki nikotinik asetilkolin reseptörlerini active hale getirir ve dopamin salınımına yol açar. Nikotin beyinde Locus coeruleus'tan norepinefrin salınımına sebebiyet vererek huzursuzluk ve arama davranışı gibi yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olur (50).

Bağımlılık değerlendirilmesinde kullanılan bir çok farklı test bulunmaktadır. En çok kullanılanı FNBT olup diğer bir tanesi de DSM-5 kriterleridir. Bunlar;

1. Çoğu zaman, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak tütün alımı.
2. Tütün kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir arzu ya da sonuç vermeyen çabalar.
3. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da oluşturduğu etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırmak.

4. Tütün kullanmaya içinin gitmesi ya da tütün kullanmak için çok büyük bir arzu duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evde başlıca yükümlülükleri yerine getirememe ile vuku bulan yineleyici tütün kullanımı.
6. Tütünün etkilerinin sebep olduğu veya alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlar olmasına karşın tütün kullanımını sürdürme.
7. Tütün kullanımı nedeniyle önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda tütün kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla tütünün sebep olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın tütün kullanımı sürdürme.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık gelişmiş olması:
    a) Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde tütün kullanma gereksinimi.
    b) Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:
    a) Tütüne özgü yoksunluk sendromu.
    b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için tütün alımı (51).

Tütün bağımlılığının değerlendirilmesinde göğüs ve kalp damar sistemini, ayrıca psikolojik durumu değerlendirmek gerekir. Göğüs ve kalp damar sistemi değerlendirmesi; fizik muayene, EKG, Akciğer grafisi, rutin ve hematolojik analizi içermelidir. Psikolojik değerlendirme için öncelikle bağımlılığın düzeyi ölçülmelidir (52). Bu amaçla çalışmamızda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (EK-1) kullanılmıştır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı

Gebelik süresince çeşitli davranış ve deneyimler, gebelik öncesinde, sırasında ve sonrasında olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmiştir. Sigara, fetüs ve anne sağlığını olumsuz olarak etkileyen çok önemli ancak engellenebilir bir nedendir. Çoğu kadın hamileliği sırasında sigara içmekte ve sigarayı bırakmış olan pek çok kadında doğum sonrasında sigara içmeye yeniden başlamaktadır. Bu çalışmada sosyo-demografik faktörler ve eşlerin sigara içme durumları ile gebelerin sigara içme davranışlarının araştırılması hedeflenmiştir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Erzurum il halk sağlığı müdürlüğüne bağlı aile hekimlikleri ve Atatürk üniversitesi Tıp Fakültesi kadın doğum hastalıkları polk. ve kliniğine müracat eden gebelerin dahil edildiği kesitsel, tanımlayıcı ve analitik bir anket çalışmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Erzurum il halk sağlığı müdürlüğüne bağlı aile hekimlikleri ve Atatürk üniversitesi Tıp Fakültesi kadın doğum hastalıkları polk. ve kliniğine müracat eden gebelerden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü sigara içme prevelansı %9 alınarak, %99 güven aralığında 500 kişi olarak hesaplanmıştır (Epi İnfo programı). Araştırmayı katılmayı kabul etmeyenlerin yerine yedek grup seçilerek örneklem büyüklüğünün tamamlanması hedeflenmektedir. Araştırmanın örneklemine ise bu tarihler arasında başvuran, araştırmaya alınma ölçütlerine uyan gebelerden oluşmaktadır.

3.4. 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 araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile dolduruldu.
- Soru formunun uygulanması her bir kadın için ortalama 10 dakika sürdü.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için AÜTF dekanlığından 16.11.2012 tarihli ve 39 karar numaralı, etik kurul onayı alındı. Araştırma yapılacak hastane başhekimi, klinik şefi ve gebe izlem polikliniği sorumlu hemşiresi, çalışma konusu ve amacı ile ilgili bilgilendirilerek sözel izin alındı. Ayrıca Erzurum İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Bilimsel Araştırmalar Birimi'ne başvuruldu ve yazılı izin alındı. Çalışmanın amaç ve içeriği gebe kadınlara sözel olarak açıklandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü gebe kadınlardan onam alındı.

3.6. Verilerin İstatistiksel Açıdan Değerlendirilmesi

Araştırma verisi "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)" aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, ortanca (minimum-maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi uygulandı.

3.7. Araştırmanın Bütçesi

Herhangi bir kişi ya da kurumdan destek alınmamıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamıza Erzurum İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı aile sağlık merkezlerine kayıtlı olan ve Atatürk Üniversitesi Kadın ve Doğum Hastalıkları polikliniğine müracaat eden toplam 500 gebeye anket uygulandı. Araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalaması 29,1±5,8 yıl idi.Sosyodemografik özelliklerine bakıldığında 312'sinin (%62,4) lise ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu görüldü (Tablo 4).

Çalışma durumlarına bakıldığında çoğunluğunun 337'sinin (%67,4) ev hanımı olduğu yaşadıkları yere bakıldığında ise çoğunluğunun 339'unun (%67,8) şehir merkezinde yaşadığı görüldü (Tablo 4).

Araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğunun 469'unun (%93,8) sosyal güvencesinin olduğu, ortalama aylık gelirine göre gruplama yapıldığında 230'unun (%46) 1000-2999 TL arası gelir düzeyi olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların (N=500) sosyodemografik özellikleri

Eğitim Durumu	**n**	**%**
Okuma Yazma Bilmeyen	8	1,6
İlkokul Mezunu	134	26,8
Ortaokul Mezunu	46	9,2
Lise Mezunu	172	34,4
Üniversite ve Üzeri	140	28,0
Meslek		
Ev Hanımı	337	67,4
Devlet Memuru	91	18,2
Özel Sektör	72	14,4
Yaşanılan Yer		
Köy	59	11,8
Kasaba	3	0,6
İlçe	99	19,8
Şehir Merkezi	339	67,8
Sosyal Güvence		
Var	469	93,8
Yok	31	6,2

Aylık Gelir		
1000 TL altı	30	6,0
1000-2999 TL	230	46,0
3000-4999 TL	132	26,4
5000 TL ve üzeri	108	21,6
Toplam	500	100

Eşlerinin eğitim düzeyleri incelendiğinde ise 365'inin (%73) lise ve daha üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu saptandı. Katılımcıların eşlerinin meslekleri sorgulandığında ise 336'sının (%67,2) özel sektörde çalışmakta olduğu görüldü (Tablo 5).

Tablo 5. Sigara içenlerin eşlerinin sosyodemografik özellikleri

Eşinizin Eğitim Durumu	**n**	**%**
Okuma yazma bilmiyor	1	0,2
İlkokul Mezunu	88	17,6
Ortaokul Mezunu	46	9,2
Lise Mezunu	184	36,8
Üniversite ve üzeri	181	36,2
Eşinizin Mesleği		
Çalışmıyor	20	4,0
Devlet Memuru	144	28,8
Özel Sektör	336	67,2
Toplam	500	100

Katılımcıların sigara içme durumları sorgulandığında ise 60'ının (%12,0) aktif sigara içiyor olduğu, 26'sının (5,2) gebelik öncesi sigara içmeyi bırakmış olduğu saptandı (Tablo 6).

Tablo 6. Gebelerin sigara içme durumu

Sigara İçme	n	%
Evet	60	12,0
Hayır	414	82,8
Bıraktım	26	5,2
Toplam	500	100

Katılımcıların gebelik sayısına bakıldığında 186'sının (%37,2) birinci gebeliği olduğu görüldü (Tablo 7).

Tablo 7. Gebelık sayısı

Kaçıncı Gebeliğiniz?		
1	186	37,2
2	144	28,8
3	109	21,8
4 ve üzeri	61	12,2
Toplam	500	100

Sigara içenler ile sigara içmeyenler arasında yaş ortalamaları arasında sigara içenlerde daha yüksek olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi (p=0,038) (Tablo 8).

Tablo 8. Sigara içme ile yaş ortalamaları arasındaki ilişki

	Sigara içme		
	Evet	**Hayır**	**p=0,038**
Yaş (n)	60	414	
Mean	30,47±5,8	28,79±5,8	

Katılımcıların gebelik öncesi sigara içip içmediği sorgulandığında 83'ünün (%16.6) gebelik öncesi sigara içtiği görülmekte idi (Tablo 9).

Gebelik öncesi sigara içen katılımcıların 57'sının (%68,7) gebelikte de sigara içmeye devam ettiği, üç kişinin de gebelikte sigara içmeye başladığı görülmekte idi (Tablo 9).

Katılımcıların eşlerinin sigara içme durumu sorgulandığında 275'inin (%55,0) eşinin sigara içtiği görülmekte idi (Tablo 9).

Tablo 9. Gebelikte sigara içme durumu ve sigaraya maruziyet

Gebelik Öncesi Sigara İçtiniz mi?	**n**	**%**
Evet	83	96,5
Hayır	3	3,5
	86	100
Gebelikte Sigara İçmeye Devam Ettiniz mi?		
Evet	57	68,7
Hayır	26	31,3
	83	100
Eşininiz sigara içiyor mu?		
Evet	275	55,0
Hayır	225	45,0
Toplam	500	100

Katılımcıların gebelik süresince ve doğum sırasında sorun yaşayıp yaşamadığı sorgulandığında gebelikte ve doğum sırasında sorun yaşayanların sayısı 37(%7,4) iken diğerlerinin gebelikte ve doğum sırasında sorun yaşamadığı veya ilk gebeliği olması nedeniyle gebelikte ve doğum sırasında sorun yaşayıp yaşamadığı hakkında fikir belirtmediği görüldü (Tablo 10).

Sigara içenler arasında gebelikte ve doğum sırasında sorun yaşayanların oranı 12 (%20) olarak saptandı. Sigara içmeyenlerde ise bu oran % 6 olarak saptandı (Tablo 10).

Tablo 10. Gebelik süresince ve doğumda yaşanılan sorunlar

	Sigara içme							
	Evet		**Hayır**		**Bıraktım**		**Toplam**	
Gebelik Süresince veya Doğum Sırasında Sorun Yaşadınız mı?	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	12	20	25	6	0	0	37	7,4
Hayır	39	65	248	60	10	38,5	297	59,4
Fikrim yok	9	15	141	34	16	61,5	166	33,2
Toplam	**60**	**100**	**414**	**100**	**26**	**100**	**500**	**100**

Katılımcıların düşük tehdidi veya erken doğum tehdidi yaşayıp yaşamadığı sorgulandığında ise 34' ünün (%6,8) düşük tehdidi veya erken doğum tehdidi yaşadığı görülürken diğerlerinin düşük tehdidi veya erken doğum tehdidi yaşamadığı veya ilk gebeliği olması nedeniyle düşük tehdidi veya erken doğum tehdidi yaşayıp yaşamadığı hakkında fikri olmadığı görülmekte idi. Sigara içenlerde % 15 sigara içmeyenlerde ise bu oran % 6 olarak tespit edildi (Tablo 11).

Tablo 11. Düşük tehdidi veya erken doğum tehdidi yaşadınız mı?

	Sigara içme							
	Evet		**Hayır**		**Bıraktım**		**Toplam**	
Düşük Tehdidi veya Erken Doğum Tehdidi Yaşadınız Mı?	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	9	15	25	6	0	0	34	6,8
Hayır	42	70	248	60	10	38,5	300	60
Fikrim yok	9	15	141	34	16	61,5	166	33,2
Toplam	60	100	414	100	26	100	500	100

Katılımcıların doğum şekli sorgulandığında ise 281'inin (%56,2) doğum şeklinin normal doğum olduğu görülmekte idi. Sigara içenlerde sezeryan ile doğum

yapanların % 25, sigara içmeyenlerde ise sezeryan oranlarının % 4.1 olduğu saptandı (Tablo 12).

Tablo 12. Doğum Şekli

	Sigara içme							
	Evet		**Hayır**		**Bıraktım**		**Toplam**	
Doğum Şekli	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Normal	36	60	236	57	9	34,6	281	56,2
Sezeryan	15	25	17	4,1	1	3,9	33	6,6
Bilinmiyor	9	15	161	38,9	16	61,5	186	37,2
Toplam	60	100	414	100	26	100	500	100

Gebelere sigara içmenin anne ve bebek üzerine zararları hakkındakı bilgi düzeyleri sorgulandıgında 325'inin (%65) sigara içmenin bebek ve anneye zararı olduğunu düşündüğü görüldü (Tablo 13).

Sigara içenler arasında sigara içmenin anne ve bebek üzerine zararları hakkındakı bilgi düzeyleri sorgulandıgında ise 46 'sının (%76,7) sigara içmenin bebek ve anneye zararı olduğunu düşündüğü görüldü. Sigara içenlerde zararlı olmadığını düşenenlerinin oranın % 8.3, sigara içmeyenlerde ise bu oranın % 1 olduğu saptandı (Tablo 13).

Tablo 13. Sigara içmenin bebek ve anneye zararı olduğunu düşünüyor musunuz?

	Sigara içme							
	Evet		**Hayır**		**Bıraktım**		**Toplam**	
Sigara İçmenin Bebek ve Anneye Zararı Olduğunu Düşünüyor musunuz?	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	46	76,7	269	65	10	38,5	325	65
Hayır	5	8,3	4	1	0	0	9	1,8
Fikrim yok	9	15	141	34	16	61,5	166	33,2
Toplam	60	100	414	100	26	100	500	100

Katılımcılara sigara içmenin anne ve bebek üzerine etkileri hakkındaki düşünceleri sorulduğunda ise 74'ünün (% 14,8) sigara içmenin erken doğuma neden olduğunu, 219'unun (%43,8) sigara içmenin düşüğe neden olduğunu diğerlerinin ise sigara içmenin düşük kilolu bebek doğurmaya, ölü doğuma, dış gebeliğe, ani bebek ölümüne, çocukta davranış bozukluklarına, çocukta dikkat eksikliğine, aşırı hareketli çocuk olmasına neden olduğunu düşündükleri saptandı (Tablo 14)

Sigara içenler arasında sigara içmenin anne ve bebek üzerine etkileri hakkındaki düşünceleri sorulduğunda ise 16'sının (%26) en yüksek oran ile sigara içmenin düşüğe neden olduğunu, 11'inin (%18,3) sigara içmenin ölü doğuma neden olduğunu ve 11'inin (18,3) ise sigara içmenin erken doğuma neden olduğunu düşündüğü görüldü (Tablo 14).

Tablo 14. Sigara içmenin anne ve bebek üzerine etkileri

	Sigara içme							
	Evet		**Hayır**		**Bıraktım**		**Toplam**	
Sigara İçmenin Anne ve Bebek Üzerine Etkileri	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Erken doğum	11	18,3	61	14,7	2	7,7	74	14,8
Düşük	16	26,6	197	47,6	6	23	219	43,8
Düşük kilolu bebek	1	1,7	0	0	0	0	1	0,2
Ölü doğum	11	18,3	2	0,5	2	7,7	15	3
Dış gebelik	1	1,7	1	0,2	0	0	2	0,4
Ani bebek ölümü	1	1,7	0	0	0	0	1	0,2
Çocukta davranış değişiklikleri	1	1,7	8	1,9	0	0	9	1,8
Çocukta dikkat eksikliği	2	3,3	0	0	0	0	2	0,4
Aşırı hareketli çocuk	1	1,7	0	0	0	0	1	0,2
Fikrim yok	9	15	141	34,1	16	61,6	166	33,2
Hayır	6	10	4	1	0	0	10	2
Toplam	60	100	414	100	26	100	500	100

Katılımcıların Fargerstroom bağımlılık testi (FNBT) puanlarının ortalaması 2,3±2,3 idi. Katılımcıların FNBT sonuçlarına bakıldığında 49'ununn (%81,6) düşük ve çok düşük düzeyde nikotin bağımlılığının olduğu görüldü (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların FNBT sonuçları

Katılımcıların FNBT sonuçları	**n**	**%**
Çok düşük düzeyde nikotin bağımlılığı	38	63,3
Düşük düzeyde nikotin bağımlılığı	11	18,3
Orta düzeyde nikotin bağımlılığı	3	5
Yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı	6	10
Çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı	2	3,4
Toplam	60	100

Sigara içenler arasında üniversite ve üzeri eğitimi olanların 25 (%41.6) ile en yüksek oranda sigara içtiği görüldü (Tablo 16).

Tablo 16. Sigara içme ile eğitim durumu arasındaki ilişki

	Sigara içme							
	Evet		**Hayır**		**Bıraktım**		**Toplam**	
Eğitim durumu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Okuma-yazma bilmiyor	0	0	6	1,5	2	7,7	8	1,6
İlkokul	10	16,6	120	29	4	15,3	134	26,8
Ortaokul	5	8,4	38	9,1	3	11,6	46	9,2
Lise	20	33,4	144	34,8	8	30,8	172	34,4
Üniversite ve üzeri	25	41,6	106	25,6	9	34,6	140	28
Toplam	60	100	414	100	26	100	500	100

Sigara içenler arasında mesleklere göre bakıldığında 29 (%48,3) ile ev hanımlarının sigara içme oranının en fazla oranda olduğu görüldü. Sigara içmeyenler arasında ise yine % 70.8 ile ev hanımlarının en fazla sigara içme oranına sahip olduğu görüldü.yine sigara içenler arasında % 35 ile devlet memurları sigara içme oranı bakımından ikinci sırada yer almaktaydı (Tablo 17).

Tablo 17. Sigara içme ve meslek ilişkisi

	Sigara içme							
	Evet		**Hayır**		**Bıraktım**		**Toplam**	
Meslek	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Ev hanımı	29	48,3	293	70,8	15	57,7	337	67,4
Devlet memuru	21	35	62	15	8	30,8	91	18,2
Özel sektör	10	16,7	59	14,2	3	11,5	72	14,4
Toplam	60	100	414	100	26	100	500	100

Yaşanılan yere göre bakıldığında sigara içenler arasında 41(%68,3) ile şehir merkezinde yaşayan kişilerin sigara içme oranının yüksek olduğu görüldü. (Tablo 18)

Tablo 18. Sigara içme ile yaşanılan yer arasındaki ilişki

	Sigara içme							
Yaşanılan yer	**Evet**		**Hayır**		**Bıraktım**		**Toplam**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Köy	3	5	55	13,2	1	3,8	59	11,8
Kasaba	1	1,7	2	0,5	0	0	3	0,6
İlçe	15	25	73	17,7	11	42,3	99	19,8
Şehir merkezi	41	68,3	284	68,6	14	53,9	339	67,8
Toplam	60	100	414	100	26	100	500	100

Aylık gelire göre bakıldığında sigara içenler arasında 5000 TL ve üzeri gelire sahip olanların 22 (%36,7) ile en yüksek oranda sigara içtiği görüldü. Sigara içmeyenler arasında ise gelir düzeyi 1000-2999 TL arasında olanlar %49,8 ile en yüksek oranda tespit edildi (Tablo 19).

Tablo 19. Sigara içme ile aylık gelir arasındaki ilişki

	Sigara içme							
Aylık gelir	**Evet**		**Hayır**		**Bıraktım**		**Toplam**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1000 TL altı	3	5	26	6,3	1	3,9	30	6
1000-2999 TL	18	30	206	49,8	6	23,05	230	46
3000-4999 TL	17	28,3	109	26,3	6	23,05	132	26,4
5000 TL ve üzeri	22	36,7	73	17,6	13	50	108	21,6
Toplam	60	100	414	100	26	100	500	100

Eşinin mesleğine göre bakıldığında sigara içenler arasında eşi özel sektörde olanların sigara içme oranı 35 (%58,3) oranla en yüksek olarak görüldü (Tablo 20).

Tablo 20. Sigara içme ile eşinin mesleği arasındaki ilişki

	Sigara içme							
Eşinizin mesleği	**Evet**		**Hayır**		**Bıraktım**		**Toplam**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışmıyor	1	1,7	15	3,6	4	15,4	20	4
Devlet memuru	24	40	106	25,6	14	53,8	144	28,8
Özel sektör	35	58,3	293	70,8	8	30,8	336	67,2
Toplam	60	100	414	100	26	100	500	100

Sigara içenler ile içmeyenler arasında eşinin sigara içme durumuna göre bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0,001$). Sigara içenler arasında 51’ inin %85 eşin de sigara içtiği görülmüştür (Tablo 21).

Tablo 21. Sigara içme ile eşinin sigara içme durumu arasındaki ilişki

	Sigara içme							
Eşiniz sigara içiyor mu?	**Evet**		**Hayır**		**Bıraktım**		**Toplam**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	51	85	206	49,8	18	69,2	275	55
Hayır	9	15	208	80,2	8	30,8	225	45
Toplam	60	100	414	100	26	100	500	100

p<0,001

Sosyal güvence durumuna bakıldığında sigara içenlerin 59 (%98,3) ünün sosyal güvencesinin olduğu ve sigara içmeyenlerin de 387(%93,5) inin sosyal güvencesi vardı (Tablo 22).

Tablo 22. Sigara içme ile sosyal güvence durumu arasındaki ilişki

	Sigara içme							
Sosyal Güvenceniz Var mı?	**Evet**		**Hayır**		**Bıraktım**		**Toplam**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	59	98,3	387	93,5	23	88,5	469	93,8
Hayır	1	1,7	27	6,5	3	11,5	31	6,2
Toplam	60	100	414	100	26	100	500	100

5. TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde sigara bağımlılığı çok ciddi bir halk sağlığı problemidir. Sigara kullanımı halen dünya çapında önlenebilir ölümlerin en başta gelen sebebidir. Sigara alışkanlığı kişilerin birbirlerini etkilemesiyle bir sosyal zehirlenme ve neden olduğu tolerans hali, aynı zamanda fizyolojik ve psikolojik bağımlılık yapma özelliği ile de psikolojik bir zehirlenme durumu olarak tanımlanmaktadır.(27) Sigara kullanımı önlenmesi uygulanan sağlık politikaları sayesinde önemli ölçüde azaltılmasına karşın, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde uygulanan yetersiz sağlık politikaları nedeniyle bu oran artış göstermektedir. Bu artışlar özellikle hedef kitle olarak gençleri ve kadınları daha fazla etkilediği görülmüştür. Kadınlarda ortaya çıkan sigara bağımlılığı çoğu zaman gebelik süresince de devam etmektedir. Yapılan çalışmalarda sigara bağımlılığı olan kadınların %50-70 oranında gebelikte de sigara kullanmayı sürdürdüğü gözlenmiştir. Çalışmamızda gebelikte sigara kullanma oranını ve ilişkili faktörleri belirlemeyi ve sigaranın oluştuduğu zararların fetüs üzerindeki etkileri açısından gebelerin bilinç düzeyini ölçmeyi amaçladık. Çalışmamızdaki bulgular doğrultusunda gebelikte sigara içen popülasyonun gebelik öncesinde de yüksek oranda sigara içtiğini gözlemledik. Eşleri sigara içen gebelerin daha yüksek oranda sigara içtiği tespit edildi. Sigara içen gebe popülasyon içmeyenlere göre daha ileri eğitim düzeyi ve yaşa sahipti. Sigara içen gebeler fetüse etkileri üzerinde yeterli düzeyde bilgiye sahip iken içme alışkınlığına devam etmekteydi.

Gebelik fizyolojik bir süreç olup; bazı hallerde hem anne hem de fetüs üzerinde hayati tehlike oluşturabilecek birçok olaya sebebiyet verebilir. Hem fetüs hem de annede morbidite ya da mortalite riski oluşturabilecek tüm gebeliklere komplike gebelik denir. Gebelikte ya da gebeliğe bağlı doğum öncesi doğum sonrası gelişebilecek her türlü tıbbi sorun; ciddi zorlamalara ve psikiyatrik bozukluklara yol açabilir. Öte yandan bu durum kişinin gebeliğe bakış açısını ve tekrar gebe kalma isteğini de etkileyebilir. Gebelikte hayati risk oluşturan durumlar arasında; şiddetli preeklampsi, eklampsi, prepartum, intrapartum, postpartum kanamalara sebebiyet veren durumlarda gebeliğe bağlı komplikasyonlar oluşabilir. Bu komplikasyonlar arasında hastanın uzun süre hospitalizasyonu, genel durum bozukluğu, masif kan transfüzyonu gerektiren kanamalara bağlı hayati organ fonksiyonlarında gerileme,

cerrahi gerektirecek durumların olması hastayı psikososyal yönden olumsuz etkileyebilir. Gebelikte gözlemlenen komorbid durumların en önemli nedenlerin başında sigara kullanımı gelmektedir.(8, 38)

Gebelikte sigara kullanılması gebenin yanı sıra fetusa verdiği zarardan ötürü daha da önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir.(53) Gebelik döneminde sigara içilmesi veya pasif içicilik; fertilite başta olmak üzere fetüsün gelişimine ve gebeşiğin bütün safhalarında olumsuz etkilenimler oluşturmaktadır. Ayrıca gebelikte içilen sigaranın uzun vadede çocukta bilişsel fonksiyon, akademik başarı, psikiyatrik sorunlar, alkol-uyuşturucu kullanımı, ergenlik döneminde kriminal suç işleme, Tip 2 diyabet ve obezite, çocukluk dönemi kanserleri ve göğüs hastalıkları ile ilişkili olduğu bilinmektedir (2).

Sigaranın içinde bulunan nikotin ve karbon monoksit bebek gelişimi ve sağlığı açısından önemli ölçüde zararlıdır. Sigara içen gebelerde, bebeğe yeterli miktarda oksijen taşınamadığından ötürü bebekler yeterince beslenememekte ve gelişimleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Oksijen bebeklerin büyümesini ve gelişmelerini sağlayan en önemli faktörlerdendir. Anne kanında oksijen azaldığı zaman bebeğe giden oksijen miktarı ve diğer besin öğelerinin miktarı da önemli ölçüde azalmaktadır. Bu nedenle sigara içen annelerin bebeklerinde büyüme ve gelişme geriliği ortaya çıkabilmektedir. Sigarada bulunan diğer zararlı maddeler ise, anne kanı bebeğe kadar ulaşabilmekte ve bebek bu maddelerden zarar görebilmektedir. Anne sigarayı bırakmaya başladığından itibaren bebek sağlığı da olumlu yönde etkilenmeye başlayacaktır. Anne sigarayı bıraktığında kanı zehirli maddelerden temizlenecek ve bebeğe daha çok oksijen gidecektir. Bu nedenle anne adayı gebeliğinin hangi aşamasında bulunursa bulunsun sigarayı bırakma konusunda geç kalmış sayılmayacaktır. Sigara gebeliğin ilk üç ayında bırakıldığı zaman anne karnındaki fetüs, diğer dönemlere nazaran daha az zarar görür. Anne adayı ne kadar az sigara içerse, fetüs o düzeyde daha az miktarda etkilenir (54, 55).

Sigara içen kadınların gebelikleri süresince içtikleri sigara sayısını azaltmaya ya da bırakmaya çalıştıkları, ancak bu dönemde desteğe gereksinimleri olduğu bilinmektedir. Bundan dolayı sağlık çalışanlarının sigara içen gebe kadınlara yardımcı

olabilmeleri için öncelikle bu kadınları tespit etmeleri, daha sonra kadınların sigarayı bırakmalarına yönelik hizmet sunmaları gerektiği vurgulanmaktadır. Sigara içen kadınların gebelikle birlikte bu davranışlarında birinci trimesterde %51 azalma, üçüncü trimesterde %62 oranında artma gözlendiği ve doğum sonrası ikinci ve altıncı aylarda kadınların %50'sinde sigara içmeye tekrar başlama eğiliminin olduğu gözlenmektedir. Kadınların gebelikte sigaranın anne ve bebek sağlığı üzerine etkisi ile ilgili bilgilerinin yetersiz olması gebelikte de bu alışkanlıklarını sürdürme nedeni olabilir. Yapılan çalışmalarda kadınların sigaranın genel etkileri ile ilgili bilgi düzeylerinin orta düzey ve üzerinde, fetus ve yenidoğan sağlığı üzerindeki etkilerine ilişkin bilgilerinin ise düşük düzeyde olduğu ifade edilmektedir. Çalışmamızı kapsayan popülasyonda sigaranın gebe ve fetüs üzerine olumsuz etkilerine yönelik kısmi bilgiye sahip olunmasına rağmen sigara içme davranışına devam ettiği gözlenmiştir (56). Ülkemizdeki gebe kadınların %81.1'inin en az bir kez doğum öncesi bakım aldığı bilinmektedir. Bu bakım kapsamında annenin genel sağlığının ve sağlık davranışlarının bütüncül ve kapsamlı olarak değerlendirilmesi nitelikli bir hizmetin en önemli temelini oluşturacaktır. Gebelikte hem anne hem de fetusun sağlığını etkileyebilecek ve mutlaka sorgulanması gereken faktörlerden biri de gebe kadının aktif ya da pasif sigara içme durumudur. Gebelikte sigaranın etkilerine yönelik gebe kadın ve ailelerinin eğitimi bu sorunun çözümüne yönelik anahtar bir noktadır. Bu nedenle doğum öncesi bakımda önemli rol ve sorumlulukları olan hemşireler tüm gebe kadınları aktif ya da pasif sigara içiciliği, sigarayı bırakmaya yönelik motivasyon ve yardım gereksinimleri, sigaranın gebelikteki etkilerine yönelik bilgileri değerlendirmeli ve uygun müdahaleleri planlamalıdır. (10, 11, 25)

Bu noktadan hareketle çalışmamız gebe kadınların sigara içme davranışlarını ve gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Çalışmamıza 500 kişilik örneklem grubu alınmıştır. Çalışmaya katılan gebelerin 440 ı sigara içmeyen (%88), 60 ı ise sigara içen (%12) gebeden oluşmaktadır. Araştırma kapsamına alınan tüm kadınların gebelikte sigara içme durumlarına bakıldığında büyük bir bölümünün gebelik süresince hiç sigara içmediği, %12'inin ise görüşme anında veri alırken sigara içtiği belirlenmiştir. Böylece çalışmada yer alan gebe kadınların yaklaşık onda birinin gebeliğinde sigara içmiş oldukları belirlenmiştir.

Ülkemizde gebe kadınların sigara içme sıklığını gösteren çalışmalara göre; gebelikte sigara içme sıklığı, Konya'da %7,3, Sakarya'da %12,7, Samsun'da %37 olarak bildirilmiştir(10, 25, 41). Sivas ilinde yapılan başka bir çalışmada, kadınların gebeliğinin herhangi bir döneminde sigara içme oranı %17 olarak saptanmıştır(57). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan farklı çalışmalarda ise gebelikte sigara içme oranının %11 ile %20 arasında değiştiği bildirilmektedir(58, 59). Gebelikte sigara içme davranışını inceleyen diğer çalışmalarda bu oran İsrail'de Yahudi kadınlarda %8,0, Arap kadınlarda %1,8 ve İngiltere'de %34,6 olarak saptanmıştır(33, 60). Portekiz'de ise sigara içen 15-35 yaş arasındaki kadınların %56'sının gebeliğinde sigara içtiği belirlenmiştir(61). Çalışmaların sonuçlarındaki farklılıklar; bölgelerin sosyo-kültürel özelliklerinin değişik olmasından, kadınların sosyo-demografik özelliklerindeki farklılıklardan ve bazı çalışmaların yapıldığı dönemlerde sigara içme davranışının kadınlar arasında daha az yaygın olabileceği ihtimalinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca çalışmalarda sigara içme ölçütü olarak farklı değerlendirmeler yapılmış olabileceği de göz önünde tutulmalıdır. Bu araştırma ve son dönemlerde yapılan diğer bazı araştırmaların sonuçları doğrultusunda dünyada ve ülkemizde gebe kadınlar arasında sigara içiminin önemli bir sorun olarak ele alınması gerektiği düşünülebilir.

Tarhan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadınların gebelik öncesi sigara içme oranının %26,6 olduğu ve gebelikte sigara kullanma oranının ise %11,9 olduğu belirlenmiştir(62). Bizim çalışmamızda da gebelik öncesi sigara içme oranının %16,6 olduğu ve gebelikte sigara kullanma oranının %12 olduğu görüldü. Katılımcıların gebelikte sigara içmeye devam edip etmedikleri sorgulandığında %68,7 sinin gebelikte sigara içmeye devam ettiği, diğerlerinin ise gebelikte sigara içmeye devam etmediği görülmektedir. Gebelikte veya gebelik öncesi ve sonrası dönemde sigara içiminin hala yaygın olması ciddi bir halk sağlığı sorunu olup yeni nesillerin sağlığını tehdit etmekte ve bu konudaki çalışmaların daha aktif olması gerektiğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalaması 29,1±5,8 yıl idi. Aktaş ve Güler (2010)'in çalışmasında sigara içen gebe kadınların yüksek oranda 20-29 yaş, Cesur (2007)'un çalışmasında ise sigara içen gebelerin %51'inin 25-34 yaş, %30'unun 15-

24 yaş arasında olduğu tespit edilmiştir (39, 63). Bizim çalışmamıza katılan bireyler 60 kişilik sigara içen gruptan oluşup yaş ortalaması 30,47±5,8 yıl idi. Sigara içmeyenler 440 kişilik gruptan oluşup yaş ortalaması 28,79±5,8 yıldır. Sigara içenler ile sigara içmeyenler arasında yaş ortalamaları arasında sigara içenlerde daha yüksek olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi (p=0,038).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 verilerine göre 15-49 yaş grubu kadınların %34,6'sı ilkokul mezunudur(21). 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(25, 57, 64). Yapılan çalışmalarda gebelerde eğitim durumu değerlendirildiğinde ilkokul mezunu olanların çoğunlukta olduğu gözlenmiştir (57, 64). Bizim çalışmamızda ise gebelerin çoğunluğunun lise mezunu kadınlardan oluştuğu tespit edildi. %34,4 ile lise birinci sırada, %28,0 ile de üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireyler ikinci sırada yer almıştır. Bu durum çalışmamıza katılan gebe kadınların eğitim düzeyinin yüksek oluşundan kaynaklanmıştır.

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 tespit edilmiştir. 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(25, 27, 57). Bizim çalışmamızda ise sigara içen ve geliri 5000 tl ve üzeri olan gebe kadınlarda sigara içme oranının %36,7 olduğu gözlenmiştir. Elde edilen veriler literatür verileri ile paralel iken bazıları ile paralel 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(65). Çalışmamızda sigara içen kadınların %98,3 'ünün sosyal güvencesinin olduğu gözlenmiştir.

Cesur (2007)'un çalışmasında çalışan gebe kadınlardaki sigara kullanma oranı ev hanımlarına göre daha düşüktür(39). Bizim çalışmamızda sigara içenler arasında %48.3 ile ev hanımlarının en yüksek oranda olduğu tespit edildi. Sigara içmeyenler arasında ise yine %70.8 ile ev hanımları ilk sırada yer almakta idi. Devlet memuru olan gebelerde sigara içme oranı %35 iken sigara içmeyenlerde bu oran %15 olarak tespit edildi. Sigara içenler arasında ikinci sırada ise devlet memurları %35 ile yer almakta idi. Sigara içmeyenler arasında da devlet memurları %15 ile ikinci sırada yer almaktaydı. Çalışmamızdaki veriler mevcut eski çalışmalarla mukayese edildiğinde ev hanımları arasında sigara içme oranının çalışanlara nazaran yüksek görülmesi paralellik göstermekteydi.

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(27). Bizim çalışmamızda ise şehir merkezinde yaşayan gebelerda sigara kullanım oranı %68.3 olup, kırsal kesimde yaşayan gebelerde sigara kullanım oranı ise %31,7 olarak tespit edilmiş olup elde edilen veriler literatür ile benzerdir.

Aktaş ve Güler (2010)'in çalışmasında sigara içen gebe kadınların sigaranın zarar verme konusundaki bilgi durumu sorgulandığında %69,2 oranında "bilgim yok" ifadesini kullandıkları gözlenmiştir (63). Cesur (2007)'un yaptığı çalışmada sigaranın gebelikte kendilerine vereceği zararlar konusunda "bilgim yok" diyen ve sigara içen gebeler %48,4 bulunmuştur(39). Aktaş ve Güler (2010)'in çalışmasında sigara içen gebeler sigaranın bebeklerine vereceği zararlar konusunda %44,2 oranında "bilgim yok" demiştir (63). Cesur (2007)'un çalışmasında sigaranın bebeklerine vereceği zararlar hakkında "bilgim yok" diyenlerin oranı sigara içenlerde %45,3'dir(39). Bizim çalışmamızda ise gebelikte sigara içen kadınların %76,7 inin sigaranın bebek ve anneye zararlı olduğunu, %15 nin de fikrinin olmadığını beyan etmiştir. %8,3 ünün de sigaranın bebek ve anneye zararlı olmadığını ifade etmiştir.

Katılımcılara sigara içmenin anne ve bebek üzerine etkileri hakkındaki düşünceleri sorulduğunda ise 74'ünün (% 14,8) sigara içmenin erken doğuma neden olduğunu, 219'unun (%43,8) sigara içmenin düşüğe neden olduğunu, diğerlerinin ise

sigara içmenin düşük kilolu bebek doğurmaya neden olduğunu, sigara içmenin ölü doğuma neden olduğunu**,** sigara içmenin dış gebeliğe neden olduğunu, sigara içmenin ani bebek ölümüne neden olduğunu, sigara içmenin çocukta davranış bozukluklarına neden olduğunu, sigara içmenin çocukta dikkat eksikliğine neden olduğunu ve sigara içmenin aşırı hareketli çocuk olmasına neden olduğunu düşündüğü görülmekte idi. Elde edilen verilere göre kadınların sigaranın gebelikte ne gibi zararları olduğu konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıkları ve bunun diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği gözlenmiştir.

Aktaş ve Güler (2010)'in Trabzon'da yaptığı çalışmada gebelik süresince sigara içen gebelerin %75'inin eşinin de sigara içtiği, sigara içmeyenlerin ise %21,8'inin eşinin sigara içtiği tespit edilmiştir (63). Kısacık (2007)'ın Sivas'taki çalışmasında eşleri sigara içen gebelerde sigara içme oranı %30 iken eşi sigara içmeyenlerde bu oran %17,6 olarak bulunmuştur(26). Çalışmamızda da yukarıdaki çalışmalara benzer olarak gebelikte sigara içen kadınların %85 inin eşinin de sigara içtiği belirlenmiştir. Elde edilen veriler literatür ile benzer özelliktedir.

Sigara kullanımı hem gebe hem de fetüs sağlığı için önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle gebelikte sigara kullanımının önlenmesi ve kullanan lara profesyonel destek sağlanması gerekmektedir. En ideal yol ise gebelik öncesinde sigaranın tamamen bırakılmasıdır.

Gebenin sigra içiminin fetüs ve kendi sağlığı üzerine verdiği olumsuz etkilerin önlenmesi açısından mutlaka gebelik boyunca sigara içimi davranışının sonlandırılması gerekmektedir. Gebelikte davranış tedavisi daha ağırlıkta olmalıdır. Ağır içiciler için ise kullanılacak farmakolojik tedaviler sınırlı olmaktadır. Aynı evde yaşayan tüm kişilerin sigarayı bırakması sağlanmalıdır.

Yapılan çalışmalarda çalışmamızla uyumlu olarak gebelerin yüksek oranda tütün ürünlerinin kendilerine ve fetüse verdiği zararlar hususunda yeterli bilgiye sahip olmasına rağmen içme davranışlarını devam ettirdiği gözlenmiştir. Çalışmamızda mevcut davranışı devam ettiren gebelerin sosyokültürek düzeylerin daha yüksek olması ise önemle vurgulanması gereken bir konu olmuştur. Sigara bırakma tedavisi

bir ekip çalışması olup burada eşlerinde önemli rolü olmaktadır. Pasif sigara içiciliği kadınlarda özellikle gebelerde bu davranışın sürdürülmesinde önemli rol oynamaktadır.

Sonuç olarak fetüs ve anne sağlığı için önemli rol oynayan sigara kullanımına yönelik farkındalık çalışmaları artırılmalı ve özellikle gebelik planlayan anne adaylarının sigara bıraktırılması konusunda farmakolojik tedavinin bu kadar kısıtlı olduğu bir grupta önceden bıraktırılmasına çalışılmalıdır.

6. SONUÇLAR

1. Çalışmamıza Erzurum İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı aile sağlık merkezlerine kayıtlı olan ve Atatürk Üniversitesi Kadın ve Doğum Hastalıkları polikliniğine müracaat eden toplam 500 gebeye anket uygulandı. Araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalaması 29,1±5,8 yıl idi.
2. Katılımcıların 312'sinin (%62,4) lise ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu görüldü.
3. Katılımcıların 337'sinin (%67,4) ev hanımı olduğu, yaşadıkları yere bakıldığında ise 339'unun (%67,8) şehir merkezinde yaşadığı görüldü.
4. Araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğunun 469'unun (%93,8) sosyal güvencesinin olduğu, ortalama aylık gelirine göre gruplama yapıldığında 230'unun (%46) 1000-2999 TL arası gelir düzeyi olduğu görüldü.
5. Katılımcıların eşlerinin meslekleri sorgulandığında ise 336'sının (%67,2) özel sektörde çalışmakta olduğu görüldü. Eşlerinin eğitim düzeyleri incelendiğinde ise 365'inin (%73) lise ve daha üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu saptandı.
6. Katılımcıların sigara içme durumlarına sorgulandığında ise 60'ının (%12,0) aktif sigara içiyor olduğu, 26'sının (5,2) gebelik öncesi sigara içmeyi bırakmış olduğu saptandı.
7. Katılımcıların gebelik sayısına bakıldığında çoğunluğunun 186'sının (%37,2) ilk gebeliği olduğu görüldü.
8. Katılımcıların gebelik öncesi sigara içip içmediği sorgulandığında çoğunluğunun 83'ünün (%96,5) gebelik öncesi sigara içtiği görülmekte idi.
9. Gebelik öncesi sigara içen katılımcıların 57'sının (%68,7) gebelikte de sigara içmeye devam ettiği,üç kişininde sigara içmeye gebelikte başladığı görüldü.
10. Katılımcıların eşlerinin sigara içme durumu sorgulandığında çoğunluğunun 275'inin (%55,0) eşinin sigara içtiği görülmekte idi.
11. Katılımcıların gebelik süresince ve doğum sırasında sorun yaşayıp yaşamadığı sorgulandığında gebelikte ve doğum sırasında sorun yaşayanların sayısı 37(%7,4) olduğu tespit edildi.

12. Sigara içenler arasında gebelikte ve doğum sırasında sorun yaşayanların sayısı 12 (%20) olarak görüldü.

13. Katılımcıların düşük tehdidi veya erken doğum tehdidi yaşayıp yaşamadığı sorgulandığında ise 34' ünün (%6,8) düşük tehdidi veya erken doğum tehdidi yaşadığı tespit edildi.

14. Katılımcıların doğum şekli sorgulandığında ise çoğunluğunun 281'inin (%56,2) doğum şeklinin normal doğum olduğu görülmekte idi.

15. Gebelere sigara içmenin anne ve bebek üzerine zararları hakkındakı bilgi düzeyleri sorgulandıgında 325 'inin (%65) sigara içmenin bebek ve anneye zararı olduğunu düşündüğü görüldü.

16. Sigara içenler arasında sigara içmenin anne ve bebek üzerine zararları hakkındakı bilgi düzeyleri sorgulandıgında ise 46'sının (%76,7) sigara içmenin bebek ve anneye zararı olduğunu düşündüğü görüldü.

17. Sigara içenler arasında sigara içmenin anne ve bebek üzerine etkileri hakkındaki düşünceleri sorulduğunda ise 16'sının (%26) en yüksek oran ile sigara içmenin düşüğe neden olduğunu ifade ettiği görüldü.

18. Katılımcıların Fargerstroom bağımlılık testi (FNBT) puanlarının ortalaması 2,3±2,3 yıl idi. Katılımcıların FNBT sonuçlarına bakıldığında çoğunluğunun 49'ununn (%81,6) düşük ve çok düşük düzeyde nikotin bağımlılığının olduğu görüldü.

19. Sigara içenler arasında 25 (% 41,6) ile üniversite ve üzeri eğitimi olanlar yüksek orandaydı.

20. Sigara içenler arasında mesleklere göre bakıldığında 29 (%48,3) ile ev hanımlarının sigara içme oranının en fazla oranda olduğu görüldü.

21. Yaşanılan yere göre bakıldığında sigara içenler arasında 41(%68,3) ile şehir merkezinde yaşayan kişilerin sigara içme oranının yüksek olduğu görüldü.

22. Eşinin mesleğine göre bakıldığında sigara içenler arasında eşi özel sektörde olanların sigara içme oranı 35 (%58,3) oranla en yüksek olarak görüldü.

23. Sigara içenler ile içmeyenler arasında eşinin sigara içme durumuna göre

bakıldığında sigara içenler arasında 51'inin (%85) eşinin de sigara içtiği görülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0,001$).

24. Sigara içmeyenlerde gebelikte ve doğum sırasında sorun yaşayanların oranı %6 olarak saptandı.İçmeyenlerde ise bu oran %20 idi.

25. Sigara içenlerde düşük tehdidi veya erken doğum tehdidi yaşayıp yaşamadığı sorgulandığında ise % 15 düşük tehdidi veya erken doğum tehdidi yaşadığı görülürken; içmeyenlerde ise bu oran % 6 olarak tespit edildi.

26. Sigara içenlerde sezeryan ile doğum yapanların % 25, sigara içmeyenlerde ise sezeryan oranlarının % 4.1 olduğu saptandı.

27. Sigara içenler arasında sigara içmenin anne ve bebek üzerine zararları hakkındakı bilgi düzeyleri sorgulandıgında zararlı olmadığını düşünenlerinin oranın % 8.3, sigara içmeyenlerde ise bu oranın % 1 olduğu saptandı.

28. Sigara içmeyenler arasında ise yine % 70.8 ile ev hanımlarının en fazla orana sahip olduğu görüldü. Yine sigara içenler arasında % 35 ile devlet memurları sigara içme oranı bakımından ikinci sırada yer almaktaydı

KAYNAKLAR

1. Organization WH, Control RfIT. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package: World Health Organization; 2008.
2. Doğu S, AB E. Gebe kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgiler. Maltepe Üniv Hemşirelik Bilim ve Sanat Derg. 2008;1(1):12-7.
3. Enstitüsü HÜNE. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2009;2009:144-45.
4. Beck LF, Morrow B, Lipscomb LE, Johnson CH, Gaffield ME, Rogers M, et al. Prevalence of selected maternal behaviors and experiences, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 1999. Morbidity and Mortality Weekly Report CDC Surveillance Summaries. 2002;51(2).
5. Lu Y, Tong S, Oldenburg B. Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. Health promotion international. 2001;16(4):355-65.
6. Aktif KR. pasif sigara içiciliğinin gebelik ve fetüs üzerine etkileri. Prev Med Bull. 2008;7(5):445-8.
7. Marakoglu K, Erdem D. Attitudes and behaviors of pregnant women about smoking in Konya. ERCIYES TIP DERGISI. 2007;29(1):47.
8. Association AP. Smoking and your baby: Need help putting down that cigarette. 2006.
9. Dogruel F, Dogruel A. Osmanli'dan Gunumuze Tekel. Istanbul: Tekel Yayinlari. 2000.
10. Semiz O, Sözen C, Cevahir R, Şahin S, Kılıçoğlu S. Some characteristics of the smoking profiles of pregnant women who applied to a health center in Sakarya. Turkish Medical Association, Journal of Continuous Medical Education. 2006;15:149-52.
11. Yeltekin S, Karasimav D, Yalçın S. Effects of passive tobacco exposure on birthweight at Gümüşdere Health Station. STED. 2005;14(4):90-3.

12. Koç Y, No T-İEY. Atatürk'ün millileştirmeleri ve devletleştirmeleri, günümüzün özelleştirmeleri: TÜRK-İŞ; 2000.
13. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship: World Health Organization; 2013.
14. Eriksen M, Mackay J, Ross H. The tobacco atlas: American Cancer Society; 2013.
15. Organization WH. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy: World Health Organization; 2013.
16. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/156145/HV5770ES.pdf. erişim tarihi:28.03.2018.
17. T.C. S. Bakanlığı Ulusal tütün kontrol programı ve eylem planı 2008-2012. TŞOF Plaka Matbaacılık AŞ Ankara. 2008:108-32.
18. Türkiye İstatistik Kurumu , KÜRESEL YETİŞKİN TÜTÜN ARAŞTIRMASI, Sayı: 13142 http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142. erişim tarihi:16.04.2018,2012
19. Keten HS, Kahraman H, Üçer H, Çelik M, Sucaklı MH, Ersoy Ö. Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(2):58-62.
20. Türkiye İstatistik Kurumu, Doğum İstatistikleri, Sayı: 16048 http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do%3Fid=16048. erişim tarihi:16.04.2018
21. TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2013.
22. Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas' ta gebelikte sigara kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003;25(4):157-64.
23. Demirkaya B. Gebelikte sigara içiminin plasenta ve yenidoğan üzerine etkileri [Tez]. İstanbul: TC Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın hastalıkları ve doğum kliniği. 2004.
24. Semiz O, Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Kılıçoğlu SS. Sakarya'da bir sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin sigara içme durumlarıyla ilgili bazı özellikler. Sted. 2006;15(8):149-52.

25. Marakoğlu K, Erdem D. Konya'da gebe kadınların sigara içme konusundaki tutum ve davranışları. Erciyes Tıp Dergisi. 2007;29(1):47-55.
26. KISACIK G, GÖLBAŞI Z. Gebe Kadınların Sigara İçme Davranışları ve Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgileri. Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics. 2009;19(4):197-205.
27. Altıparmak S, Altıparmak O, Avcı HD. Manisa'da Gebelikte Sigara Kullanımı; Yarı Kentsel Alan Örneği. Turk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal. 2009;10(1).
28. Mutlu LC, Saraçoglu GV. Prevalence of smoking and factors affecting smoking behaviour during pregnancy: A sample from Tekirdag. Turkish Journal of Public Health. 2014;12(1):1.
29. Şahın EM, Kiliçarslan S. Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Bunları Etkileyen Etmenler. Medical Journal of Trakya University/Trakya Universitesi Tip Fakultesi Dergisi. 2010;27(1).
30. Durualp E, BEKTAŞ G, Ergin D, Karaca E, Topçu E. Annelerin Sigara Kullanımı ile Yenidoğanın Doğum Kilosu, Boyu ve Baş Çevresi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2011;64(03):119-26.
31. Akdolun Balkaya N, Vural G, Eroğlu K. Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi; Cilt 4, Sayı 1 (2014). 2014.
32. Passey ME, D'Este CA, Sanson-Fisher RW. Knowledge, attitudes and other factors associated with assessment of tobacco smoking among pregnant Aboriginal women by health care providers: a cross-sectional survey. BMC Public Health. 2012;12(1):165.
33. Munafo M, Wileyto E, Murphy M, Collins B. Maternal smoking during late pregnancy and offspring smoking behaviour. Addictive behaviors. 2006;31(9):1670-82.
34. Howe LD, Matijasevich A, Tilling K, Brion M-J, Leary SD, Smith GD, et al. Maternal smoking during pregnancy and offspring trajectories of height and adiposity: comparing maternal and paternal associations. International journal of epidemiology. 2012;41(3):722-32.

35. Erickson AC, Arbour LT. Heavy smoking during pregnancy as a marker for other risk factors of adverse birth outcomes: a population-based study in British Columbia, Canada. BMC Public Health. 2012;12(1):102.
36. Mohsin M, Bauman AE. Socio-demographic factors associated with smoking and smoking cessation among 426,344 pregnant women in New South Wales, Australia. BMC public health. 2005;5(1):138.
37. Alp H, Selimoğlu MA, Yaman S, Energin M, Altınkaynak S, Orbak Z. Gebelikte sigara kullanımının fetusa etkileri. Türk Pediatri Arşivi. 1995;30(2).
38. Kublay G, Terzioğlu F, Karatay G. Gebelik ve sigara. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara. 2008.
39. Cesur B. Sivas İl Merkezinde Sigara İçen ve İçmeyen Annelerin ve Bebeklerinin Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2007.
40. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. Toraks dergisi. 2006;7(1):51-64.
41. Üstün. C ME. Effect of smoking during pregnancy on the fetus and placenta. J Med OMU. 1990:43-9.
42. Cnattingius S, Lindmark G, Meirik O. Who continues to smoke while pregnant? Journal of Epidemiology & Community Health. 1992;46(3):218-21.
43. Gilman SE, Breslau J, Subramanian S, Hitsman B, Koenen KC. Social factors, psychopathology, and maternal smoking during pregnancy. American journal of public health. 2008;98(3):448-53.
44. Bergmann R, Bergmann K, Schumann S, Richter R, Dudenhausen J. Rauchen in der Schwangerschaft: Verbreitung, Trend, Risikofaktoren. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie. 2008;212(03):80-6.
45. Scott TJL, Heil SH, Higgins ST, Badger GJ, Bernstein IM. Depressive symptoms predict smoking status among pregnant women. Addictive behaviors. 2009;34(8):705-8.
46. Higgins ST, Heil SH, Badger GJ, Skelly JM, Solomon LJ, Bernstein IM. Educational disadvantage and cigarette smoking during pregnancy. Drug and Alcohol Dependence. 2009;104:S100-S5.

47. Ergin I, Hassoy H, Tanik FA, Aslan G. Maternal age, education level and migration: socioeconomic determinants for smoking during pregnancy in a field study from Turkey. BMC Public Health. 2010;10(1):325.
48. Røsand G-MB, Slinning K, Eberhard-Gran M, Røysamb E, Tambs K. Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. BMC public health. 2011;11(1):161.
49. Control CfD, Prevention. How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the surgeon general. 2010.
50. Yalçıntürk AA. Gebelikte Madde Kötüye Kullanımı ve Hemşirelerin Sorumlulukları. Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi.1(2):45-50.
51. Birliği AP. DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı. E Köroğlu (Çev) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2013;158.
52. S. Bakanliği madde bağimliliği tani ve tedavi kilavuzu el kitabi.
53. Öztuna F. Gebelikte sigara bırakma tedavisi. Tuberk Toraks. 2008;56:232-5.
54. Pletsch P, Thornton Kratz A. Why do women stop smoking during pregnancy? Cigarettes taste and smell bad. Health Care for Women International. 2004;25(7):671-9.
55. Shea AK, Steiner M. Cigarette smoking during pregnancy. Nicotine & Tobacco Research. 2008;10(2):267-78.
56. Cornelius MD, Geva D, Day NL, Cornelius JR, Taylor PM. Patterns and covariates of tobacco use in a recent sample of pregnant teenagers. Journal of Adolescent Health. 1994;15(7):528-35.
57. Marakoğlu K, Sezer, R. E. Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi,. 2003;24(4):157-64.
58. Ebrahim SH, Floyd RL, Merritt II RK, Decoufle P, Holtzman D. Trends in pregnancy-related smoking rates in the United States, 1987-1996. Jama. 2000;283(3):361-6.
59. Elizabeth Jesse D, Graham M, Swanson M. Psychosocial and spiritual factors associated with smoking and substance use during pregnancy in African American and White low-income women. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2006;35(1):68-77.

60. Amitai Y, Fisher N, Haringman M, Meiraz H, Baram N, Leventhal A. Increased awareness, knowledge and utilization of preconceptional folic acid in Israel following a national campaign. Preventive medicine. 2004;39(4):731-7.
61. Ferreira-Borges C. Effectiveness of a brief counseling and behavioral intervention for smoking cessation in pregnant women. Preventive Medicine. 2005;41(1):295-302.
62. Tarhan P, Yilmaz T. Gebelikte Sigara Kullanımı ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2016;3(3):140-7.
63. Aktaş S, Güler, H. Gebelik Boyunca Sigara İçiminin Perinatal Dönemde Anne ve Bebek Sağlığı Üzerine Etkisi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2010:100-7.
64. Semiz O, Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Kılıçoğlu S. Sakarya'da bir sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin sigara içme durumlarıyla ilgili bazı özellikler. Sted. 2006;15(8):149-52.
65. Smedberg J, Lupattelli A, Mårdby A-C, Nordeng H. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. BMC pregnancy and childbirth. 2014;14(1):213.