



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİKTE SİGARA İÇİMİNİN PLASENTA,
EMZİRME ÖZ-YETERLİLİK VE
YENİDOĞAN ÖLÇÜMLERİNE ETKİSİ**

HAZIRLAYAN: EYŞAN BALCIOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

1. Danışman

Dr. Öğr. Üyesi HAYRUNNİSA YEŞİL

2. Danışman

Doç. Dr. SEREN GÜLŞEN GÜRGEN

MANİSA-2019

**Gebelikte Sigara İçiminin Plasenta, Emzirme Öz-Yeterlilik ve Yenidoğan
Parametrelerine Etkisi**

Öğrenci: Eyyan Balcioğlu

Danışman: Dr.Öğr.Üyesi Hayrunnisa Yeşil

İkinci Tez Danışmanı: Doç. Dr. Seren Gülşen Gürgen

Bu tez çalışması 25/07/2019 tarihinde jürimiz tarafından "Ebelik Tezli Yüksek Lisans Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Dr.Öğr.Üyesi Hayrunnisa Yeşil (imza)
(Manisa Celal Bayar Üniversitesi/ Ebelik AD)

Üye : Doç. Dr. Seren Gülşen Gürgen (imza)
(Manisa Celal Bayar Üniversitesi/Histoloji ve Embriyoloji AD)

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Hülya Demirci (imza)
(Manisa Celal Bayar Üniversitesi/ Ebelik AD)

Üye: Doç. Dr. Oya Sayın (imza)
(Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu)

Üye: Dr.Öğr.Üyesi Duygu Güleç Şatır (imza)
(Ege Üniversitesi/Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD)

Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı bulunmuştur.

25/07/2019

Prof. Dr. Bila-i Habes GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü V.



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİKTE SİGARA İÇİMİNİN PLASENTA,
EMZİRME ÖZ-YETERLİLİK VE
YENİDOĞAN ÖLÇÜMLERİNE ETKİSİ**

HAZIRLAYAN: EYŞAN BALCIOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

1. Danışman: Dr. Öğr. Üyesi HAYRUNNİSA YEŞİL
2. Danışman: Doç. Dr. SEREN GÜLŞEN GÜRGEN

TEZ SINAV JÜRİSİ

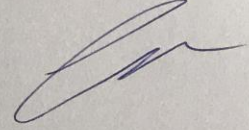
1. Danışman Dr. Öğr. Üyesi Hayrunnisa YEŞİL
 2. Danışman Doç. Dr. Seren Gülşen GÜRGEN
- Üye Dr. Öğr. Üyesi Hülya DEMİRCİ
Üye Doç. Dr. Oya SAYIN
Üye Dr. Öğr. Üyesi Duygu GÜLEÇ ŞATIR

MANİSA-2019

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 çalışmasıyla 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 olmadığını beyan ederim.

Eyşan BALCIOĞLU



TEŞEKKÜR

Araştırmanın en başında konu seçiminden, çalışmamız boyunca izleyeceğim her türlü yol ve yöntemi belirlerken, veri toplama aşamasında, çalışırken, yazarken her adımda yanımda olan, maddi, manevi, akademik hiçbir desteği esirgemeyen çok sevdiğim hocam, danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Hayrunnisa YEŞİL'e,

Araştırmamın yürütülmesi aşamasında bilgi ve tecrübesi ile bana zaman ayırarak güzel enerjisi ile destek veren çok değerli 2. Danışmanım Doç. Dr. Seren Gülşen GÜRGEN'e,

Değerli önerileri ile tezime ışık tutan, yorumları ile tezimi zenginleştiren ve beni yalnız bırakmayan değerli tez jürilerim Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hülya Demirci, Doç. Dr. Oya Sayın ve Dr. Öğr. Üyesi Duygu Güleç Şatır'a,

Araştırmam sırasındaki yardım ve desteklerinden dolayı Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Doğum Salonu birim sorumlum Emel Ertekin'e ve çalışma arkadaşlarıma,

Çalışmama değer verip katılmayı gönüllü olarak kabul ederek bana vakit ayıran tüm kadınlara, bebeklerine ve plasentalarına,

Bu süreçte ve hayatımın her aşamasında destekleri ve sevgileri ile her zaman yanımda olan, başta en yakın arkadaşım ve yoldaşım Furkan Balcıoğlu olmak üzere, annem Alev Balcıoğlu, babam Ayhan Balcıoğlu, canım kardeşim Enes Balcıoğlu'ya ve tüm aileme,

Teşekkürlerimi sunuyorum...

Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu Başkanlığı tarafından 2017/216 numaralı proje ile desteklenmiştir.

Eyşan BALCIOĞLU

III. KISALTMALAR

- ACTH:** Adrenokortikotropik Hormon
APP: Amerikan Pediatri Akademisi
DDA: Düşük Doğum Ağırlığı
EMR: Erken Membran Ruptürü
EÖYÖ: Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği
ET: Embriyo Transferi
FSH: Folikül Uyarıcı Hormon
HPL: Plasental Laktojenik Hormon
HPV: Human Papillomavirus
IUGR: İntra Uterin Gelişme Geriliği
IVF: İn Vitro Fertilizasyon
KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KW: Kruskal Wallis Testi
KYTA: Türkiye’de Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
Ort: Ortalama
p: Anlamlılık Düzeyi
PDA: Patent Duktus Arteriyozus
PEMR: Preterm Erken Membran Ruptürü
PGH: Plasental Büyüme Hormonu
SGA: Gebelik Haftasına Göre Küçük
SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
TGG-a: Dönüştürücü Büyüme Faktörü Alfa
TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
VSD: Ventriküler Septal Defekt
WHO: Dünya Sağlık Örgütü

	Sayfa No
IV. İÇİNDEKİLER	
I. BEYAN	i
II. TEŞEKKÜRLER	ii
III. KISALTMALAR	iii
IV. İÇİNDEKİLER	iv
V. TABLOLAR DİZİNİ	vi
VI. RESİM DİZİNİ	vii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
3.1 AMAÇ VE KAPSAM	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. SİGARA	6
4.2. PLASENTA	25
4.3. EMZİRME	34
5. GEREÇ VE YÖNTEM	41
5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	41
5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ	41
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	41
5.4. ARAŞTIRMANIN SORULARI	42
5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	42
5.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	43
5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	49
5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	49
5.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	50

6. BULGULAR	51
7. TARTIŞMA	76
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	84
9. KAYNAKLAR	86
10. EKLER	98
EK-1. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Konusu Onayı	98
EK-2. Etik Kurul Onayı	99
EK-3. Kurum İzin Yazısı	100
EK-4. Tanıtıcı Bilgi Formu	101
EK-5. Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği	107
EK-6. Ölçek İzin Yazısı	108
EK-7. Fagerström Bağımlılık Testi	110
EK-8. Gönüllü Olur Formu	111
EK-9. Yüksek Lisans Tez Çalışması Orijinallik Raporu	115
11. ÖZGEÇMİŞ	116

V. TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Sigara Dumanında Bulunan Bazı Kimyasal Maddeler	7
Tablo 2. Parafin Doku Takibi	45
Tablo 3. Hematoksilen-Eozin Boyaması	46
Tablo 4. Apgar Skorlaması	48
Tablo 5. Gebelerin Demografik Özellikleri	52
Tablo 6. Gebelerin Doğum Öyküsü, Plasenta ve Emzirme Durumuna İlişkin Özellikleri	55
Tablo 7. Gebelerin Doğum Sonrası Dönem Emzirme Durumu Değerlendirmesi	58
Tablo 8. Sigara Kullanan Gebelerin Sigara Kullanımına İlişkin Durumların Değerlendirilmesi	59
Tablo 9. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Gebelerin Hematoksilen Eozin Patolojik Bulgularının Karşılaştırılması	61
Tablo 10. Gebelerin Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Ortanca Puanlarının Dağılımı ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	64
Tablo 11. Sigara Kullanan Gebelerin Fagerström Bağımlılık Testi Ortanca Puanlarının Dağılımı	65
Tablo 12. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Ortanca Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	66
Tablo 13. Gebelerin Doğum Öyküsü, Plasenta ve Emzirme Durumuna İlişkin Özellikleri ile Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Ortanca Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	69
Tablo 14. Sigara İçen Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Fagerström Bağımlılık Testi Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması	72
Tablo 15. Sigara İçen Gebelerin Doğum Öyküsü, Plasenta ve Emzirme Durumuna İlişkin Özellikleri ile Fagerström Bağımlılık Testi Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması	74
Tablo 16. Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği ile Fagerström Bağımlılık Testi Puanlarının Karşılaştırılması	75

VII. RESİM DİZİNİ

Sayfa No

Resim 1. Plasentanın makroskopik ve mikroskopik incelenmesi.

47

Resim 2. Sigara içmeyen gruptaki plasenta histopatolojisi

62

Resim 3. Sigara içen gruptaki plasenta histopatolojisi

63



Tezin Başlığı: Gebelikte Sigara İçiminin Plasenta, Emzirme Öz-Yeterlilik Ve Yenidoğan Ölçümlerine Etkisi

Öğrencinin Adı: Eyşan BALCIOĞLU

Danışmanlar: Dr. Öğr. Üyesi Hayrunnisa YEŞİL, Doç. Dr. Seren Gülşen GÜRGEN

Anabilim Dalı: Ebelik

1. ÖZET

Amaç: Gebelikte sigara içiminin plasenta, emzirme öz-yeterlilik ve yenidoğan ölçümlerine etkisinin incelenmesi.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Mart-Mayıs 2018 tarihlerinde Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesinde spontan vajinal doğum yapan 70 kadın (35 sigara içen, 35 içmeyen) ile yürütülmüştür. Veri toplamak amacıyla “Sosyo-demografik Anket Formu”, ”Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ)” ve “Fagerström Bağımlılık Testi” kullanılmıştır. Plasenta dokularından kesitler alınıp histopatolojik olarak incelenmiştir. Her iki grubun emzirme durumları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Her iki grubun sosyodemografik özelliklerinden yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olması ve izlemlerin düzenli olma durumu değişkenleri ile postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Bebeğin doğum ağırlığı, doğum boyu, baş çevresi, doğumdan sonra bebeği ilk emzirme zamanı ve bebeğin şu anki emme durumu değişkenleri arasında ise anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$). Sigara kullanan ve kullanmayan gebelerin Hematoksilen Eozin patolojik bulguları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç: Sigaranın plasenta ağırlığını düşürdüğünü, histolojisinde olumsuz değişikliklere neden olduğunu tespit ettik. Ayrıca ilk emzirme zamanını olumsuz etkilediğini, öz-yeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını saptadık Sigara içiminin bebeğin doğum ağırlığı, doğum boyu, baş çevresi ölçümlerini olumsuz etkilediği sonucuna ulaştık. 1. ve 5. dakika apgar skorlarında olumsuz bir sonucuna ulaşmadık.

Anahtar Kelimeler: sigara, gebelik, plasenta, yenidoğan, emzirme öz-yeterlilik.

Title of the Thesis: The Effect Of Smoking Placenta, Pregnancy Self-Efficiency And Newborn Measurements In Pregnancy

Student's name: Eyşan BALCIOĞLU

Consultants: Dr. Öğr. Üyesi Hayrunnisa YEŞİL, Doç. Dr. Seren Gülşen GÜRGEN

Department Of Midwifery

2. ABSTRACT

Purpose: Examination of the effect of smoking on pregnancy on placenta, breastfeeding self-efficacy and newborn measurements.

Materials and Methods: The research was carried out in March- May 2018 with 70 women (35 smoker, 35 non-smoker) who applied to Delivery section of Manisa Merkezefendi State Hospital, for childbearing and gave spontaneous vaginal delivery. In order to obtain data, "Sociodemographic Survey Form", "Postpartum Breast-feeding Self-Efficacy Scale" (PBSES)", "Fagerstrom Test for Nicotine Dependence" were used. Sections were taken from placenta tissues and histopathologically examined. Breastfeeding status of both groups were evaluated.

Findings: It was determined that there is no significant difference between the sociodemographic particulars of both groups that are variables of the age, educational status, social security, number of pregnancy, parity, number of children alive, planned pregnancy and the status of regularity of the follow-ups, and postpartum breast-feeding self-efficacy scale median points ($p>0,05$). It was determined that there was a significant difference between the variables of the birth weight of the baby, birth height, head circumference, the first nursing time of the baby after the birth and the present nursing situation of the baby ($p<0,05$). It was determined that there was a significant difference between the Hematoxylin Eosin pathological symptoms of the smoking and non-smoking pregnant women ($p<0,05$).

Results: We determined that smoking reduces the weight of placenta, causes negative changes in the histology of placenta. We detected that smoking negatively affected the first nursing time of the baby, and did not have significant affect on the self-efficacy. We reached the conclusion that smoking negatively affected the measurements of birth weight, birth height, head circumference. We did not reach any negative result in 1. and 5. minutes apgar scores.

Key Words: smoking, pregnancy, placenta, newborn, breastfeeding self-efficacy.

3.GİRİŞ VE AMAÇ

3.1.AMAÇ VE KAPSAM

Plasenta genellikle klinisyenlerin ve patoloğların gereken ilgiyi göstermedikleri bir organdır. Plasentaların çok sayıda olması, bunların çoğunun da belirgin patoloji içermemesi, üstelik bazı plasenta patolojilerinin de perinatal mortalite ve morbidite ile ilişkisinin olmaması gibi nedenler, plasentanın klinisyen ve patoloğ tarafından yeterince değerlendirilmemesine yol açmıştır (Demirhan 1993).

Kadın popülasyonunda giderek artan sigara kullanımı akciğer kanseri, koroner obstruktif akciğer hastalığı, kalp hastalıkları, osteoporoz, daha geç gebe kalma, erken menopo, menstruel problemler, infertilite ve kanserlere neden olmaktadır (Doğru ve Berkiten 2008; Karlıkaya ve ark. 2006). Toplumda sigara içiminin oldukça yaygın bir alışkanlık olması, sigara içenlerin %90'ının bu alışkanlığa 20 yaşından önce başlaması ve erkek kullanıcıların giderek azalırken, kadın kullanıcılarda artış olması gebelikte sigara içimine daha sık rastlanmasına neden olmaktadır (Özmen 2004).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2003'e (TNSA-2003) göre sigara kullananların oranı son 10 yıl içinde hızla artarak %18'den %28'e çıktığı gebe kadınların %15'inin, emziren kadınların %20'inin sigara kullandığı tespit edilmiştir. Bu değerler TNSA-2008 verilerine göre gebelerde %11,4'e ve emzirenlerde %16,5'e gerilemiştir (TNSA-2013). Tüm bu bulgular ülkemizde gebe kadınlar arasında sigara içiminin yaygın bir davranış ve önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Bir toplumda kadın popülasyonunda sigara tüketiminin artması, sigaradan kaynaklanan gebelik ile ilgili risklerin de artmasına neden olmaktadır (Durualp ve ark. 2011).

Fetal büyüme ve gelişme, fetal doku ve organların diferansiyasyonu, matürasyonu ve büyümesi ile karakterize bir durumdur (Fanaroff 1997). Fetal büyüme ve gelişmeyi etkileyen başlıca faktörler fetal genetik yapı, uteroplental fonksiyon ve maternal çevredir. Bütün bu faktörlerin uygun olduğu koşullarda,

sağlıklı bir fetüs intrauterin somatik büyümesini tamamlar. Koşulların uygun olmaması durumunda ise fetal büyüme ve gelişme, olumsuz etkilenerek sınırlanabilir. Anormal maternal, fetal ve plasental faktörler tek tek veya hep beraber fetal büyüme ve gelişmeyi olumsuz etkileyebilirler (King 1994; Ott 1993). Fetusun büyüme ve gelişmesini etkileyen pek çok faktör olmakla birlikte bunlar arasında sigara içimi ve sigaraya maruz kalma; hem yaygınlığı hem de önlenebilir olması bakımından oldukça önemlidir (Andres ve Day 2000; DiFranza ve Lew 1995). Sigara içiminin engellenmesi için yapılan bütün çabalara rağmen kadınlar arasında sigara içimi, özellikle gelişmekte olan ülkelerde hızla artmaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda gebe kadınların buldukları sosyoekonomik statülere göre değişen oranlarda sigara içmeye devam ettikleri gösterilmiştir. Sigara içimi intrauterin gelişme geriliğine (İUGR) neden olması bakımından iyi araştırılmış ve doz-cevap eğrileri ile etkinliği gösterilmiş ajanlardan biridir (WHO-2010).

Gebelikte sigara içimi sadece İUGR'ye neden olmakla kalmaz; birçok gebelik komplikasyonlarına da sebep olur. Ayrıca bebekte gerek postnatal; gerekse de yaşamının ileri dönemlerini de etkileyecek birçok olumsuz etkileri mevcuttur. Gebelikte sigara içiminin majör etkileri; büyüme kısıtlılığı, artmış düşük riski, erken membran rüptürü, prematür doğum, ölü doğum, plasenta previa, dekolman plasenta, ani bebek ölümü sendromu ve çocukluk dönemi etkileridir. Bu konuda sayısız araştırmalar yapılarak sigaranın olumsuz etkileri gösterilmiştir ve birçok yeni araştırma da henüz bilinmeyen zararlarını ortaya koymak için yapılmaya devam etmektedir. Annenin sigara içiminden veya annenin sigara dumanına maruz kalmasından fetusun ne oranda etkilendiği de çok önemlidir. İyi dökümante edilmiş doz-cevap eğrileri gözlemlenmiş, anne tarafından içilen sigara sayısı arttıkça fetal ağırlığın düştüğü görülmüştür (WHO-2010/2013). Bununla birlikte sigara içmemesine rağmen çevresinde sigara içilen annelerin bebeklerinde de sigara içen anne bebeklerindeki benzer bulgular olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur (TÜİK-2012).

Yapılan pek çok çalışmada gebelikte sigara içiminin gebeliğe ve gebeye etkilerinin yanında plasental ve fetal sağlığa etkileri incelenmiştir. Konu ile ilgili çalışmaların arttırılması ve geliştirilmesi konuya daha çok dikkat çekecek ve alınacak önlemlerin arttırılması için fayda sağlayacaktır. Biz de bu düşünce ile yola çıkarak gebelikte sigara kullanımının, plasenta üzerinde yapacağı etkileri histopatolojik olarak inceleyerek etkisinin ne düzeyde olduğunu araştırmak istedik. Konuyu

emzirme, yenidoğan sağlığı ve gelişimi ile ilgili doğum sonrası bilgi veren parametrelerle de ilişkilendirerek ele aldık.



4.GENEL BİLGİLER

4.1.SİGARA

Sigara günlük yaşamda kullanımı oldukça yaygın olan ve bağımlılık yapan bir maddedir. Dünyada ve ülkemizde büyük bir halk sağlığı problemi olan sigara bağımlılığı, birçok sağlık sorununa sebep olarak insan sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir ve dünya üzerinde önlenebilir ölüm sebepleri arasında ilk sıradaki yerini günümüzde de korumaktadır. Satın alım maliyetinin yanı sıra tütün kullanımına bağlı sağlık sorunlarının tanı ve tedavisi için yapılan harcamalar ve yine bu sebeple meydana gelen işgücü kaybına kaynak olması nedeniyle bireysel ve toplumsal olarak yüksek maliyet gerektirmektedir (WHO 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sigara kullanımını günümüzün biyo-sosyo psikolojik zehirlenme şekli olarak tarif etmiştir. Bağımlılık konusunda insanların birbirlerini etkilemesi ve sigara kullanımı konusunda toplumda tolerans gelişmesi bir sosyal zehirlenme, fiziki ve psikolojik olarak bağımlılık yapması da psikolojik zehirlenme şekli olarak düşünülmektedir (Altıparmak ve ark. 2009).

Elde edilebilirliğinin kolay olması ve kullanımının yasal olması gibi nedenler dolayısıyla sigara sık görülen ve en önemli madde bağımlılığıdır (Kaya ve ark. 2005). Sigara kullanan kişiler, sigaraya bağlı zararlı etkilere kısa bir süre içinde ya da hızla ortaya çıkacak şekilde maruz kalmadıklarından dolayı, durumun ciddiyetini yeteri kadar önemsememektedirler (Tekbaş ve ark. 2006).

Sigaranın İçeriği

Tütün ürünleri; tütünü kullanıma hazır hale getiren madde, bileşen ve hammaddelerden oluşur. İşlenmiş tütün yaprağı; bu tütün yaprağını bir arada tutan materyaller (kağıt, sargı, filtre vb.); işleme yardımcıları ve tütün yaprağının işlenmesini ve saklanmasını takiben kalan kalıntı maddeler; paketleme materyalinden ürüne geçen maddeler ve ürünü müşteriye daha cazip hale getirmek için özellikle eklenmiş maddeler içerikte bulunan bileşenlerdir (Thomsen ve Rodríguez-Farré 2010).

Sigara, başta fiziksel ve davranışsal bağımlılığın ana etkeni nikotin olmak üzere içeriğinde dört binden fazla toksik madde bulundurmaktadır (Raw ve ark. 2002).

Nikotinin bağımlılık yapma özelliğinden dolayı sigara bağımlılığı günümüzde kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir (A US Public Health Service report 2000).

7.000'den fazla kimyasal içeren sigara dumanı; içersinde en az 69 tanesi kansere neden olabilecek yüzlerce toksik madde ve ağır metal bulundurmaktadır (US Department of Health and Human Services report 2014.).

Tablo 1:Sigara Dumanında Bulunan Bazı Kimyasal Maddeler (Er ve ark 2009.)

Akrolein	Dimetilamin	Kinolin	N-nitrozodietanolamin
Aseton	Formaldehit	Katran	Nikel
Antrasen	Fenol	Kadmiyum	Nitrojen oksitleri
Anilin	Formik asit	Laktik asit	Polonyum-210
Amonyak	Glikolik asit	Metilamin	Piren
Asetik asit	Hidrojen siyanür	Metil klorit	Piridin
Arsenik	Hidrazin	N-butirolakton	Suksinik asit
4-aminobifenil	Hidrokinon	N-nitrozodimetilamin	Toluen
Benzen	Karbonmonoksit	N-nitrozodietilamin	1,3-butadien
Benz[a]antrasen	Karbon dioksit	N-nitrozopirrolidin	2-toluidin
Benzo[a]piren	Karbonil sülfid	Nikotin	2-naftilamin
Benzoik asit	Katekol	N-nitrozonornikotin	3-metilpiridin
Çinko	Kolesterol	Naftalen	3-vinilpiridin

Sigaranın Etki Mekanizması ve Sigara Bağımlılığı

Sigara dumanı içeriğinde birçok bileşen barındıran partiküler ve gaz olarak iki evreden oluşur. Dumanın %95'i gaz, %5'i partiküler kısımdır. Sigara dumanı akciğerlere, hava yollarına ve alveollere ulaştığında fizyolojik pH'ya katılır ve hızla emilir. Emilimi takiben yine hızla dolaşıma katılır ve beyinle birlikte farklı birçok dokuya yayılır. Yaklaşık 10-20 saniye gibi kısa bir sürede nikotin beyine ulaşmış olur (Benowitz ve ark. 1998)

Tütün ürünlerinde bağımlılık potansiyeli temel olarak aktif düzeyde açığa çıkan ve kişide sigara içme isteği uyandıran nikotin oranına bağlıdır. Nikotin nucleus accumbens'ten dopamin salınımı sağlayarak bağımlılığın temellerini oluşturur (Fagerstrom ve ark. 1992). Tütün ürünleri üreticileri tarafından sigaranın nikotin seviyesi dikkatle belirlenerek rahatlama ve zihinsel berraklık gibi istenilen etkileri

ortaya çıkarmak, bulantı gibi istenmeyen etkilerin de görülmemesi amaçlanır (WHO-2007; Henningfield ve ark. 1998).

Nikotin içeriğini ve nikotinin bağımlılığını artıran maddeleri dumanda üreterek biyoyararlanımını artırmak, tütün dumanının solunmasını daha kolay hale getirmek ve duman partiküllerinin büyüklüğü ile oynamak gibi tütün dumanının özelliklerini değiştirecek yöntemlerle bağımlılık artırabilir. Katkı maddelerinin kendi başına bağımlılık yaptığı tanımlanmamıştır. Bazıları nikotin bağımlılığını etkileyebilirler (Thomsen ve Rodríguez-Farré 2010; WHO-2015). Nikotin, sigaranın içindeki var olan tütünün aktif alkaloididir. Yarılanma ömrü 1-2 saat olup yağda çözünebilen bir moleküldür. Bu nedenle biyolojik membranları kolaylıkla geçebilmektedir. İlk olarak karaciğerde metabolize olur ve dolaşımdaki etkilerinden sonra böbreklerden atılmaktadır. Akciğerlerden hızlı bir şekilde dolaşıma girmesinden dolayı ise etkisi çabuk başlamaktadır (Özmen 2004; Demsey ve Benowitz 2001).

Pasif Sigara İçiciliği

Sigara içiminde ana akım dumanı asıl olarak sigara içen kişi açısından tehlike oluştururken, yan akım dumanı da çevredeki kişiler için tehlike arz etmektedir. Çevresel tütün dumanı olarak da bilinen ikinci el içicilik dumanı; sigarayı içen kişinin dışarı üflediği duman ve yan akım dumanının oluşturduğu dumandır. Sigara içmeyen kişilerin ikinci el içicilik dumanına istemsiz maruz kalarak tütün dumanından gönülsüz etkilenmeleri pasif sigara içiciliğidir (Aytumur ve ark. 2010).

Pasif sigara maruziyetinin insan sağlığını olumsuz etkileyerek yaşam evrelerine göre ortaya çıkarabileceği çeşitli hastalıkları şu şekilde sıralayabiliriz;

Yetişkinlerde: Koroner arter hastalığı, akciğer kanseri, nazal sinüs kanseri, non-malign akciğer hastalıkları görülmesine neden olurken inmelere, kadınlarda meme - serviks kanserlerine ve düşüklere neden olma ihtimalinin de yüksek olduğu bilinmektedir.

Gebelik öncesi, gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki sigara kullanımının zararlı etkileri aynı şekilde ortamda pasif olarak maruz kalınan sigara dumanından da kaynaklanmaktadır (Altıparmak ve ark. 2009; Boyacı ve ark. 2006; Rogers 2009).

Sigara kullanmamasına rağmen pasif olarak sigara dumanına maruz kalan gebeler, bebekler ve çocuklar sigara durumdan olumsuz şekilde etkilenmektedir (Altıparmak ve ark. 2009; Caleyachetty ve ark. 2014). Brezilya'da yapılan bir çalışmada gebelikte pasif içicilik oranı %35,9 olarak bulunmuştur (Nakamura ve ark.

2004). Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise gebelerin sigara dumanına maruz kalma oranı %74 olarak saptanmıştır (TÜİK-2012). Fetüsün büyüme ve gelişimini etkileyen en önemli faktörlerden biri gebelikte sigara kullanımı ve sigara dumanına maruz kalınmasıdır (Mund ve ark. 2013; Kırımı ve Pençe 1999).

Dünyada ve Ülkemizde Sigara Kullanımı

Sigara önlenabilir ölüm nedenleri arasında ilk sıralardaki yerini günümüzde de korumaya devam eden tıbbi, sosyal, ekonomik ve yasal birçok soruna neden olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kullanım sıklığı günümüzde gelişmiş ülkelerde azalma eğilimi gösterirken az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artış göstermektedir. Her yıl dünyada 600 bini pasif içiciliğe bağlı olmak üzere yaklaşık 6 milyon kişi; ülkemizde ise yaklaşık olarak 100,000-110,000 kişi sigaraya bağlı nedenlerle hayatını kaybetmektedir. Bu durum iş verimi ve üretim gücünde azalma ve sağlık harcamalarında artmaya neden olarak ekonomiyi de zarara uğratmaktadır. DSÖ'ne göre sigara bağımlılığı küresel çapta savaşılmaması gereken bir durumdur (WHO-2013; Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2014; Bilir ve ark. 2008).

DSÖ'nün sigara epidemisi ile ilgili sınıflandırma yaparak ülkeleri dörde ayırdığı modeline göre, birinci grup; sigara tüketim oranlarının düşük olduğu gelişmemiş ülkeler, ikinci grup; sigaraya karşı alınan önlemlerin yetersiz olmasından dolayı sigara tüketiminde artış olan ülkeler, üçüncü grup; sigaradan kaynaklı mortalitenin arttığı, sigara tüketimindeki cinsiyet farkının oldukça azaldığı ülkeler, dördüncü grup ise; sigara tüketimini önleyici kampanyalar sonucu tüketimin azalmaya başladığı ülkeler olarak tanımlanmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre Türkiye, ikinci veya üçüncü gruba dâhil edilebilmektedir (Şahin ve ark. 2007).

2012 dünya geneli verilerinde %22'lik bir oranla 1,1 milyon sigara içicisi bulunduğu bildirilmiştir. En yüksek bölgesel ortalama %30'la Avrupa' da, en düşük oran da %12 ile Afrika nüfusuna ait olarak ölçülmüş, gelir düzeyi yüksek ülkelerde oran %25, orta sınıf ülkelerde %22, düşük gelir grubuna mensup ülkelerde ise oran %18 olarak bildirilmiştir. Erkeklerin %37'si sigara içerken bu oran kadınlarda %7'si bağımlıydı ve sigara içen erkekler neredeyse kadınların beş katıydı (WHO-2014).

2013'te dünyada 950 milyonu erkek, 177 milyonu kadın olmak üzere %21 oranında yetişkin sigara içmekteydi. 2007-2013 yılları arasında küresel nüfus artmış olsa da, 2007'de %23 olan sigara içme sıklığı düşüğe geçmiştir ve sigara içen kişi sayısı artmamıştır. 2013'te yüksek gelirli ülkelerde %25, orta gelirli ülkelerde %21,

düşük gelirli ülkelerde %16 oranında olmak üzere dünya çapında 1,1 milyon sigara içicisi bulunduğu bilgisine ulaşılmıştır (WHO- 2015).

Son yıllarda sigara ile mücadele kapsamında birçok çalışma yürütülmektedir. 1996 yılında çıkarılan, 2008’de kapsamı genişletilen yasal düzenlemeler ve uygulamaya konulan tütün kontrol programı, dumansız hava sahası çalışmaları ile tütün kullanım sıklığında azalma meydana gelmiştir. 2008’ den 2012’ye %13,4’lük bir rölatif azalma olmuştur. Erkeklerde %13,5, kadınlarda %13,7 oranında azalma görülmüştür. Yapılan çalışmalar sayesinde hem erkek hem kadın popülasyonunda azalma eğilimi gösteren sigara kullanma alışkanlığında erkeklerde %47,9’ dan %41,5’e, kadınlarda %15,2’den %13,1’e düşüş gerçekleşmiştir (Ertem ve Çan 2014).

Kadınlar Arasında Sigara Kullanımı

Kadınlar arasında sigara kullanımı, kadının kendini ve ekonomik gücünü kanıtlama şekli, bağımsızlık ve özgüven göstergesi olarak algılanmaktadır. Yıllar geçtikçe kadınların eğitim seviyesinin artması ve ekonomik güce sahip olmaları sigaraya ulaşmayı kolaylaştırmış ve kadınlar arasında sigara içmenin yaygınlaşmasında etkili olmuştur. Zayıflık ve güzellik ilişkisi algısı da bazı kadınları kilo alımının önüne geçme düşüncesi ile sigaraya yönelebilmektedir (Kısacık 2007, WHO-2013). Sigara kullanımı gelişmiş ülkelerde ve erkeklerde azalma eğilimi gösterirken, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ve de kadınlarda zamanla artma eğilimi göstermektedir (Bilano ve ark. 2015). DSÖ verilerine göre dünyada gelişmiş ülkelerdeki nüfusun %20’si, gelişmekte olan ülkelerin ise %9’unun sigara kullanan kadınlar olduğu bildirilmiştir (U.S Department of Health and Human Services 2004). Sigaraya başlamayı ve kullanımını önlemek ve bırakmak adına yeni ve etkili çalışmalar yapılmaz ise sigara kullanımındaki artışın devam edeceği öngörülebilmektedir (Shao ve ark. 2012). Kadınlar arasında yıllar geçtikçe yaygınlaşan sigara kullanımı, gebelik döneminde de görülme sıklığının artmasına yol açmaktadır. Sigara ile mücadele kapsamında çalışmalar yürütülmesine rağmen özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve kadınlar arasında sigara kullanım yaygınlığı gün geçtikçe artmaktadır (WHO-2010). Kadınlar arasında yaş, sosyal statü, gelir düzeyi vb. gibi birçok konu ile ilişkili olarak tütün içme oranları arasında belirgin bir fark vardır. Amerika ve Avrupa gibi orta ve yüksek gelirli ülkelerdeki kadınlarda sigara içme oranı yüksek; düşük ve orta gelirli ülkelerdeki yetişkin kadınlarda sigara içme oranını daha düşük olduğu görülmektedir (WHO-2013).

Kadınlarda sigara kullanma yaygınlığı arttıkça akciğer kanseri, koroner obstruktif akciğer hastalık, kalp hastalıkları, osteoporoz, gebeliğin oluşumu ile ilgili problemler, erken yaşta menopoz, menstruel bozukluklar, infertilite gibi üreme sağlığı problemleri ve kanserlere neden olmaktadır (Karlıkaya ve ark. 2006; Doğu ve Ergin 2008). Toplumda kadınlar arasında sigara tüketiminin artması, sigara kaynaklı sağlıklı gebeliğin oluşumu ve sürdürülmesi ile ilgili risklerin de artmasına neden olmaktadır. Gebelik öncesinde sigara kullanma alışkanlığı olan kadınlar, gebelik sürecinde de içinde buldukları sosyokültürel çevre ve koşullara göre değişen oranlarda sigara içme alışkanlıklarını sürdürmektedirler (Durualp ve ark. 2011). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003'e göre son 10 yıl içinde sigara kullananların oranı hızla arttığı gözlenmiş bunun yanında gebe kadınların %15'inin, emziren kadınların da %20'sinin sigara kullandığı tespit edilmiştir. TNSA-2008 sonuçlarında ise gebelerde %11,4'e ve emzirenlerde %16,5'e gerilemiştir (Yiğit Kurtuluş 2008). Bütün bu bulgular bize göstermektedir ki ülkemizde sigara kullanımı gebe kadınlar arasında da yaygın bir davranış ve önemli bir sağlık sorunudur. (Durualp ve ark. 2011).

Sigaranın İnsan Sağlığına Etkileri

Sigara kullanımının, kişilerin genel sağlık durumunda görülen zayıflama ile ilişkili olduğu bilinen bir gerçektir. Sigara kullanımı yaşam kalitesini etkilemenin yanında, çalışma performansından, sağlık bakımı alanında yapılan harcamalarda artışa kadar etkilemektedir (US Department of Health and Human Services 2010-2014).

Kanser: Birçok biyobelirteç sigara dumanı ile maruz kalınan kanserojenlerle ilişkilidir ve sigara kaynaklı kanserojenlerin vücuda alınan dozları kişilerin kan seviyeleri ya da idrardaki metabolit seviyelerinin ne düzeyde olduğuna bakılarak anlaşılabilir. Tütüne özgü karsinogenlerin çoğu ve sigara dumanındaki kanserojenlerin metabolik aktivasyonu DNA katım ürünlerinin oluşmasında doğrudan etkilidir. Karsinogenlerin etki ederek polimorfizme uğrattığı CYP1A1 ve GSTM1 genleri daha yüksek düzeyde DNA katım ürünü oluşmasına ve akciğer kanserinin rölatif riskinde artışa neden olur. Karsinogen maruziyetiyle ortaya çıkan DNA hasarı genetik yapıda değişikliklere yol açarak doğrudan akciğer kanserine yol açar (US Department of Health and Human Services 2010).

Sigaranın yıllar geçtikçe değişen tasarımı ve havalandırma filtreleri, bileşenleri ve artmış nitrozamin seviyelerine bağlı olarak akciğer adenokarsinomu gelişme riski de artmıştır. Sigara içme sıklığının azalması ile skuamöz hücreli akciğer kanseri de azalmaktadır. Bunun yanında hepatoselüler karsinoma, kolorektal adenomatöz polipler, kolorektal kanser gibi türlerin gelişme sıklığının sigara içme sıklığına paralel olarak arttığı bilinmektedir. Sigara içen erkeklerde prostat kanserine yakalanma olasılığı ve prostat kanserine bağlı ölüm riski gelişimi de içmeyenlere göre daha yüksektir. Hastalığın yayılımı ve ilerlemesi sigara içenlerde daha hızlı gözlemlendiği için ileri evre kanser riski de artmış olur. Meme kanseri konusunda sigara içiminin neden olabileceği mekanizmalar da tanımlanmıştır ancak kesin bir ilişkisi olduğu henüz net değildir. Sigara kullanımı ile ilişkili genel olarak kansere özgü mortalite oranı artmaktadır (US Department of Health and Human Services 2014).

Kardiyovasküler Hastalıklar: Sigarada var olan oksitleyici kimyasallar ve nikotin endotelial hasara, koroner ve periferik arterlerde disfonksiyona neden olur, trombozise yol açar bununla beraber birçok kardiyovasküler bozukluğa sebep olur. Oluşan kronik inflamatuvar durum sonucu vücutta enflamasyon göstergelerinde artış gözlenir. Trigliseritlerin artması ve HDL'nin azalması ile lipid yapısında bozulmalar başlar. Sigara kaynaklı insülin direnci ve kronik enflamasyon oluşabilecek vasküler komplikasyonları hızlandırabilir (US Department of Health and Human Services. 2010.).

Pasif olarak sigara dumanına maruziyetin %20-30 oranında kalp krizi gelişme riskini arttırdığı düşünülmektedir. Yapılan dumansız hava sahası çalışmaları, tütün karşıtı yasa ve politikaların uygulanmaya başlaması ile 65 yaş altı koroner rahatsızlıklarda azalma gözlenmiştir ve serebrovasküler olayların, anjin ve ani kardiyak ölüm gibi birçok kardiyovasküler rahatsızlığın azaldığına dair sonuçlar mevcuttur (US Department of Health and Human Services 2014).

Solunum Sistemi Hastalıkları: Sigara dumanına maruziyet kaynaklı oksidatif stres KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) hastalığının temel etkenlerindedir ve başlıca sebebidir (US Department of Health and Human Services 2010). Sigara amfizem ve akciğer hasarı dâhil KOAH türevi tüm hastalıkların temelinde yatan etkidir. Yetişkinlerdeki astım alevlenmeleri ile arasında güçlü bir ilişki vardır. Tüberküloz - Rekürren tüberküloz görülme olasılığı artar ve tüberküloza bağlı ölüm riski yükselir. İdiyopatik pulmoner fibrozis gelişiminde de etken

olabileceği konusunda çalışılmaktadır (US Department of Health and Human Services 2014).

Gastrointestinal Sistem Hastalıkları: Sigara sfinkter tonusunu gevşetmek suretiyle, asit klirensinde ve epitel direncinde azalmaya sebep olarak özefagus yapısına ve mukozasına zarar verir. Pepsinojen ve asit salgısının artması ile olası *Helicobacter pylori* etkilerini tetikler, vazopressin artışı, kanlanmanın azalması, mukus yapısının bozulup üretiminin azalması, glutasyon ve prostaglandin seviyelerinin düşmesi ile mideye zarar verir. Nikotinin gastrointestinal sisteme verdiği zararlar sonucunda gastroözefageal reflü, ülseratif kolit, mide ve duodenum ülseri, dispepsi, crohn hastalığı, hepatoselüler karsinom ve özefagus, mide, pankreas, kolorektal kanserler gibi birçok gastrointestinal kansere yol açabilir (Aytemur ve ark. 2010).

Üreme Sistemi ve Gelişim Üzerine Etkileri: Sigara erkek fertilitesindeki bozuklukların başta gelen sebeplerindendir ve erektil disfonksiyon nedenidir. Sperm DNA yapısında kromozomal değişikliklere neden olur, şekil bozukluklarına, sperm sayısında ve motilitesinde azalmaya yol açar, ejakülasyon hacmindeki yarattığı azalmanın da etkisi ile sperm yumurta dölleme yeteneğinde azalmaya neden olur (Ash 2003). Sperm kalitesinin düşmesi gebeliğin devamlılığını etkilediği gibi dölde anomalilere yol açabilmektedir. Sigara dumanında bulunan binlerce zararlı maddeden yalnızca birkaçı olan kadmiyum, kotinin ve benzopirenin gibi maddelerin insan gamet hücrelerine olumsuz etkileri olduğu görülmüştür. Bir sigarada bulunan yaklaşık 1–2 mg kadmiyum over, testis, epididim ve vezikülo seminaliste, içilen sigara dozuna bağlı olarak birikir. IVF-ET (İnvitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi) uygulanan hastalardan elde edilen folikül sıvılarında doza bağımlı olarak arttığı saptanmıştır ve sigaranın germ hücrelerine olan etkileri, sigara içenlerdeki düşük konsepsiyon oranları ve infertilite tedavisine daha az yanıt alınması, sigara içiminin fertilizasyon oranını düşürdüğü ve infertiliteye neden olabileceğini göstermiştir (Uncu 2002). Fetüste yarı damak, yarı dudak anomalilerine neden olabilir. Erken gebelikteki maternal sigara içimi pes ekinovarus, gastroşizis, atriyal septal defekt oluşumlarını tetiklemektedir. Endokrin sistemi etkileyen nikotin kadınlarda FSH seviyesini artırır, östrojen ve progesteron seviyeleri azaltır. Dolaşım sistemine salınan norepinefrin ve epinefrin maternal kalp hızını ve kan basıncını geçici olarak artırır (US Department of Health and Human Services 2010). Plasentada villöz membranı kalınlaştırır ve spiral arterleri fizyolojik transformasyona uğratar. Plasental problemler fetal kayıp, erken doğum veya düşük

doğum ağırlığıyla sonuçlanabilir. Fetusun özellikle akciğerlerinde ve beyinde histopatolojik değişiklikler ortaya çıkar. İmmünesupresif etki düşük ve erken doğuma yol açabilir. Polisiklik aromatik hidrokarbonlar üreme sistemindeki ve gelişimsel süreçteki bu olumsuzluklarda rol oynar. TGF- α 'daki polimorfizm oral yarık gelişim riskinde etmelidir. Karbon monoksit düşük doğum ağırlığına ve nörolojik defektlere yol açabilir (US Department of Health and Human Services 2014).

Diğer Hastalıklar: Sigara diyabetin tetikleyici nedenlerinden biridir, aktif sigara içimi %30-40 oranında diyabet riskini artırır. Sigara tüketim miktarının diyabet gelişme riski ile doğru orantılı olduğu bilinmektedir. Sigara dumanı bileşenleri immün sistemi aktive edecek ya da baskılayacak şekilde etkiler; bağışıklık sistemini zayıflatır ve bu değişmiş bağışıklık sistemi artmış pulmoner enfeksiyon riskiyle ilişkilidir. İmmün homeostaz zayıflar ve altta yatan immün zayıflık sonucu çeşitli immün bozukluklar ortaya çıkar. Sigaranın romatoid artrit göz bozukluklarına kadar birçok hastalığa da sebep olduğu bilinmektedir (US Department of Health and Human Services 2014).

Sigaranın Kadın Üreme Sağlığı, Gebelik ve Fetal Sağlık Üzerine Etkileri

Sigaranın yol açtığı genel sağlık sorunlarının yanında üreme sistemi üzerine de olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Uzun süreli ve düzenli sigara kullanımı kadınlarda luteal faz östrojenlerinin belirgin oranda azalmasına yol açarak hipermenore, sekonder amenore gibi pek çok menstrual düzensizliğe neden olabilmektedir (Aktaş ve Güler 2010). Sigaranın fertilizasyonda görev alan bütün yapıları etkilediği ve sigara kullanımı ile primer ve sekonder infertilite arasında ilişki olduğu konusunda çok sayıda çalışma mevcuttur (Elenbogen ve ark. 1991). Corpus luteum oluşumunu, tubal fonksiyonu ve implantasyonu olumsuz etkileyen sigara gebeliğin oluşmasını güçleştirmektedir. Bu nedenlerle sigara içen kadınlarda infertilite problemleri daha fazla görülmektedir (Cesur 2007). Oosit sayısı sigaranın etkisiyle azalmaktadır (Harrison ve ark. 1990). Düşük oranını arttırdığı bilinmektedir (Pattinson ve ark. 1991). Sigaranın tubal mukozada silier aktiviteyi bozduğu da bilinen bir gerçektir (Knoll ve Talbot 1998).

Günlük içilen sigara sayı artışına bağlı olarak meydana getirdiği olumsuz etkiler de artmaktadır. Sigara içmeyen kadınlarda infertilite %14 oranında iken günde 16 adetten fazla sigara içen kadınlarda infertilite oranı %21 bulunmuştur. IVF (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 içimi kadınlarda ektopik gebelik gelişme olasılığı da artmaktadır (American Cancer Society 2014).

Sebebi olduğu diğer kanser türleri gibi sigara dumanı ile serviks kanseri arasında da ilişki bulunmuş ve sigara kullanan kadınlarda serviks kanserine daha sık rastlanabilmektedir (Karlıkaya ve ark. 2006; Kaya ve Şahin 2013). Sigara kullanımı ve serviks kanseri ilk kez 1977 yılında Winkelstein ve arkadaşları tarafından ilişkilendirilmiştir. Bu konuda yapılmaya devam edilen çalışmalar sonucunda da sigaranın serviks kanseri riskini arttırdığı belirtilmiştir. Sigara içen kadınların %60'tan fazla oranda serviks kanserine yakalanma ihtimalinin olduğu bildirilmektedir. Araştırmalar nedeni net olmasa da sigara kullanan kadınlarda HPV (Human papillomavirus) (+) oranının içmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu göstermiş ve sigara kullanmanın HPV için bir risk faktörü olduğu kabul edilmiştir. Araştırmalar pasif içiciliğin bile HPV (+) olma ihtimalini önemli derecede etkilediği bildirilmektedir (Kurt ve ark. 2013). Kadınların aktif içici olma ya da pasif olarak sigara dumanına maruz kalmalarının yanında partnerlerin sigara kullanımı bile kanser açısından kadın için risk faktörü olabilmektedir. Erkeğin sigara içmesi ile seminal mayi ve sekresyonlarda biriken nikotin ve sigara kaynaklı kimyasal maddeler koitus sırasında kadının serviksine ulaşarak displaziye neden olabilmektedir. Bu sebeple HPV'ye bağlı olmaksızın, servikal displazisi olan kadınların kendi içicilerinin yanı sıra sigara içen partnerle birlikte olmaları bile kanser riskini arttırabilmektedir (Kurt ve ark. 2013). Sigara içenlerin servikal mukus yapısında, sigara içeriğindeki birçoğu kanserojen olan yaklaşık 4000 değişik kimyasal maddeye normal popülasyondan çok daha fazla oranlarda rastlandığı belirtilmektedir. Ülkelere göre sigara tüketimi ve serviks kanseri ile ilişki açısından yapılan bazı çalışmalarda da sigaranın serviks kanseri için bir risk faktörü olabileceğini fakat sigara içilmediği durumlarda da serviks kanseri oranlarında bir düşüş saptanmayabileceği yönünde sonuçlara ulaşılmıştır (Kurt ve ark. 2013). Sigara kullanımının endometrial kansere karşı koruyucu etkisi olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Brinton ve ark. 2004; Viswanathan ve ark. 2005). Nicholas (Nicholas ve ark. 2012) ve Sümer (Sümer ve ark. 2014) bu konuda arkadaşlarıyla yaptıkları çalışmalarda sigara kullanımı ile sağkalım arasında ilişki ve inceledikleri hasta grupları arasında anlamlı farklılık bulmamışlardır. Sigaranın meme kanseriyle ilgili kesin bir ilişkisi tam olarak kurulmasa da bazı araştırmalarda sigaranın meme

kanserinin oluşması yönünde olumsuz bir risk faktörü olarak değerlendirilebileceği sonuçlarına ulaşılmıştır (Somunoğlu 2007). Ayrıca sigara kullanımı aile planlaması yöntemi kullanımında da kadınlar için dikkat edilmesi gereken ve sağlık çalışanları tarafından iyi sorgulanması gereken bir faktördür. Dünya Sağlık Örgütü'nün aile planlaması yöntemlerinde tıbbi uygunluk kriterlerine göre hazırladığı sınıflandırmasında sigara kullanımı, yaş ve günlük içilen sigara miktarı yöntem belirlemede dikkat edilen önemli kriterlerdir (TC Sağlık Bakanlığı Kontraseptif Yöntem Kullanımı İçin Tıbbi Uygunluk Kriterleri(2009). Aynı zamanda oral kontraseptif ilaçlarla beraber sigara kullanımı ilaç etkileşimlerine de neden olabilmektedir (Aktay ve ark. 2003).

Sigara içenlerin servikal mukus yapısında, sigara içeriğindeki birçoğu kanserojen olan yaklaşık 4000 değişik kimyasal maddeye normal popülasyondan çok daha fazla oranlarda rastlandığı belirtilmektedir. Ülkelere göre sigara tüketimi ve serviks kanseri ile ilişki açısından yapılan bazı çalışmalarda da sigaranın serviks kanseri için bir risk faktörü olabileceğini fakat sigara içilmediği durumlarda da serviks kanseri oranlarında bir düşüş saptanmayabileceği yönünde sonuçlara ulaşılmıştır (Kurt ve ark. 2013).

Sigara dumanındaki onlarca kanserojen ve kimyasaldan hangisinin ya da hangilerinin fetüse zararlı etki gösterdiği konusunda kesin bilgiler olmamakla birlikte özellikle nikotinin ve karbonmonoksitin gebelik öncesi, gebelik ve sonrasında fetüsü olumsuz etkilediği nettir (Rogers 2009).

Maddenin uteroplasental geçiş özelliğine bakılarak fetal toksite düzeyi belirlenebilir. Amniyotik mayide ve umbilikal kord kanında görülmesi üzerine nikotin metaboliti olan kotin maddesinin plasental bariyeri geçtiği kanıtlanmıştır (Özmen 2004). Plasentadan geçen nikotin, fetal dolaşım ve amniyon sıvısında anne kanında var olan miktarının %88'i kadardır. Kotin ise, yarılanma ömrünün daha uzun olmasından dolayı fetal plazmada daha yüksek seviyede bulunmaktadır (Kutlu 2008). Plasentadan geçen nikotin ve metaboliti kotinin, uterus damarlarında vazokonstrüksiyona yol açarak uteroplasental kan akımının azalmasına neden olmaktadır (Suter ve Ewer 2013). Nikotin aynı zamanda fetüsün gelişiminde görev alan plasental hormonları da etkilemektedir. İnsülin benzeri büyüme hormon seviyelerini kanda azaltmaktadır. Yapılan bir çalışmada, sigara kullanan annelerde plasental büyüme hormonu ve büyüme faktörü düzeylerinin kullanmayan annelere

göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca nikotin, leptin düzeyini arttırarak iştah baskılama gibi bir etkiye de sebep olmaktadır (Coutant ve ark. 2001; Bergen 2006).

Sigara metaboliti bir diğer zararlı kimyasal; karbonmonoksit’de uteroplasental yol ile fetüs dokularına hızla geçebilen bir maddedir. Sadece geçmekle kalmayıp fetal dolaşımında anne kanına göre %15 oranında fazla olduğu görülmüştür (Kutlu 2008). Dolaşıma katılan karbonmonoksit karboksihemoglobine dönüşerek kandaki oksijen seviyesini düşürmek suretiyle fetal hipoksiye neden olur. Bütün bu etkiler, fetüsün intrauterin gelişimini engelleyerek prenatal morbilite ve intrauterin ölümlerin en önemli sebeplerinden biri olan IUGR ‘ye yol açmaktadır (Kutlu 2008; Suter ve ark. 2013; Goel ve ark. 2004).

Gebelikte Sigara İçiminin Anneye Olan Etkileri

Gebelikte sigara içiminin maternal fizyolojiye etkileri çok fazladır. Bronşiyal daralma sonucu akciğer hava kapasitesinde azalma ve dolayısıyla oksijenlenmenin azalması, taşikardi, çabuk yorulma, bulantı - kusmalarda artma, iştahsızlık, koku ve tat alma duyusunda azalma gibi birçok farklı rahatsızlık görülebilir (Kublay ve ark. 2008). Sigaraya bağlı ciddi etkilerin görülmesi de olasıdır ve bunlardan bazıları; spontan abortuslar, erken membran rüptürü, plesenta previa, ablasyo plesenta, plesenta hipertrofisi ve implantasyon bozukluğu gibi plasental anomaliler, hipertansiyon ve preeklamsi gibi maternal rahatsızlıklardır (Mumcu 2012). Gebelikte sigara kullanımı annenin endokrin durumunu etkilemektedir ve tiroid dokusunda iyot alımını ve organifikasyonunu (tirozin iyotlanması ile tiroid hormonlarının oluşması) etkilediği bilinmektedir (Cesur 2007).

Gebelikte sigara içimi plasental gelişime zarar verir ve hormonal dengesizliklere yol açar. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki sigara içenlerde plasental growth hormone (PGH) azalma eğilimi göstermekte ve kordon kanından alınan örneklerde sigara içen annelerin bebeklerinde insulin-like growth faktor 1 (IGF-I) seviyelerinin daha düşük olduğu gözlenmektedir. Sigara içen bir gebede plasentanın östrojen üretme kabiliyeti azalmıştır. Sigara içenlerde üriner östriol ve human plasental lactogen (HPL) seviyeleri içmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur (Özmen 2004).

Sigara içen gebelerde spontan abortus ve tubal transportun yavaşlaması sonucu fertilize ovumun, uterusu ulaşmadan tubalara yerleşmesi sonucu ektopik gebelik gibi ilk trimester problemlerin görülme olasılığı daha yüksektir. Sigara içen gebelerde gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterlerinde plasental problemler yaşama

riskini neredeyse ikiye katlar. Sigara içimi ile ilişkili olan fetal ve neonatal ölümlerin yarısına yakın bir kısmından plasenta previa ve dekolman plasenta sorumludur. Sigara içmeyi bırakan gebelerde, sigara içmeye devam edenlere göre dekolman plasenta görülme sıklığı %23, plasenta previa sıklığının da %33 azaldığı sonucunun elde edildiği çalışmalar mevcuttur (Cesur 2007).

Plasenta Previa: Plasenta previa fetusun yaşam sınırını aşmasından (gelişmiş ülkelerde 20. hafta, gelişmekte olan ülkelerde 24.–28. hafta) sonra, plasentanın uterus alt segmentine kısmen veya tam olarak yerleşmesi durumudur. Plasenta previada yerleşim bozuklukları şekliyle tanımlanmaktadır:

Plasenta previa totalis: İnternal os plasenta ile tamamen kapatılmıştır.

Plasenta previa parsialis: İnternal os plasenta ile kısmen kapatılmıştır.

Plasenta previa marjinalis: Plasentanın sınırı internal osun kenarındadır, fakat osu örtmez.

Aşağı Yerleşimli Plasenta: Plasenta kenarının yeri internal osa ulaşmaz fakat osun çok yakındadır. Gebelikte sigara kullanımına bağlı artan karboksihemoglobin düzeyini ve azalan oksijen taşıma kapasitesini kompanse etmeye çalışan plasenta büyür ve internal osa ulaşır bu durum plasenta previa oluşmasına neden olur (Cesur 2007). Plasenta previa olgularında maternal kanamanın ciddiyetine bağlı olarak fetal anemi, hipoksi ve ölüm, neonatal anemi gelişebilir. Bu olgularda erken doğum ve sezaryen olasılığı yüksektir (Aktaş ve Güler 2010). Aşırı kan kaybı sebebi ile hemorajik şok, fibrinogenopati, trombositopeni ve anemi gelişmesi plasenta previanın sebep olabileceği en büyük tehlike durumlarıdır. Erken membran rüptürü (EMR), preterm eylem, prezentasyon ve pozisyon anomalileri, uterin sinusların havaya maruz kalma riskine bağlı hava embolisi, postpartum kanama, postpartum enfeksiyon ve aşırı kanamaya bağlı anoksi sonucu plasentanın uterus duvarından erken ayrılması sonucu fetal ölüm görülebilir (Cesur 2007).

Ablasyo Plasenta (Dekolman Plasenta): Plasentanın parçalar halinde yırtılması durumu olup ve çoğu vakada acil bir tablo olarak ortaya çıkar. Fetus yaşam sınırını aştıktan sonra normal yerleşimli bir plasentanın zamansız olarak ayrılıp kanamasıyla tanınır. Nikotinin ve karbonmonoksitin uterus damarlarına vazokonstrüktör etkisi ile uteroplazental kan akımı azalır ve uteroplazental yetmezlik gelişir, bu yetmezlik sonucu oluşan desidual nekroz plasentada erken ayrılmaya (ablasyo plasenta) yol açar. Sigara içen gebelerde 1,4-2,4 kat daha fazla oranla ablasyo plasenta gelişme olasılığı 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, 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).

Erken Membran Rüptürü (EMR): Gebelikte sigara içimi, erken membran rüptürü (EMR) ve erken doğuma sebep olarak yenidoğan için ciddi sağlık sorunlarına yol açabilecek; membranların prematur yırtılması (PEMR) risklerini artırır. EMR tüm gebeliklerin yaklaşık %1'inde ve preterm doğumların %30-%40 'ında doğumun başlamasında etkindir. Travayı başlatan bu durum 37. gebelik haftasından önce gerçekleşir ise genellikle yenidoğan için prematürite söz konusu olur. Erken membran rüptürü ile sigara içiminin doğrudan ilişkilendirildiği çalışmalar da mevcuttur (U.S Department of Health and Human Services 2004).

Fetal membranlardaki kollajen içeriğinin azalması, yapısının değişmesi ve kollajenolitik aktivitenin artması membranların yeterli gerilim kuvvetini korumalarına engel olur. Ekstrasellüler matrix elemanlarının da sentez ve yıkımının dengeli olmaması durumu ile EMR gerçekleşme olasılığı çok yüksektir. Amniotik membranların kollajen yapımı için askorbik asit (C vitamini)'e ihtiyaç duyulmaktadır. Sigara kullanımı vücuttaki askorbik asit seviyesini düşürerek membran fibrillerin kollajen sağlamlığının bozulmasına neden olur. Maternal sigara kullanımı ve beslenme bozuklukları kollajenin çapraz bağlanmasını bozmak sureti ile de EMR riskini artırır (Aktaş ve Güler 2010). Gebenin beslenmesini ve protein metabolizmasını bozan sigara, aminoasit, orotik asit (vitamin B13) ve askorbik asit (vitamin C) düzeylerini azaltarak immunitiyi bozar, enfeksiyonlara yanıtı azaltır, membranların mekanik bütünlüğünün bozulmasını kolaylaştırır bu durum Preterm erken membran rüptürü (PEMR- 37. gebelik haftasından önce membranların açılması) görülme olasılığını artırır. Sigara da PEMR neden olan etkenlerden biridir. 34. gebelik haftasından önce EMR, sigara içenlerde içmeyenlere göre 3 kat fazla görülmektedir (Turan ve ark 1995, Özkaya 2005).

Preterm Eylem (Erken Doğum): Sigara içimi doğum öncesi kanama, erken membran rüptürü, spontan preterm eylem gibi durumları tetikleyerek preterm doğum

riskini neredeyse %14 oranında artırmaktadır (Cesur 2007). Sigaranın kandaki askorbik asit seviyesini düşürmesi, vajinal pH'yı artırması erken doğumun hazırlayıcı faktörlerindedir. Sigaradaki karbonmonoksit, maternaal kanındaki karboksihemoglobin oranını artırarak maternal ve fetal distress 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 uyararak doğum ağrılarını başlatır (Aktaş ve Güler 2010).

Preeklampsi: Preeklampsi gebeliğe özgü, endotel disfonksiyonu ve vazospazma sekonder azalmış organ perfüzyonu ile seyreden bir durumdur. Proteinürinin preeklampsinin önemli bir bulgusu olduğu 1985 yılında Chesley tarafından tanımlanmıştır (Cunningham ve ark. 2001).

Sigara ve preeklampsi ilişkisi araştırılmalı konulardandır. Sigara içmenin ağır ve hafif preeklampsi riskini azalttığı; ancak preeklamptik kadınlarda, günde 10 tane ve daha fazla sigara içmenin perinatal mortalite, dekolman plasenta ve fetal gelişme geriliğini artırdığı gösterilmiştir (Cnattingius ve ark. 1997).

Gebelikte Sigara İçiminin Fetal Sağlık ve Büyümeye Etkileri

Büyük bir halk sağlığı problemi olan fiziksel, sosyal ve psikolojik bağımlılık yaratan sigara içimi çoğu zaman büyük fedakârlıklarla bebeklerine sahip olmak için uğraşan anneler tarafından bile gebelik sürecinde sürdürülen ve vazgeçilemeyen bir alışkanlıktır. Gebelikte sigara içiminin fetal sağlığa etkileri 1950'lerden bu yana araştırılmaya devam edilen bir konudur. 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 göstermektedir (Cesur 2007). Fetal dönemde, bebeklerde ve çocuklarda kısacası gelişimin her evresinde sigaranın sebep olabileceği birçok hastalık durumu mevcuttur. Ani bebek ölümü sendromu, fetal büyüme geriliği/düşük doğum ağırlığı, bronşit, pnömoni, alt solunum yolu enfeksiyonları, otitis media ve birçok hastalığa neden olmanın yanında davranış ve biliş üzerinde olumsuz etki etme, astım oluşumuna neden olma, kistik fibrozis alevlenmelerini tetikleme olasılığı da yüksektir (Karlıkaya ve ark. 2006). Sigara içimi ile artan E vitamini tüketimi, peroksit üretiminde aşırı bir artış ve prostasiklinde de azalma meydana getirir.

Prostasiklin eksikliği plasenta tabakasının incelmesine neden olur bu da fetal beslenme yetersizliğine yol açar (Steuerer ve ark. 1999).

Gebelikte sigara kullanımı düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskini ikiye katlar (Armstrong ve ark. 1992). 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). Pasif sigara içimi de yenidoğan doğum ağırlığını etkilemektedir (Windham ve ark. 2000). Nikotinin metaboliti olan kotinin değerleri umbilical kordda ölçülmüş aktif sigara içenler kadar yüksek olmamakla beraber pasif sigara içimine maruz kalan annelerin bebeklerinde de yüksek bulunmuştur (Peacock ve ark. 1998). Sigara içen bir gebenin ilk prenatal kontrolde bebeğinin doğum ağırlığının olumsuz etkilendiği görülür. Ancak sigarayı bırakma durumunda bebek ağırlığında yaklaşık; 310 gr. ya da günlük içtiği sigara sayısını yarı yarıya azaltması halinde ise yaklaşık; 210 gr'lık bir artış olması beklenmektedir (Secker-Walker ve ark. 1998).

Gebeliğin hangi döneminde olursa olsun içilen sigaranın bırakılması gebelik sonuçlarını olumlu yönde etkiler (Ashmead 2003). 2000 yılında yapılan bir çalışmada gebeliğinde sigara içenlerin bebeklerinin ağırlığı, hiç sigara içmemiş ve bırakmış olanların bebeklerinin doğum ağırlığından 119–171 gram arasında daha düşük bulunmuştur. Sigara içmeyen ancak pasif olarak sigara dumanına maruz kalanlarda ortalama doğum ağırlığının 88 gram azaldığı tespit edilmiştir (Hrubá ve Kachlik 2000). Gebelikte sigara içen annelerin bebeklerinin baş çevresi ve boyları, sigara içmeyen annelerin bebeklerine göre daha küçük ölçülmüştür (Nusbaum ve ark. 2000).

Gelişmekte olan ülkelerdeki intrauterin gelişme geriliği vakalarının %40'ı sigara içimine bağlıdır. Yapılan çalışmalar sigara içenlerdeki fetal gelişme geriliğinin, nikotinin vazokonstrüktif etkisi ile utero-plasental dolaşımdaki azalma sonucu geliştiğini düşündürmektedir (Köroğlu 2007). Salihu ve arkadaşları tarafından 3,004,616 gebe ile yapılan retrospektif tipteki araştırmada, gebelerin %13,2'sinin gebelikleri boyunca sigara içtiği tespit etmiş. Yenidoğan mortalite oranları sigara içmeyenler ile karşılaştırıldığında sigara içenlerde %40 daha fazla bulunmuştur (Salihu ve ark. 2003).

Annenin sigara içmesi veya çevresel sigara dumanına maruziyeti kromozomlara zarar verebilir ve bunun sonucunda da yenidoğanda defektlere yol açabilir. Yapılan çalışmalarda, sigara içmenin yarık damak-dudak gibi konjenital anomalilerinin

artmasına neden olduğu gösterilmiştir. Günlük içilen sigara sayısı ile yarık damak-dudak sıklığı arasında pozitif bir ilişki vardır. Sigarada bulunan toksik maddelerden nikotin teratojendir. Tütüne spesifik karsinojen 4-(metilnitrozamin)-1-(3-piridil)-1-butanol (NNAL), sigara içen gebelerin idrarında saptanmıştır. Sigara içen gebelerin amniyon sıvısında %52,4, sigara içmeyenlerde %6,7 oranında bulunmuştur. Bütün bu bilgiler sigaranın sadece teratojen değil, fetüs için aynı zamanda karsinojenik bir madde olduğunu göstermektedir (Koroğlu 2007).

Gebelikte sigara içilmesi fetüs nikotine maruz kalması beyinde asetikolin sentezi olmadığı için merkezi sinir sisteme olumsuz etki eder. Bu durum nöronların çoğalma sürecini erken sonlandırır ve farklılaşma sürecini erken başlatır. Buna bağlı olarak beyin bazı bölgelerinde nöron sayısı olması gerekenden daha az sayıdadır (Tarhan 2016).

Gebelik üzerindeki diğer etkilerinden biri ise fetüsün akciğer fonksiyonlarında azalma, hava yolu obstrüksiyonu ve yenidoğan dönemde hava yolunun aşırı duyarlılığı olarak gösterilmiştir (Prabhu ve ark 2010). Bu durum ileri çocukluk dönemlerinde çocukluk çağı hastalıklarında, astım, otitis media ve solunum yolu hastalıklarında artışa neden olmaktadır (Keskinöglü ve Aksakoğlu 2007).

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 yaratmaktadır. Sigaranın vazodilatöraminleri azaltarak dokularda hipoksi ve beslenme azlığı gibi 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. Kandaki oksijene

güçlü bir şekilde bağlanan karbonmonoksit, fetüse taşınan oksijen miktarı ile fetüs için serbest kalan oksijen basıncını azaltarak alyuvarların fetüse oksijen taşımaya engel olur bu yolla fetal hipoksik etkilere yol açar. Fetüste hipoksik etkilere ek sigara içimi ile artan vitamin E tüketimi, 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. Kadmiyum ve siyanid maddeleri de fetal büyümede yetersizliğe sebep olan diğer faktörlerdendir. Kadmiyum, gebelik döneminin alloenzimi olan çinkonun kullanımını engelleyerek IUGR 'ye neden olur. Siyanid ise; fetüsün hücrelerinin gelişimine direkt toksik etki ederek fetal büyüme ve gelişmede geriliğe yol açar. Sigara bu fetal etkilerine ilaveten içerisinde bulunan nikotinin etkisiyle umblikal ve uterin arterlerde vazokonstrüksiyon yaparak fetüs/plasenta oranını azaltıp fetüsün boy, kilo, baş çevresi gibi ölçümlerinde büyüme ve gelişme geriliğine neden olabilmektedir (Tarhan 2016).

Fetüsün Doğum Ağırlığı: Fetal büyüme ve gelişmenin göstergelerinden biri olan doğum ağırlığı, yenidoğan döneminde mortalite riskini arttıran önemli faktörlerdendir. Miadında doğan bebeklerin yaklaşık 3'te 2'sinin ağırlığı 2700 gr ile 3800 gr arasındadır. Ortalama doğum ağırlığı; kız bebeklerde 3300, erkek bebeklerde 3500 gr'dır. Normalin en alt sınırı kabul edilen 2500 gr'ın altında doğum ağırlığına sahip olarak doğan bebekler düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebek olarak nitelendirilir (Aktaş ve Güler 2010). Gebelikte öncelikle plasentayı etkileyen sigara kullanımı fetüsün intrauterin büyümesini olumsuz etkileyerek, fetüsün DDA'lı doğmasına neden olabilir. Sigara içeriğinde bulunan başta nikotin ve karbonmonoksit gibi maddelerin etkisi ile azalan fetal vazodilatöraminlerin dokularda hipoksiye ve beslenme azlığına neden olması, sekonder değişikliklere neden olarak organ disfonksiyonlarına yol açabilmektedir (Tarhan 2016). 2007 yılında Şanlıurfa'da yapılan bir çalışmada gebeliğinde günde ortalama 10 sigara içmiş kadınların bebeklerine ait yenidoğan ağırlıkları hiç sigara kullanmamış kadınların bebeklerine göre 250 gr daha az ölçülmüştür. Gebeliğinde ağır sigara kullanıcısı kategorisinde kullanım gösteren kadınların yenidoğan bebeklerinde DDA görülme riski 2 kat, erken doğum riski 1,5 kat, gebelik haftasına göre küçük bebek (SGA) olma riski 3 kat artmıştır (Keleş 2007).

Fetüsün Boy Uzunluğu: Büyüme ve gelişmenin temel parametrelerinden biri olan fetal boy uzunluğu iskelet sistemi ile iç salgı bezleri arasındaki etkileşimle

düzenlenir. Fetal yaşamın 18-22. haftaları arası boy uzunluğu açısından büyümenin en hızlı gerçekleştiği dönemdir. Perinatal dönemde fetal boy uzunluğu gelişimini annenin sigara içmesi olumsuz olarak etkilemektedir (Tarhan 2016).

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).

Sigaranın Bebek ve Çocuk Sağlığına Etkileri

Gebelikte sigara içiminin ya da gebenin pasif olarak sigaraya maruziyetinin, fetal dönem, yenidoğan, bebeklik ve çocukluk çağlarında olmak üzere hayatın başlangıcındaki her evrede sağlığı tehlikeye sokmak suretiyle birçok farklı konuda hastalıklara ve sağlık sorunlarına sebep olur. Anne karnında sigaraya maruz kalan bebeklerde çoklu doğumsal anomali görülme sıklığı daha yüksektir. Bu anomalilerden en çok orofasiyal yarıklar üzerinde durulur bunun yanında düşük ayak, optik sinir hipoplazisi, omfalosel (ince barsağın umbilikal korddan fıtıklaşması), parmak sayı anomalileri, kriporşitizm, hidrosefali ve mikrosefali gibi doğumsal anomalilerin de sigara ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir (Cesur 2007).

Sigaranın intrauterin hipoksi yapan nedenlerden olması, ani bebek ölüm sendromu (SIDS-Sudden Infant Death Syndrome) ile arasında ilişki olduğu firkrini güçlendirmektedir. Gebelikte sigara içmiş olan anne bebeklerinin, içmeyenlerinkine göre üç kat daha fazla ani bebek ölümü sendromundan öldüğü gösterilmiştir. İntrauterin dönemde sigara maruziyeti ile çocukluk döneminde astım görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur ve alt solunum yolu enfeksiyonu görülme sıklığında, sık hastalanma durumunda artış tespit edilmiştir. Sigaraya bağlı intrauterin gelişme geriliği doğumdan sonrada devam eder, mental ve motor fonksiyonları olumsuz yönde etkilenir, gerek fiziksel gerek entelektüel gelişme ve büyümede yaşıtlarına göre geri kalma durumu söz konusu olabilir. Fetal dönemde sigara dumanına maruz kalan bebeklerin çocukluk dönemlerinde davranış bozuklukları, hiperaktivite bozukluğu, dil gelişim sorunları, zeka geriliği ve öğrenme

güçlüğü, saldırganlık, karşı gelme gibi sorunlu davranışlar geliştiği saptanmıştır (Semiz ve ark. 2006; Koroğlu 2007).

4.2. PLASENTA

Plasenta; birbiriyle birleşen koryon ve uterus mukozasından meydana gelen, fertilize olmuş ovumun gelişip olgunlaşmasını sağlayan, anne ve fetus arasında her türlü madde alışverişini gerçekleştirerek fetusun doğum öncesi dönemde anne karnında gelişmesine olanak sağlayan ekstraembriyonal bir doku ve temel organdır (Madazlı 2008).

İnsan plasentası, interstitiel tip ve hemokoryal türde tanımlanmıştır. Anneye ait kısmı 'plasenta maternalis', fetuse ait olan kısım 'plasenta fetalis' olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır (Hassa ve Asti 1997).

Gebeliğin 16. haftasına kadar plasenta kalınlığı artış gösterirken sonraki haftalarda yalnızca çevresi büyümeye devam eder. Termdeki plasenta ağırlığı 300-1200 gr arasında olmak üzere ortalama 500-600 gr dır. Çapı 15 cm, kalınlığı ise 2 cm dir (Ahokas 1987, Kaiser 1986, Pritchard ve ark. 1985).

Fetal ve Plasental Membranlar

Desidua: Gebelik için özelleşen endometriumun fonksiyonel tabakasıdır (Taşkın 1997). İmplantе olduğu bölgeye implantasyon bölgesi ile ilişkilerine göre, farklı yapı ve fonksiyonda olmasına bağlı olarak ayrılır. Plasentayı yapan esas kısım olan maternal bölümü; desidua bazalis, embriyonun üzerinde uzanan yüzeysel bölümü; desidua kapsüllaris ve geri kalan bölümleri de desidua pariyetalis olarak sınıflandırılır (Gürsoy ve Koptagel 1997).

Östrojen ve progesteron aktivitesinin etkisi ve endometrium ile kan damarlarının trofoblastlar tarafından invazyonu sırasında meydana gelen blastosist implantasyonunun oluşturduğu uyarılarına bağlı olarak sekretuar endometrium desiduya dönüşür (Cunningham ve ark 2005). Artmış uyarı seviyesine bağlı olarak endometriumdaki stromal bağ dokusu hücreleri genişler ve soluk boyanan poligonal veya yuvarlak desidual hücrelerine dönüşürler. Çok miktarda glikojen ve lipid depolanan bu hücreler sentez yapma özelliğine de sahiptirler. Damar endotelini eriten desidual hücre enzimleri kanın serbest kalmasını sağlar ve fetal beslenme için zengin bir kaynak oluşturur. Desidua hücrelerinin diğer bir özelliği de sıklaşarak maternal tarafta embriyonun immun sistemden korunması için bir bariyer oluşturmaktır.

Gebelik boyunca endometriumda gözlenen bütün bu hücrel ve vasküler değişikliklere desidual reaksiyon denir (Gürsoy ve Koptagel 1997).

Koryon: Trofoblasta karşılık koryon, amnion kesesinin dışındadır ve embriyo dahil, bütün ekstraembriyal keseleri içinde barındırır. Plasantanın şekillenmesine yardımcı olan bu kesenin duvarı ektoderm ve somatik mezoderm yapılarından oluşan somatopleura'dan yapılmıştır. Dış yüzeyde ektoderm, plasentanın şekillenmesi sırasında uterus mukozası ile kaynaşır, yavrunun beslenmesini sağladığı için de trophoblast adını alır. Gelişme ve beslenmede önemli rol oynayan, oluşumu 15 günlük iken başlayan koryonun uterus mukozasına gönderdiği koryon villusları, dallı uzantılar oluşturur. Villusların dış yüzü trophoblast hücreleri ile örtülüdür. Koryon villuslarında sinsityotrophoblast ve sitotrophoblast olarak görev ve şekil bakımından farklılık gösteren iki çeşit trophoblast vardır. Sinsityotrophoblast; dışta bulunur, hücre sınırları belli olmadığı için sitoplazmaları birbirine karışıp sinsityum yapmış hücreler mevcuttur. Bu tabakanın hemen altındaki tek sıralı koryon esas epitelinde sınırları belirgin ve sitoplazmaları birbirlerine karışmamış hücrelerin oluşturduğu Sitotrophoblast bulunur. Sinsityotrophoblastlar salgıladıkları enzimlerle uterus mukozasındaki epitel katını, bağ dokusunu hatta damar duvarını eriterek, villuslara yol açar ve implantasyonu kolaylaştırırlar (Hassa ve Asti 1997).

Amnion: İç yüzeyi ektoderm, dış yüzeyi ise mezoderm ile örtülü, embriyo ve fetüsü çeviren içi sıvı ile dolu, membranöz amnion kesesini oluşturur, içindeki sıvıya da amnion sıvısı denir (Eroschenko 2001). İnsanda amniyon kesesi blastosist oluşumundan sonra, gastrula evresinde embriyoblastların trofoblastlardan ayrılması sonucu ortaya çıkar. Amnion sıvısının büyük bölümü başlangıçta annenin doku sıvısı ve az bir miktar amnion hücrelerince salgılanan sıvıdan oluşur. İntervillöz aralıktaki kandan, koryonik plak içinden sıvı diffüzyonunun başlaması ile 11. gebelik haftasının başında fetüs, amnion sıvısı içine idrarını yapmaya başlar. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde de günde 500 cc ye yakın idrar eklenir. Amnion sıvısı miktarı haftaların ilerlemesi ile artış göstererek 10. haftada 30 cc, 20. haftada 350 cc, 37. haftada 700–1000 cc kadar ölçülür. (Gürsoy ve Koptagel 1997, Guyton 1987).

Amniyon sıvısının fetal sağlık açısından birçok işlevsel özelliği mevcuttur. Fetüsün travmalara maruziyetini önler, ısı kaybına engel olur, fetüsün anne karnında kayma yaparak rahat hareket etmesini sağlar, kas iskelet sistemi gelişimine yardımcı olur, fetüsün simetrik büyümesini sağlar, fetal akciğer gelişimine yardımcı olur,

amnion ve fetüs arasında bariyer oluşturarak fetüse yapışmasını önler, enfeksiyonların geçişini engeller (Gürsoy ve Koptagel 1997).

Vitellus Kesesi: Gelişimin erken dönemlerinde koryon kesesi içerisinde, oldukça küçük bir yapı şeklinde bulunur. 10. gebelik haftasında orta barsağa bağlanır. Önce göbek halkasında daha sonra göbek kordonunda yer alan vitellus kesesi sapı amnionun genişleyip koryon ile birleşmesi sonunda koparak amnion ile koryon arasında küçük bir yapı olarak yer alır. Çok nadir durumlarda gebelik boyunca kalabildiği görülse de genellikle kaybolur (Şeftalioğlu 1988).

Vitellus kesesi, gebeliğin 4–5. haftalarında uteroplasental dolaşım başlayana kadar embriyoya besin maddesi taşır, kan hücreleri ilk kez vitellus kesesi duvarında ortaya çıkar, dorsal kısmı embriyoya 4. haftada primitif barsak olarak katılır ve endoderminden, solunum ve sindirim sistemlerinin epiteli gelişir, primordiyal germ hücreleri 3. hafta sırasında vitellus kesesi duvarında ortaya çıkar ve daha sonra gelişen seks bezlerine ve gonadlarına göç ederler (Başaran 1999).

Allantois Kesesi: Endodermal bir kese olan allantois kesesi, amnion ve koryon oluşumu sırasında embriyonun kaudal tarafında bir çıkıntı olarak meydana gelir ve özellikle gebeliğin 16. gününde parmak şeklinde bir divertikulum olarak dikkati çeker. İdrar toplama ile görevli iken zengin bir damar ağı belirir ve daha sonra koryon ile temasa geçip koryonun damarlanmasını sağlayarak oluşacak göbek bağının yapımına katılır ve sonrasında tamamen körelir. Allantoisin bir kısmı idrar kesesi ile bağlantı kurarken, bir kısmı ile de urachus yapar ve eriskinde median umblikal ligament olarak varlığını sürdürür. Allantois 2 umblikal arter ve 1 venden oluşmaktadır. Daha sonra vasa umblica'ya dönüşür (Başaran 1999).

Umblikal Kord: 3.-4. gebelik haftalarında plasenta gelişimi ile birlikte oluşmaya başlayan, 1–2 cm çapında, ortalama 55 cm olmak üzere 30–90 cm uzunluğunda spiral şeklinde bükülebilen mezoblastik bir oluşumdur (Başaran 1999). Müköz bağ dokusu yapısındadır ve içerisinde jöle kıvamında Wharton jeli adında bir ara madde barındırır. Fetal kan, plasentaya bir çift umblikal arterlerden girer, villusların içine geçer ve tek bir umblikal venden geri döner (Eroschenko 2001). Çok nadir bir olasılıkla kordonda tek arter de bulunabilir (Gürsoy ve Koptagel 1997).

Doğumu takiben öncelikle umblikal arter kasılarak fetusdan kan çıkışı durdurulur sonra da vena umblikalis kasılır bu sayede arteriyal kan doğumdan kısa bir süre sonra fetusa doğru akar. Bu durum kordon klamplama konusu için yol

göstericidir ve vena umblikaliste nabız durduğunda göbek kordonu klemlenip kesilebilir (Başaran 1999).

Plasenta Gelişimi ve Yapısı

Embriyonun gömülürken ileride koryon zarını oluşturacak trofoblastik duvar ve uterus damarları birbirleri ile ilişkili olarak farklılaşmaya başlar ve plasentayı oluştururlar (Balinsky 1981). İmplantasyondan sonra hızla çoğalan trofoblastlar ile dış ve sinsityotrofoblast tabakası, iç veya sitotrofoblast tabakası ve ince bir bağ dokusu olan mezoblast tabakası olmak üzere üç tabaka şekillenir. Mezoblast tabakasından, plasentanın destek dokuları ve damar sistemi şekillenir. Dış ve sinsityal hücrelerde embriyonun beslenmesi için glikoz ve protein sentez edilir. İmplantasyondan hemen sonra da, bu hücre dizisinden koryonik gonodotrop hormonu da salgılanmaya başlar. Bu hormon korpus luteumun devamını dolayısı ile östrojen ve progesteronun salgılanmasını sağlayarak, endometriumun yıkılmasını önler (Pritchard ve ark. 1989). Koryon zarı şekillenirken, amnion zarı ve amniotik kavite de gelişmeye başlar. Embriyonel kutupta iki küçük kavite gelişir. Ön kavitede Yolk-Sak arkada ise amniotik kavitedir. Erken devrelerde embriyonun beslenmesini sağlayan Yolk-Sak, gelişmenin ileri devrelerinde geriler ve kaybolur. Buna karşı amniotik kavite giderek gelişir ve genişler. Amnion zarının iç yüzeyi ile bitişir. Koryon frondosumun 14. hafta ile beraber gelişmesinden fetal plasenta, desidua bazalisin gelişmesinden ise maternal plasenta ortaya çıkarak plasentayı oluşturur. Plasentadaki umblikal korddaki damar sistemi ile ilişkili olan segmentlere kotiledon denir. Fetüsün kalbi tarafından pompalanan kan, fetüsün vücudunu dolaştıktan sonra, umblikal arter ile plasentaya ulaşır. Umblikal arter, plasentanın yüzeyinde dallanır ve her bir dal koryonik villilerin ucunda son bulur. Koryonik villiler, intervillöz aralıkta anne kanı içinde yüzerler. Bu aralığa, desidüadan yaklaşık 200 arterden gelen anne kanı dökülür ve desidüanın toplayıcı venleri tarafından drene edilerek sürekli sirküle hali mevcuttur. Yaklaşık 150 ml anne kanı bulunan bu aralık dakikada 3-4 kez değişir (Taşkın 1997). Zigot'tan sonraki bölünmelerle blastosist evresine gelmiş ve uterus boşluğuna ulaşmış olan embriyo taslağı ileriki gelişmeler için, kendisini örten zarlar vasıtasıyla uterus mukozasına çok sıkı ya da gevşek bir şekilde bağlanır. Plasentayı oluşturan bu bağlantıya, ilişkiye implantasyon denir. İnsanlarda gebeliğin 6.-7. günlerinde başlar, 11.-12. günlerde tamamlanır. Santral (superficial), ekzantrik,

interstisyel olmak üzere maternal ve fetal yarımının ilişki derecesine bağı olan üç tipte implantasyon şekli mevcuttur (Hassa ve Asti 1997).

Plasentanın Fetal ve Maternal Yüzü: Gebeliğin dördüncü ayından itibaren plasenta, koryon frondosum tarafından oluşturulan fetal parça ile desidua bazalisten oluşan maternal parça olmak üzere kısımları sitotrofoblast kabuğu ile birbirlerine yapışmış iki parçadan oluşur. Plasenta fetal tarafta koryon plağı, maternal tarafta ise desidua bazalisten oluşan desidual plak ile sınırlanmıştır (Sadler 2005).

Plasentanın koryon ve amniyon membranları ile örtülmüş yüzüne fetal yüz, kırmızı ve düzensiz yüzüne ise maternal yüz denir. Fetal yüzü dışta koryon, içte amniyon ile çevrilmiştir. Ortasına umbilikal kord tutunur. Umbilikal korddan gelen damarların, membranların altında dallandıkları gözlenir. Maternal yüz 15-20 kotiledonlardan oluşmuştur (Taşkın 1998).

Plasental Bariyer: Uterus mukozasının epitel katı, bağ dokusu ve damar endotelidir plasenta oluşumuna katılır. Fetusta koryon frondosum'u oluşturan villuslar ile plasenta oluşumuna katıldığından bunların da koryon epiteli, koryon mezensimi ve damar endoteli vardır. Plasenta bariyeri, en basit yapıdaki bir plasentada, üçü anneye, üçü de fetuse ait olmak üzere altı tabaka bulunmaktadır. Yavru ve anne arasında gıda ve gaz alışverişi her iki tarafa ait kan damarları arasında diffüzyon yolu ile olacağından, bu tabakalar bir bariyer durumundadır (Hassa ve Asti 1997).

Hemokoryal yapıdaki insan plasentası 20. haftaya kadar plasenta bariyerinde; sinsityotrofoblast, sitotrofoblast, koryon villuslarının bağ dokusu ve fetal kapiller endoteli olmak üzere dört tabaka bulundurur. 20. haftadan sonra gelişen yapısal değişiklikler ile sitotrofoblastlar büyük oranda incilir ve zamanla ortadan kalkar, geriye sadece ince sinsityotrofoblast sırası kalır. Böylece çoğu alanda plasental bariyer 3 tabakaya düşmüş olur. Gebelik ilerlerken plasental membran giderek incilir ve çoğu fetal kapillerdeki kan, intervillöz aralıktaki anne kanı ile fazlasıyla yakınlaşır (Gürsoy ve Koptagel 1997).

Plasentadan Substratların Transfer Edilme Yolları

- Hızlandırılmış difüzyon ile elektrolitler, su, respiratuar gazlar transfer edilebilir,

- Taşıyıcı sistemlerle aminoasitler, şekerler, suda eriyen vitaminler transfer edilebilir,
- Yavaş difüzyon ile hormonlar transfer edilir,
- Pinositoz ya da büyük porlar yoluyla da plazma proteinleri, immünolojik maddeler transfer edilebilir (Ahokas 1987).

Plasentanın Kan Dolaşımı

Fetal Plasental Dolaşım: Fetustan çıkıp, umblikal arterden geçerek plasentaya gelen fetal kan, göbek bağının plasentaya temas bölgesindeki villuslar içinde bulunan yoğun arteriyo kapillervenöz sistem sayesinde anne kanı ile yoğun olarak yaklaşır ve bol oksijenli fetal kan ince duvarlı venlere geçer. Umblikal ven de, oksijenden zengin kanı fetusa taşır. Normalde karışmayan anne ile fetus kanı çok nadir görülen ve plasental membranda ortaya çıkan küçük defektler nedeni ile az miktarda fetal kanın maternal dolaşıma karışması durumu görülebilir (Gürsoy ve Koptagel 1997).

Maternal Plasental Dolaşım: İntervillöz aralıktaki kan, daima maternal dolaşım sisteminin dışındadır. İntervillöz aralığa desidua bazalis'teki 80 ile 100 adet spiral arter girer. Gelen kan, intervillöz aralıktaki kandan daha yüksek basınca sahiptir ve koryon plağına hızla çarpar. Basınç dağılırken kan dallanmış villuslar arasından yavaşça akar. Böylece fetal kan ile maternal kan arasında metabolit ve gazların değişimi sağlanır. Kan endometriyal venlere ve maternal dolaşıma geri döner (Gürsoy ve Koptagel 1997).

Plasentanın Fonksiyonları

1. Gaz alış-verişi: Anneden fetusa O₂, fetustan anneye CO₂ taşımak,

2. Beslenme: Glikoz, protein, yağ, su, vitamin, mineral ve elektrolitleri anneden fetusa taşımak,

3. Eliminasyon: Fetusun metabolizma atıklarını anne kanına taşıyarak anne böbreği ile atılmasını sağlamak,

4. Antikor transferi: İmmunoglobulin-G'leri anneden fetusa taşıyarak, fetusun bağışıklığını sağlamak,

5. Koruma: Plasentanın enzimleri bazı toksik faktörleri baskılar. Bunun yanında plasental bariyer, anne kanında bulunan zararlı maddelerden fetüsü korur. Ancak ilaç kullanımı, sigara ve madde kullanımı gibi durumlar ve virüsler bu bariyeri geçebilir.

6. Hormon üretimi ve sekresyonu (Taşkın 2012).

Plasental Patolojiler

1.Makroskopik Plasenta Anomalileri

Gelişimsel, şekilsel anomaliler, işlevsel villus kitlesini azaltan lezyonlar, hematom ve trombüsler, plasental fonksiyon bozukluğuna sebep olan anomaliler olarak sınıflandırılırlar (Kaufmann ve Castellucci 1995).

a.Gelişimsel Anomaliler

Placenta extrachorialis: Placenta circummarginata ve placenta circumvallata olarak iki türü vardır. Gebelik haftasına göre doğum tartısı düşük olan plasenta; plasenta membranacea, aksesuar lob-plasenta bilobata ve fenestrata placenta bir diğer adı ile anüler plasenta, varlığında fetusun gebelik haftasına göre düşük doğum ağırlıklı olabildiği anomalidir (Kaufmann ve Castellucci 1995).

b.İşlevsel Villus Kitlesini Azaltan Lezyonlar

Perivillöz Fibrin Toplanması: Plasentada fibrin maddesinin fazlaca birikerek plak şeklinde sert, beyazımsı tabakanın oluşması durumudur. Villusların arası ve etrafı artmış fibrin maddesi ile çevrilmiştir. Trofoblastik bazal membran kalınlaşmıştır. Perivillöz fibrin plak, miadındaki komplikasyonsuz gebelerde %22-25'inde, preeklampsi ve hipertansiyonda %12-13 oranındadır. Sigara içimi ile fibrin toplanması durumu arasında yakın ilişki bulunan çalışmalar mevcuttur (Mayhew ve ark 2003).

İnfarktüs: Daha çok periferik kısımlarda görülen, makroskopik olarak sınırları belli, koyu kırmızı ve orta derecede sert bir lezyondur. Histolojik olarak erken infarktüsde etkilenen sahadaki villuslarda toplanması karakteristiktir ve intervillöz saha daralmıştır. Komplike olmayan miadında gebeliklerin %25'inde plasentada villus parenkiminin %5'inden azını tutan küçük infarkt alanları vardır. Fakat villus parenkiminin %10'undan fazlasını tutan yaygın plasental infarktüs durumunda fetal hipoksi, İUGG ve intrauterin ölüm görülme sıklığı yüksektir (Fanaroff 1997).

Primer Büyüme Defekti: Villus kitlesinin normalin altına inmesi ile plasental büyümenin etkilendiği, dolayısıyla plasentanın fizyolojik kapasitesinin azaldığı ve fetal büyümeyi etkilediği düşünülse de bazı çalışmalar plasenta kitlesinin fetal büyümeyi kısıtlayıcı yönde bir rolü olmadığını göstermiş ve plasenta ağırlığının bilinmesinin önemli olduğu düşünülmemiştir (Pardi 1997).

c.Hematomlar ve Trombüsler

Retroplasental Hematom: Uterus duvarı ve plasenta bazal tabakası arasında kan göllenmesidir. Plasentanın maternal yüzünde belirgindir ve fetal yüze doğru kompresyon yapacak şekilde ilerler ve altta yatan villus dokusunun infarktüsüne yol açar ve büyük ölçüde maternal kan akımını engelleyerek fetal hipoksi ve ölüm görülme sıklığının artmasına neden olur. Tüm plasentaların %5'inde görülmekle birlikte preeklampitik gebelerde görülme sıklığı 3 kat fazladır. Retroplasental hematom görülen olguların %35'inde plasenta dekolmanının klinik belirtileri mevcuttur. Plasental dekolman için bağımsız risk faktörleri; preeklampsi, grand multiparite, velamentoz umbilikal kord insersiyonu, sigara içimi, fetal ölüm geçmişi, 35 yaş üstü gebelikler ve tekrarlayan düşüklerdir (Toivonen ve ark. 2002).

İntervillöz trombozis: İntervillöz alanda villuslardan bağımsız bir trombüsdür. Fetal ve maternal kan karışımından oluşur. İntervillöz alana fetal kanamayı gösterir. Tüm plasentaların %40'ında görülür. Sadece anormal maternal damar yapısının ve plasentaya düşük maternal kan akımının olduğu durumlarda gelişmektedir. Yaygın plasental infarktüsün esas önemi ciddi olarak dolaşımı bozulmuş bir plasentayı gösterir ve fetal komplikasyonlara yol açar (Özmen Demirkaya 2004).

Fetal Arter Trombüsü: Plasenta içinde soluk, üçgenimsi, tavanı bazal tabakaya oturan makroskopik bir lezyondur histolojik olarak avasküler villus içerir. Villusun stroması fibrotiktir ve fetal damarlarda obliteratif skleroz gelişir. Fetal sap arterinde organize trombüs görülür. Villus ya da korioamniyitis gibi ciddi inflamasyon, staz ve irritasyon (mekonyum), kalıtsal pıhtılaşma bozuklukları ve diabetes mellitus gibi spesifik maternal hastalıklar etkindir (Fonaroff 1997).

d.Diğer Makroskopik Anomaliler

Subkoryonik fibrin plakları, septal kistler ve gözle görülebilir kalsifikasyonlar sayılabilir. Düşük anne yaşı, yüksek maternal sosyoekonomik durum ve yaz aylarında gerçekleşen gebelikler görülme sıklığını arttıran faktörlerdir. Ayrıca sigara içen gebeliklerde erken dönemlerde kalsifikasyon gözlenir (Özmen Demirkaya 2004).

2.Plasentada Görülen Histolojik Anomaliler

Villus anomalileri: Villus matürasyon ve diferansiyon bozuklukları, azalmış maternal kan akımına ikincil değişiklikler, azalmış fetal villus kan akımına ikincil değişiklikler, patogenezi bilinmeyen anomaliler olmak üzere dört çeşittir (Kaufmann ve Castellucci 1995).

Villus matürasyon ve diferansiyasyon bozuklukları: Villus ağacında tam matürasyonu gerçekleşmezse termde, terminal villus yetersizliği söz konusu olur ve plasentanın fonksiyonel etkinliği azalır. Gebeliğin sonuna doğru gelişen ve villus immatürasyonu olarak ifade edilen terminal villus yetersizliğinin fetal gelişme geriliği ile birlikte görülme sıklığı yüksektir (Kaufmann ve Castellucci 1995).

Azalmış Uteroplasental Kan Akımına İkincil Değişiklikler: Ciddi maternal preeklampsi vakalarında olduğu gibi azalmış uteroplasental kan akımına maruz kalan villuslar sabit ve karakteristik bozukluklar gösterir. Trofoblastik bazal membranda düzensiz kalınlaşma ile birlikte villöz trofoblastik hücrelerde sayıca artış mevcuttur. Sigara içenlerde de uteroplasental kan akımının azaldığını düşündüren benzer plasental lezyonlar görülmektedir (Winer ve ark. 2003).

Azalmış Fetal Kan Akımına İkincil Değişiklikler: Lokalize villus gruplarında görülen bir patolojidir. Tam oksijenli maternal kan ile temas etmelerine rağmen, fetal sap arterinin trombozuna bağlı fetal dolaşımında azalma söz konusudur. Villuslarda stromal fibrozis ve aşırı sinsityal düğümler ile karakterizedir. Gebeliğin ilk 3 ayında görülmeyen sinsityal düğümler 32. gebelik haftadan itibaren %20-30 oranında görülür. Villusların üçte birinden fazlasında görülmesi anormal bir durum teşkil eder. Damarlanması bozuk villuslarda normale oranla sık görülür. Düğümlerin görülmesi trofoblastik hipoksi veya iskeminin bir belirti olarak değerlendirilir. Uteroplasental iskemi, sinsityal düğümleri arttıran en önemli etkidir (Fanaroff 1997).

3.Fetal Arterlerin Histopatolojisi

Fibromusküler Sklerozis: Arterin orta katmanı tunika mediada kas ve fibröz dokunun belirgin hiperplazisi ve en iç katman tunika intimada fibröz dokunun artması ile oluşan bir durumdur. Fibröz doku artışının damarlarda yarattığı tıkanmalar sebebiyle plasental dolaşımında bozulmalar görülür (Özmen Demirkaya 2004).

Obliteratif Endarterit: Tunikaintimada şişme ve proliferasyon ile birlikte subendotelyal bazal membranın duplikasyonu söz konusudur. Vasküler lümen

daralır. Obliteratif endarterit vazokonstrüksiyona yanıt olarak gelişir. Plasentanın vasküler yatağında artmış direnç ile birlikte görülen bir değişikliktir. Plasentanın erken ayrılması ve yenidoğan ölümleri gibi durumlara neden olmaktadır. Bu patolojiye sahip annelerin, düşük kilolu yenidoğan doğurma riskleri artmaktadır (Özmen Demirkaya 2004).

Patogenezi Bilinmeyen Anomaliler ve villöz ödem: Placenta villuslarının fibrinoid nekrozu en sık görülen nedeni bilinmeyen patolojik olaydır. Bu genellikle trofoblastik bazal membran dışında bir nodül şeklinde bir maddenin toplanması durumudur. Sigara içimi ile fibrinoid nekroz artışı arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Placenta villuslarında hacmin artışı ile de intervillöz alanın kapasitesinin düşmesi sonucu villöz ödem olur ve plasentaya giden maternal kan akımının kısıtlanmasına neden olur (Özmen Demirkaya 2004).

4.3.EMZİRME

Emzirme Ve Anne Sütü İle Beslemenin Önemi

Yaşamın ilk yıllarında büyüme ve gelişme için en ideal beslenme yöntemi, bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesi ve altı aydan sonra emzirmeye ek yeterli, güvenli ve uygun besinlerin alımı ile devam edilmesidir (Lamberti ve ark. 2011). Sağlıklı büyüme ve gelişme için en uygun beslenme şekli olan emzirme, DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) ve APP (Amerikan Pediatri Akademisi) tarafından da desteklenmektedir ve bebekler için ilk altı ay yalnızca anne sütü, sonrasında ek gıdalar eşliğinde iki yıl, hatta daha uzun süre emzirmenin sürdürülmesi önerilmektedir (Hannula ve ark. 2008; WHO-2003; Innocenti Declaration 1990). Emzirmenin ve dolayısıyla anne sütü ile beslenmenin bebeklerde mortalite ve morbiditeyi azalttığı, büyüme ve gelişmede önemli rol oynadığı, anne sağlığı açısından da yararlı olduğu, sosyal ve ekonomik olarak toplum sağlığına birçok faydası olduğu bilinmektedir (Heymann ve ark. 2013; Kaneko 2006).

Yenidoğan ve bebekler için en uygun besin kaynağı anne sütüdür. Yalnızca anne sütü ile beslenen bebekler ihtiyaçları olan tüm besinleri, sıvı, mineral ve vitamin desteğini anne sütünden karşılarlar, birçok biyoaktif hormon, peptit ve antikor yönünden zengin anne sütünün içeriği bağışıklık sistemini güçlendirerek aşı yanıtı oluşturur ve pek çok enfeksiyona karşı koruma sağlar (Dogaru ve ark. 2014; Döneray

ve ark. 2009). Anne sütü yaşamın ilk 6 ayında bebekler için en ideal besin olan, kolaylıkla ulaşılıp ve sindirilebilen, vücutta etkin bir Şekilde kullanılanılarak optimum büyüme ve gelişme için gerekli olan tüm enerji ve besin ögelerini içeren bir besindir. Anne sütü beraberinde başka herhangi bir sıvı veya besin tüketimi ihtiyaına mahal vermez ve ilk 6 ay bebek için gerekli olan tüm karbonhidrat, yağ, protein, vitamin, mineral ve suyu karşılar (WHO-2009).

Dünya Sağlık rgt, yayınladığı Emzirmeyle İlgili On Gerçek Raporu'nda; ilk altı ay sadece anne sütü ve sonrasında iki yıl ek gıdalarla beslenilmesi halinde, yıllık ortalama 800.000 ocuk ölümünün önlenebileceğini bildirmiştir (WHO- 2015). 2015 yılında yayınlanan Emzirmeyi Koruma Stratejisi raporu da anne sütü alan beş yaş altı çocuklarda yaşam süresinin arttığı ve diğer tüm koruyucu müdahalelerin yanında emzirmenin çok daha etkili bir yöntem olduğu bildirilmiştir (Black 2013). İlk altı ay sadece anne sütü alımı çocukluk ağı mortalitesini 14 kat azaltmaktadır. Anne sütünün Dünya genelinde özellikle gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere bebek ölümlerini %13 oranla azalttığı, 0-5 yaş arası çocukluk ağı ölümlerinin neredeyse 1,4 milyonunu önlediği tahmin edilmektedir (Cai ve ark. 2012).

Emzirme, hem kısa hem de uzun dönemde anneye bebeğe çeşitli yararlar sağlamaktadır. Anne sütü ile beslenen bebeklerin, solunum yolu enfeksiyonları, otitismedia, üriner sistem enfeksiyonları, sepsis, gastroenterit, menenjit gibi enfeksiyon hastalıklarına yakalanma sıklığı önemli oranda düşük seyretmektedir. Anne sütü bebeklerin kronik hastalıklara yakalanma riskini azalmaktadır, tip 1 diabet, lyak, inflamatuvar barsak hastalığı, chron's hastalığı gibi bağışıklık sistemi ile ilgili hastalıklardan uzun dönemde korumaktadır. Metabolik sendrom ve obeziteye karşı koruyuculuğu olduğu, total serum kolesterol düzeylerini ve kan basıncını düşürdüğü, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler sistem hastalıklarıyla ilişkili riskleri azalttığı bilinmektedir. Anne sütü ile beslenme bebeğin ruhsal, bedensel ve zekâ gelişimini bir bütün halinde olumlu yönde etkilemekte anne-bebek bağını kuvvetlendirmektedir (Samur 2008; Stolzer 2011). Emzirmenin uzun vadede de etkilerinden bazıları da çocuklarda bilişsel gelişimi artırmak, obezite, tip I diyabet, tip II diyabet, çocukluk lösemileri ve ileri yaşlarda kardiyovasküler hastalık riskini azaltmaktır (Aune ve ark. 2014).

Emzirmenin fizyolojik ve psikososyal olmak üzere birçok yönden bebek ve anne sağlığı için olumlu etkileri vardır (Law ve ark. 1996). Emzirmenin doğumu takiben ilk bir saat içinde başlatılması anne ile bebek arasında bağlanmayı güçlendirir,

postpartum erken dönemde annede uterin aktiviteyi uyararak kanama riskini azaltır (Khan ve ark. 2015). Emzirmenin kadın sağlığı üzerinde, fertilizasyon sürecini geciktirme ve postpartum hemorajiyi önleme, premenapozal meme kanseri ve over kanseri görülme riskini azaltma gibi birçok olumlu etkisi bulunmaktadır. (León-Cava ve ark. 2002). Emzirme annelerin benlik saygısını ve özyeterliliğini artırmakta önemli rol oynamaktadır. Emzirme ile gebelik öncesi kiloya dönüş hızlanmaktadır (Khresheh ve ark. 2011).

Anne sütü salgılandığı dönem ve içeriğine göre kolostrum, geçiş sütü (transitional), mature süt (olgun) olarak kategorize edilmektedir. Postpartum ilk beş ve yedi gün arasında salgılanan, maternal kanın genel yapısını ve özelliklerini taşıyan süt kolostrumdur. Az miktarda salgılanmasına rağmen içeriğindeki olgun süttten daha fazla protein, enerji ve aktif immünolojik maddeler ile süt miktarı artana kadar bebeğin tüm gereksinimlerini karşılar ve enfeksiyonlardan korunmasını sağlar. İçeriğindeki A vitamini, sodyum ve çinko bebeği ilk birkaç gün içerisinde aşı görevi görerek enfeksiyonlardan korumaya yardımcı olur (Atıcı ve ark. 2007). Kolostrumdan sonra iki haftaya kadar geçiş sütü (transitional) salgılanır. Geçiş sütünün protein ve mineral içeriği kolostrumdan düşük, olgun süttten yüksektir. İçeriğindeki su miktarı olgun süte dönüşünceye kadar giderek artar. On beşinci günden sonra da mature (olgun) süt salgılanır. Sütün bileşiminin %88 den daha fazlasını su oluşturmaktadır. İçeriğindeki proteinin çoğunluğu whey proteini ve yağların ise trigliserittir. Anne sütü, yağda ve suda çözünebilen 200'den fazla madde içeren karmaşık bir bileşiktir ve içeriğindeki besin öğelerinin miktarı laktasyon süresince bireyler arasındaki biyokimyasal farklılıklara, alınan diyetin içeriğine, laktasyon dönemlerine ve emzirme zamanının uzunluğu gibi birçok etkene bağlı olarak değişiklik gösterir. (Samur 2008).

Emzirmeye doğumdan sonraki ilk bir saat içinde başlanması ve bebeklerin her istediğinde emzirilmesi gerektiği DSÖ, UNICEF gibi kuruluşlar ve Sağlık Bakanlığımız tarafından desteklenmektedir. Anne ve bebeğin doğumdan sonra aynı odada olması ve emzirmeye hemen başlanması, her iki memede en az 7-10 dakikalık aralıklarla emzirilmesi, her emzirme periyodunda diğer memeden başlanması gibi alışkanlıklar süt üretimini arttırmakda fayda sağlamaktadır. Emzirme döneminde beslenme laktasyon döneminin özelliğine uygun olarak yeterli ve dengeli olmalıdır. Yeterli sıvı alınmasına özen gösterilmeli, suyun yanı sıra besin değeri yüksek olan süt ve taze sıkılmış sebze meyve suları gibi içecekler tercih edilmelidir. Emzirme

döneminde annenin dinlenmesi için gereken koşullar sağlanmalıdır. Bu dönemde anneye sağlanacak psikolojik destek oldukça önemlidir özgüven ve özyeterliliği destekleyecek davranışlarla yaklaşım sağlanmalıdır. Anne ile bebeğin tensel teması desteklenmelidir (WHO-2015; Atıcı ve ark. 2007). Doğum sonrası anneler başarılı bir emzirme sürdürseler de işe başlama, sütün yetmeyeceğini düşünme, bebeğin doymadığını ve yeterli kilo almadığını düşünme gibi birçok sebepten dolayı bebeğe ek besin ya da formül süt başlamakta ve bunun sonucunda bebek bir süre sonra anne memesini emmeyi bırakmaktadır. Formül ile beslenen bebeklerde, gastrointestinal sistem problemleri, solunum yolu enfeksiyonları, alerji ve obezite riski artmaktadır (Brown ve Arnott 2014).

Anne sütünün yapısında vitamin, mineral, protein, hormon, yağda ve suda çözünebilen birçok madde mevcuttur. Enerji dengesinin ayarlanmasında önemli görevleri olan leptin ve ghrelin gibi hormonları anne sütü içeriğinde yer alan hormonlardandır. Bunlar neonatal ve infant dönemde büyüme ve gelişmeyi, çocukluk ve yetişkinlik döneminde enerji dengesinin sağlanmasında görevlidir. Leptin ve ghrelin meme bezleri tarafından sentezlenerek, anne sütüne salgılanmakta ve aynı zamanda anne plazmasından süte de bir geçiş olabilmektedir. Leptin ve ghrelin infantlarda tokluğun erken kontrolünde ve çocukluk ve yetişkinlik döneminde ise enerji dengesi regülasyonunun sağlanmasında etkilidir. Böylelikle geç dönem obezitesine karşı koruyucu etkisi bulunmaktadır (Savino ve ark. 2009; Savino ve Liguori 2008).

Sigaranın Anne Sütü ve Emzirmeye Etkisi

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde sigara içen annelerin, emzirme döneminde, süt üretim miktarı ve emzirme süresi konularında olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Sigara içen annelerin süt üretim miktarı 250 ml azaltmakta ve süt içeriğindeki yağ ve C vitamini miktarının azalmasına neden olmaktadır. Sigara nedeniyle besleyiciliği ve kalitesi düşen anne sütü ile beslenen yenidoğanlarda kilo alımı konusunda yetersizlikler görülür (Aktaş ve Güler 2010). Nikotin süt üretimini azaltması, bebekte kilo alımını engellemesi ve solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma sıklığını arttırması nedeni ile emziren anneler için kontrendike ilaçların başında sayılmıştır. Amerikan Pediatri Akademisi tarafından 2001 yılında anne sütünün bebek için keşfedilen üstün yararları nedeni ile sigara içme ve anne sütü ile besleme hakkındaki düşünceler değişmiş, anne sütü ile geçen nikotinin zararlı

olduğuna dair bir çalışma olmadığını belirtilerek, sigara içmeyi bırakamayan kadınların bu sebeple emzirmemelerinin bebekler için daha çok zarar verici bir durum olduğunu belirtmişlerdir. Anne sütü ile geçen nikotin emzirme yolu ile geçen zararlı ilaçlar listesinden çıkarılmıştır (Cesur 2007).

Sigara içen annelerde nikotinin prolaktin düzeyini baskılaması sonucu süt miktarı azalır (Elenbogen 1991). Anne sütü ile geçen nikotin; bebekte intestinal kolik, bulantı, kusma, uyku problemi meydana getirebilir. Maternal sigara kullanımı, annenin doğumdan sonra da devam eden alışkanlığı ve bebeğin çevresel sigara dumanına maruz kalması bebekte gastrointestinal sisteminin etkilenmesine sebep olur ve infantil kolik gibi rahatsızlıklara zemin hazırlar (Sondergaard ve ark. 2001).

Annenin günlük tükettiği sigara miktarı, sigara içimi konusundaki kişisel alışkanlıkları, emzirme öncesi sigara içme sıklığı ve emzirmeden önce içilen son sigara gibi alışkanlıkları ile sütle bebeğe geçen nikotin ve kotinin seviyeleri bağlantılıdır. Emzirmeden önce içilen son sigara ile emzirmeye başlama süresi arasındaki zaman farkının azlığına bağlı olarak, sütle geçen nikotin ve kotine oranları 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 seyretmekte olup sadece anne sütü ile günde 6 kez 150 ml beslenen 6 kg bir bebekte, alınan nikotin miktarı 1,4-750 ng/saat/kg olarak hesaplanabilmektedir (Cesur 2007).

Nikotin, yetişkin insan metabolizmasına gastrointestinal yolla alınmış olsaydı (sütle veya çiğneyerek) toksik metabolitlerinin, karaciğerde ilk geçişte elimine edilmesi ile açığa çıkan metabolit oranı azalmış olacak ve buna bağlı olarak solunum yoluyla alınmasına göre emilimi daha az olmuş olacaktı. Ancak karaciğer işlevleri tam gelişmemiş olan bebekler ve çocuklar, sindirim sistemi yoluyla aldıkları nikotin için ilk geçişte yeteri kadar eliminasyon sağlayamazlar. Solunum yoluyla aldıkları nikotinin akciğerlerden çok hızlı bir şekilde ve nerdeyse tamamen emilmesinin yanında, sindirim sistemi yoluyla da fazla miktarda toksik maddeye maruz kalmaktadırlar (Tarhan 2016).

Sigara içen ve emziren annelerin prolaktin düzeyleri azaldığı için annelerin erken mamaya başladığı, daha az süt üretimi yaptıklarının tartışıldığı birçok çalışma yürütülmüştür. 2007 yılında ülkemizde yapılan bir araştırmada sigara içen annelerin %73,7'sinin bebeklerini 10 dakikadan daha az emzirdiği, %56,8'inin ise günde 7 kez ve daha az sayıda bebeklerini emzirdiği görülmüştür. Aynı çalışmada sigara içen

annelerin erken dönemde (4.ay ve daha önce) ek gıdaya başlama oranı %49,5 iken sigara içmeyen annelerde %26,6 olduğu görülmüştür (Cesur 2007).

Sigara içen kadınlarda süt inme refleksi (let down) daha zayıftır; ancak bu annelerde kan prolaktin seviyeleri ile ilgili net bir ilişki mevcut değildir. Anneden geçen nikotinin, akut olarak fazla dozda alınmasıyla bebekte apne atakları, aşırı uyarılma ve kusmalar görülebilmektedir. Günde 15'ten fazla sigara içen kadınların bebeklerinde gastrointestinal yolla nikotin zehirlenmesi görülebilmektedir (Tarhan 2016).

Emzirmede Öz-Yeterlilik Kavramı

Annenin emzirme konusundaki özyeterlilik algısı emzirmeyi etkileyen önemli bir faktördür (Dennis 1999). Öz-yeterlilik kişilerin yaşam dinamiklerini etkileyen olaylarla baş edebilme, bunları kontrol edebilme yetenekleri ile ilgili gösterdikleri inanç, kendilerini motive edebilme çabaları ve yapılacak işin üstesinden gelebilme yeteneğini ifade eder (Bandura 1998). Emzirmedeki öz-yeterlilik algısı ise annenin emzirip emzirmeyeceğini, bu konuda ne kadar çaba göstereceğini, emzirme ile ilgili düşüncelerini ve emosyonel olarak emzirme sürecinde karşılaşılabilecek zorluklarla baş etme becerisini göstermektedir. (Dennis 1999).

Öz-yeterliliği yüksek olan annelerin emzirmeyi daha çok tercih ettiği, sorunlarla baş etme kabiliyetlerinin yüksek olduğu, cesaretli davranışlar sergiledikleri ve kendilerini motive etme becerilerinin daha güçlü olduğu görülmüştür (Dennis 1999). Annelerin emzirme konusunda yetersiz olduklarını düşünmeleri, emzirme ile ilgili sorunlar yaşamaları ve lohusalıkta yaşanan ruhsal sorunlarla mücadelede zorlanmaları gibi başlıca nedenler ile erken dönemde emzirmenin kesiliği görülmektedir (Thome ve ark. 2000; Wojnar 2004). Emzirme konusunda kendilerini yetersiz görmeleri ve özgüven eksikliği yaşamaları da annelerin emzirme sürecini olumsuz etkilemektedir (Dennis 1999; Creedy ve ark. 2003). Anne sütü ile besleme ve emzirmenin devamlılığını sağlanmada kadınların kişisel özellikleri, yaşı, sosyo-ekonomik durumu, kültürel yapısı, çalışma durumu, sigara içme durumu gibi özelliklerin yanında annenin kendine karşı güvensizliği, doğum öncesi bilgi düzeyi, emzirmeye karşı tutumu, anne ile bebeğinin doğum sonrası hastanede ve evde aynı odada kalması, doğum sonu erken dönemde formül mamaya başlaması, doğum sonrası hastaneden taburculuk süresi, yetersiz aile ve çevre desteği, annenin bu

konuda tecrübesiz olması gibi değişkenlerin etkili olduğu görülmüştür (Dennis 2002).



5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Analitik kesitsel tipte düzenlenmiş bir çalışma olarak yürütülmüştür.

5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Merkezefendi Devlet Hastanesi Doğum Salonu biriminde Ekim 2017- Nisan 2018 tarihleri arasında gerçekleşmiştir.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini 2017-2018 yıllarında çalışmanın yürütüldüğü aylar içerisinde T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Merkezefendi Devlet Hastanesi Doğum Salonu birimine doğum için başvuran kadınlar oluşturmuştur.

Çalışmamız N sayısı en az 30 olacak şekilde, veri kayıpları göz önünde tutulduğunda, olasılıksız örneklem yöntemiyle belirlenen sigara içen ve içmeyen olmak üzere oluşturulan iki grup ve her iki grupta en az 35 kişilik katılımcı olacak şekilde yürütülmüştür. Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden, 37-41. Gebelik haftası arasında miadında spontan vajinal doğum doğum yapan yaş ve parite uyumlu gebeler katılım göstermiştir.

Araştırma kapsamındaki gebelerin sigara içme durumlarına göre gruplandırması;

- I. Grup: Gebelik öncesi ve süresince içenler
- II. Grup: Gebelik dahil, hayatı boyunca sigara içmeyenler şeklinde olmuştur.

Araştırmaya dahil olma kriterleri

1. Gebelik öncesi en az 1 yıldan bu yana sigara içmeye devam eden gebeler,
2. Gebelik dahil, hayatı boyunca sigara içmeyen gebeler,
3. Miadında doğum yapan gebeler,
4. Çoğul gebelik, preeklamsi, gestasyonel diyabet, tiroid fonksiyon bozukluğu, sistemik hastalığı olmayanlar ve gebelikte sistemik hastalık nedeniyle ilaç kullanmayanlar,
5. Spontan vajinal doğum yapan gebeler,
6. İletişim engelleriyle karşılaşmamak açısından ve kültürel farklılıkların değişkenlik gösterebilmesi sebebi ile gebenin yabancı uyruklu olmaması,
7. Telefonla iletişim konusunda herhangi bir engeli olmayan gebeler,
8. Emzirmeye engel herhangi bir sağlık sorunu bulunmayanlar.

5.4. ARAŞTIRMA SORULARI

1. Sigaranın plasenta dokusu üzerine histopatolojik etkileri nelerdir?
2. Sigara içiminin emzirme üzerindeki etkileri nelerdir?
3. Sigara içiminin emzirme öz-yeterliliği ile ilişkisi nedir?
4. Bağımlılık düzeyinin plasenta histopatolojisine ve emzirmeye etkisi nelerdir?
5. Sigara içiminin plasenta ayrılama süresi ve plasenta ağırlığı üzerine etkisi nedir?
6. Sigara içiminin yenidoğan tartısı, baş çevresi ve boy uzunluğu üzerine etkisi nedir?
7. Sigara kullanımı ile yenidoğan 1. ve 5. dakika apgar skoru arasında ilişki var mıdır?

5.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmamızda veri toplamak amacıyla “Sosyo-demografik Anket Formu”, ankete ek sigara içen gebelerde bağımlılık düzeyini ölçmek amacıyla evrensel kullanımlı, Türkçe geçerliliği Uysal ve ark. (2004) tarafından yapılmış “Fagerström Bağımlılık Testi” ve Dennis tarafından 2003 yılında geliştirilen, Aluş Tokat ve ark. (2008) tarafından Türkçe güvenilirlik geçerliliği yapılan “Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ)” kendilerinden aldığımız izin dahilinde kullanılmıştır.

5.5.1.Sosyo-demografik Anket Formu

Araştırmaya katılan gebelerin kişisel bilgi formu, doğum öyküsü ve plasentaya ilişkin özellikler, emzirme durumuna ilişkin özellikler; doğum sonrası taburculuk öncesi değerlendirmesi, postpartum 10'uncu günden sonra emzirmenin değerlendirmesine ilişkin verilerin elde edilmesi amacı ile dört aşamadan oluşan bütün bölümlerin toplamında 39 soru ile literatür taraması sonuçlarından yararlanılarak araştırmacının kendisi tarafından oluşturulmuştur.

5.5.2. Fagerström Bağımlılık Testi

Nikotin bağımlılık düzeyini ölçmede en yaygın yöntem olarak bilinen, İsveçli Dr. Karl Fagerström tarafından geliştirilmiş 6 soruluk ölçek kullanılmıştır. Türkçe geçerliliği Uysal ve ark. (2004) tarafından yapılmış evrensel kullanımlı test ile sigara içen gebelerden bu sorulara alınan yanıtlara göre bağımlılık düzeyleri belirlenmiştir.

5.5.3. Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ)

Dennis tarafından 2003 yılında geliştirilen, Aluş Tokat ve ark (2008) tarafından Türkçe güvenilirlik geçerliliği yapılan 'Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ)' kendilerinden aldığımız izin dahilinde kullanılmıştır. Doğumu takip eden 24 saatlik süre sonrasında, lohusanın hastaneden taburculuğu öncesinde yüz yüze görüşülerek anketimizde doğum sonrası erken postpartum dönem değerlendirmesi için yer alan soruları yanıtlamaları ve Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği'ni doldurmaları istendi.

5.6. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veriler, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Merkezefendi Devlet Hastanesi Doğum Salonu birimine doğum için başvuran örnekleme alınma kriterlerini sağlamış, çalışmaya gönüllü katılan, doğum süreci normal ilerleyen ve normal doğum yapan, gönüllü olurları alınarak plasenta dokuları alınabilen kadınlar gebeler ile yüz yüze ve devamında telefon ile görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. N sayısı en az 30 olacak şekilde iki grupta da ulaşabilecek

maksimum sayıda katılımcıya ulaşılarak, ayrı ayrı sigara içen ve içmeyen 35 kişi, toplamda 70 katılımcı ile çalışılmıştır.

Verilerin toplanması gebelerin mahremiyeti ve kendilerini daha rahat ifade edebilmeleri sağlanarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya ilişkin araştırmacı tarafından bilgi verildikten sonra Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-2) imzalatılmış olup, doğum süreci ile birlikte ilerleyen farklı zaman ve sürelerde ‘Sosyo-demografik Anket Formu’, ‘Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ)’ ve sigara içen gebelere ‘Fagerström Bağımlılık Testi’ doldurulmuştur.

5.6.1. Plasenta, Yenidoğan ve Emzirmeye İlişkin Verilerin Kaydedilmesi

Araştırmaya dâhil olma kriterlerine uyan ve gönüllü olan katılan gebelerin doğumunu takiben plasentaların ayrılması spontan izlendi, gerekmediği sürece herhangi bir girişimde bulunulmadı. Plasentanın kendiliğinden, yer çekimi ve annenin çabası ile spontan olarak ayrılması esas alındı. Aralıklı kontrollerle vajinal tuşe yapılarak, plasentanın ayrılıp serviksten vajene yol alıp almadığı kontrol edildi. Serviksi geçen plasenta, ayrılmış olarak kabul edildi ve ayrılma süreleri, ayrılma sürecinde herhangi bir işlem uygulanmış ise bu bilgileri kaydedildi. Alınan plasenta dokuları her bir grupta tek tek ölçüldü. Plasenta dokularından maternal ve fetal yüzü içine alacak şekilde 5cmx5cm boyutlarını geçmeyen kesitler alınarak %10 luk formaldehit içerisinde muhafaza edildi. Doku örnekleri barkotlanarak özenle kayıt altına alındı. Doğan tüm bebeklerinin kilosu, boy uzunlukları, baş çevresi ölçüleri ve 1. ve 5. dakika apgar skorları araştırmacı tarafından değerlendirilerek kaydedildi. Taburculuk öncesi ve sonrasında belirlenen süreçte emzirme değerlendirilerek veriler kaydedildi.

5.6.2.Histokimyasal İncelemeler

Plasenta Dokusu Eldesi

Plasentalardan 5cm x 5cm boyutlarını geçmeyecek şekilde kesit alınarak %10 luk formaldehit içerisinde en az 12-48 saat tespit edildi. Tespit edilen plasenta örnekleri, tespit solüsyonunun uzaklaştırılması amacıyla 1 gece akar su altında yıkandıktan sonra, dehidratasyon amacıyla 30' ar dakika %60' dan %80' e artan etil alkol serilerinden geçirilerek %95 alkol içerisinde 1' er saat iki değişim sağlanarak tutulan örnekler 30 dakika 1:1 oranında ksilen-alkol karışımına ve şeffaflaştırma amacıyla 1' er saat iki değişim ksilene tabi tutuldu. 1:1 ksilen-parafin içerisinde 30 dakika 60° C' lik etüvde tutulan örnekler, birer saat 2 değişim parafin ile immersiyonu sağlandıktan sonra blok kaplarına alınarak parafin içerisinde gömüldü (Tablo 2). MX35 Premier mikrotom bıçağı (3052835,Thermo Fisher Scientific, Cheshire, UK) ile alınan 5 µm' luk kesitlere histokimyasal inceleme için hematoksilin-eozin ve immunohistokimyasal inceleme için indirek immunohistokimya boyaması yapıldı. İncelemeler Olympus CX-31-Tokyo 163-0914, Japan mikroskop ile yapıldı.

Tablo 2: Parafin Doku Takibi

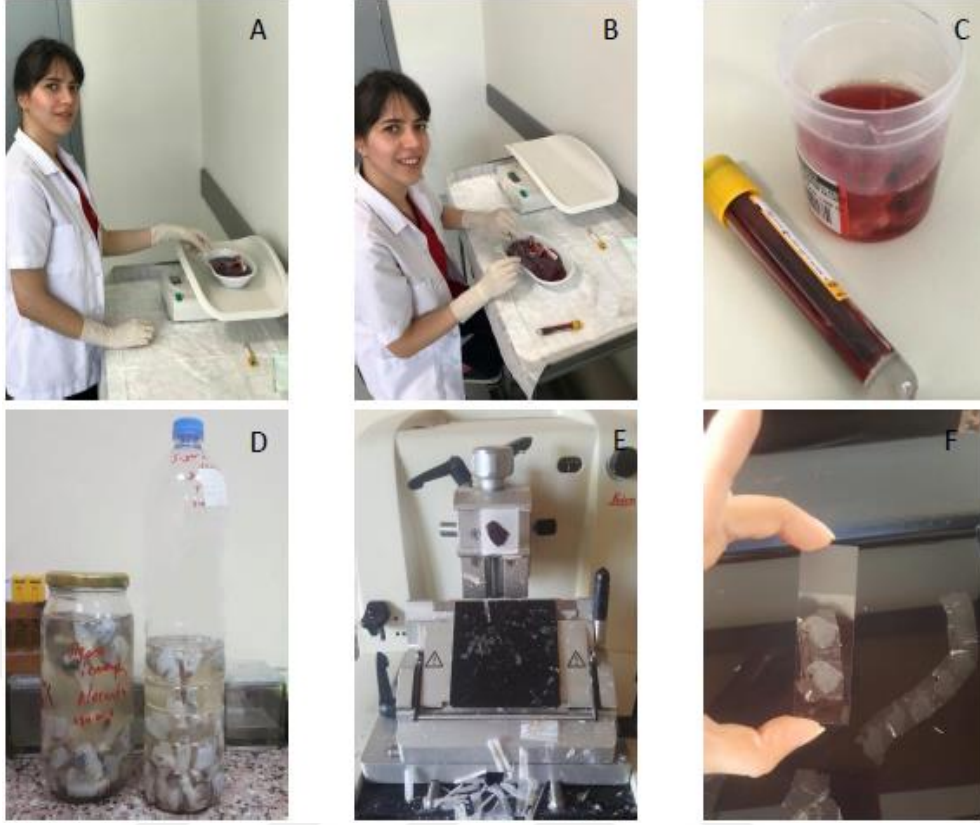
İşlem	Madde	Süre
Tespit	%10 formalin	24- 48 saat
	Akar su	1 gece
Dehidratasyon	%60 etil alkol	30 dakika
	%70 etil alkol	30 dakika
	%80 etil alkol	30 dakika
	%95 etil alkol	1 saat
	%95 etil alkol	1 saat
Şeffaflaştırma	Ksilen-Alkol	30 dakika
	Ksilen	1 saat
	Ksilen	1 saat
Emdirme 60° C etüvde	Ksilen-Parafin	30 dakika
	Parafin	1 saat
	Parafin	1 saat
Gömme	Parafin	

Plasentaların Hematoksilen-Eozin Boyaması

MX35 Premier mikrotom bıçağı (3052835, Thermo Fisher Scientific, Cheshire, UK) aracılığı ile alınan 5 µm' lik parafin kesitler deparafinizasyon işlemi için 1 gece 60° C' lik etüvde bırakıldıktan sonra, 30' ar dakika iki değişim ksilene tabi tutuldu. Ardından rehidratasyon işlemi için %95' den %60' a azalan alkol serilerinden geçirilen kesitler 5 dakika akar su altında yıkandı. Hematoksilen (MH21121, Thermo Fisher Scientific, Cheshire, UK) ile 30 dk. boyandıktan sonra, boyanın fazlasının dokudan uzaklaştırılması için 5 dk. akar suda yıkandı. Diferansiyasyon için asit alkole batırılıp çıkarılan kesitler 5 dk. akar su altında yıkandı. Daha sonra kesitler 2 dk. eozin (01602E, Surgipath, Bretton, Peter Borough, Cambridgeshire) boyası ile boyandı. Aynı şekilde 5 dk. akar su altında yıkama yapıldıktan sonra sırasıyla %80 ve %95' lik alkol serilerinden geçirilip havada kurutulan kesitler şeffaflaştırma amacıyla 30' ar dakika iki değişim ksilende tutulduktan sonra entellan (1.07961.0500, Merck, Darmstadt, Germany) ile kapatıldı (Tablo 3).

Tablo 3: Hematoksilen-Eozin Boyaması

İşlem	Madde	Süre
Deparafinizasyon	60°C etüvde	1 gece
Deparafinizasyon	Ksilen I	30 dakika
	Ksilen II	30 dakika
Rehidratasyon	%95 alkol	2 dakika
	%80 alkol	2 dakika
	%70 alkol	2 dakika
	%60 alkol	2 dakika
Yıkama	Akar su	5 dakika
Boyama	Hematoksilen	2 dakika
Yıkama	Akar su	5 dakika
Diferansiyasyon	Asit alkol	2-3 saniye
Boyama	Eosin	1 dakika
Yıkama	Akar su	5 dakika
	%80 alkol / %95 alkol	1 dakika
Şeffaflaştırma	Ksilen	1 saat
Kapama	Entellan	



Resim 1: Plasentanın makroskopik ve mikroskopik incelenmesi.

Çalışmaya dâhil edilen tüm gebelerden alınan plasenta dokuları ve yenidoğan bebeklerin kilosu aynı tartı kullanılarak ölçüldü. Tartım sonuçları her bir grupta tek tek kaydedildi (A). Plasentalardan 5cm x 5cm boyutlarını geçmeyecek şekilde doku parçası alındı. (B). Alınan bu dokular %10 luk formaldehit içerisinde en az 12-48 saat tespit edildi (C). Çeşitli işlemler sonrası parafin ile immersiyonu sağlanan dokular blok kaplarına alınarak parafin içerisinde gömüldü (D). Mikrotom bıçağı ile 5 µm' lik kesitler alınarak (E), hematoxilen-eozin ve immunohistokimyasal inceleme için indirek immunohistokimya boyamaları yapıldı (F).

5.6.3.Yenidoğan Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Spontan vajinal doğum ile dünyaya gelen araştırmamıza dahil olmuş gebelerin bebekleri doğumu takiben göbek kordonları klempenip kesilerek giydirilmemiş vaziyette aynı tartı (834 7017094, Seca, Hamburg, Germany) kullanılarak tartıldı ve kiloları kaydedildi. Bebeklerin baş çevresi ölçümleri esnek olmayan mezura yardımı ile oksipital kemiğin en çıkıntılı noktasından, kulaklar ve kaşların üzerinden geçecek şekilde yerleştirilerek yapıldı ve kaydedildi. Aynı düz zeminde sırt üstü yatırılan bebeklerin başı, sırtı, kalçası, bacakları ve topuklarının yere tam olarak değdiğiinden emin olacak şekilde baş ve topuk arası boy uzunlukları ölçüldü ve kaydedildi.

Yenidoğanların 1. ve 5. dakika apgar skorları değerlendirilerek tek tek kayıt altına alındı. Siyanoz, solukluk, bradikardi, uyaranlara refleks yanıtlarda azalma, hipotoni, apne ve iç çekme tipi solunum gibi yenidoğan sıkıntısının klinik bulgularını belirtmekte yardımcı olan Apgar skoru doğumdan sonra tüm bebeklerde 1. ve 5. dakikada, 7'den düşük puanı olan bebeklerde ise 20 dakikaya kadar her 5 dakikada bir hesaplanır. Apgar skoru yenidoğanın doğumdan hemen sonraki durumunun ve canlandırmaya yanıtının değerlendirilmesinde kabul görmüş ve kullanılabilir bir yöntemdir. Apgar skoru her biri 0, 1 ve 2 puan alabilen renk; kalp hızı; refleksler; kas tonusu ve solunum olmak üzere beş bileşenden oluşmaktadır ve puanlama Tablo 4 deki gibi yapılmaktadır (The Apgar Score 2015).

Tablo 4: Apgar Skorlaması

Bulgu	0	1	2
Görünüm/(Appearance)	Mor veya soluk	Vücut pembe ekstremiteler mor	Tamamen pembe
Kalp hız/(Pulse)	Yok	<100/dk	>100/dk
Refleks yanıt/(Grimace)	Yok	Yüz buruşturma	Ağlama/aktif geri çekme
Tonus /(Activity)	Gevşek	Ekstremitelerde fleksiyon	Aktif hareketli
Solunum /(Respiration)	Yok	Düzensiz/Zayıf	Güçlü ağlıyor

5.6.4.Emzirmenin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda emzirmenin değerlendirilmesi postpartum ilk 24 saat sonrasında ve postpartum 10. günden sonra olmak üzere iki dönemde gerçekleştirilmiştir. İlk olarak doğumu takip eden 24 saatlik süre sonrasında lohusanın hastaneden taburcuğu öncesinde yüz yüze görüşülerek anketimizde yer alan doğum sonrası erken postpartum dönem değerlendirmesi için yer alan sorulara yanıt alındı ve Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği'ni doldurmaları istendi. Doğumu izleyen 10. günün akabinde de daha önce bu konuda bilgilendirilmiş olan ve telefon numaraları kaydedilen kadınlar emzirmenin değerlendirilmesi için telefonla arandı, ankette yer alan sorular tek tek sorularak görüşme gerçekleştirildi.

5.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 paket programı kullanıldı. Verilerin analizinde, demografik özellikleri tanımlamak için sayı yüzde dağılımı, gruplar arası homojenlik değerlendirilmesi için ki kare testi, demografik özellikler ile ölçek ortanca puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi, iki ölçek ortalama puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın; Doğum Salonu ve Kadın Doğum Kliniği bulunan diğer tüm hastanelerde uygulanması, zaman, imkân ve uygulama yöntemi açısından uygunluk göstermemesi nedeniyle imkânlar çerçevesinde çalışma alanı olarak belli bir sağlık kurumu belirlenerek T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Merkezefendi Devlet Hastanesi Doğum Salonu biriminde çalışmamız gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yüksek lisans tezi formatında yapılması zaman ve işgücü yönetimi açısından bir diğer önemli sınırlılıktır.

5.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmamızda veriler, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu'ndan 02.08.2017 tarih ve 20.478.486 sayılı kararı ile araştırmanın yürütüldüğü Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Merkezefendi Devlet Hastanesi'nden 30.10.2017 tarihinde E.4892 sayılı yazılı izinler alındıktan sonra, araştırmaya katılan bireylerden yazılı onam alınarak toplanmıştır. Tüm katılımcılara veri toplamaya başlamadan önce araştırmanın amacı ve araştırma süreci ile ilgili araştırmacı tarafından bilgi verilmiştir.



6. BULGULAR

Gebelikte sigara içiminin plasenta, emzirme öz-yeterlilik ve yenidoğan ölçümlerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular tablolarda verilmiştir.



6.1. GEBELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 5: Gebelerin Demografik Özellikleri (n=70)

Değişkenler	Sigara içenler (n=35)		Sigara içmeyenler (n=35)		Toplam (n=70)		x ² /p
	n	%	n	%	n	%	
	25 yaş ve altı	20	57,1	14	40	34	
26 yaş ve üzeri	15	42,9	21	60	36	51,4	2,059/0,151
Evli	33	94,3	35	100	68	97,1	
Bekar	2	5,7	0	0	2	2,9	-/-
Okur yazar değil	6	17,1	3	8,6	9	12,9	
Okur yazar	15	42,9	10	28,6	25	35,7	
İlkokul ve üzeri	14	40	22	62,9	36	51,4	3,778/0,151
Ev hanımı	28	80	34	97,1	62	88,6	
Memur	7	20	1	2,9	8	11,4	-/-
Gelir giderden az	3	8,6	0	0	3	4,3	
Gelir gideri karşılıyor	32	91,4	33	94,3	65	92,9	
Gelir giderden fazla	0	0	2	5,7	2	2,9	-/-
Sosyal güvence var	11	31,4	23	65,7	34	48,6	
Sosyal güvence yok	24	68,6	12	34,3	36	51,4	8,235/0,004*
Primipar	9	25,7	9	25,7	18	25,7	
Multipar	26	74,3	26	74,3	52	74,3	0,000/1,000
Doğum yapmamış	10	28,6	10	28,6	20	28,6	
1 Doğum yapmış	10	28,6	16	45,7	26	37,1	
2 ve üzeri doğum sayısı	15	42,9	9	25,7	24	34,3	2,885/0,236
Düşük yok	27	77,1	30	85,7	57	81,4	
1 düşük yapmış	6	17,1	3	8,6	9	12,9	
2 ve üzeri düşük sayısı	2	5,7	2	5,7	4	5,7	-/-
Yaşayan çocuk yok	11	31,4	11	31,4	22	31,4	
1 yaşayan çocuk var	11	31,4	15	42,9	26	37,1	
2 ve üzeri yaşayan çocuk	13	37,1	9	25,7	22	31,4	1,343/0,511

*p<0,05 x²: Ki kare testi

Tablo 5: Gebelerin Demografik Özellikleri (n=70) (Devam)

Değişkenler	Sigara		Sigara		Topl		x ² /p
	İçenler (n=35)		İçmeyenler		am	(n=70	
	n	%	n	%	n	%)
Erken doğum öyküsü var	5	14,3	0	0	5	7,1	
Erken doğum öyküsü yok	30	85,7	35	100	65	92,9	-/-
Anomalili bebek öyküsü var	3	8,6	0	0	3	4,3	
Anomalili bebek öyküsü yok	32	91,4	35	100	67	95,7	-/-
36-37 hafta gebelik haftası	4	11,4	1	2,9	5	7,1	
38. hafta gebelik haftası	7	20	12	34,3	19	27,1	
39. hafta gebelik haftası	13	37,1	13	37,1	26	37,1	-/-
40. hafta gebelik haftası	7	20	6	17,1	13	18,6	
40 hafta üzeri gebelik haftası	4	11,4	3	8,6	7	10	
Gebelik planlı	13	37,1	26	74,3	39	55,7	9,785/0,002*
Gebelik planlı değil	22	62,9	9	25,7	31	44,3	
Gebelik izlemine başlama zamanı							
İlk trimester	4	11,4	10	28,6	14	20	10,571/0,014*
2. trimester	7	20	14	40	21	30	
3. trimester	22	62,9	11	31,4	33	47,1	
İzlem yok	2	5,7	0	0	2	2,9	
İzlemler düzenli	11	31,4	26	74,3	37	52,9	12,899/0,000*
İzlemler düzenli değil	24	68,6	9	25,7	33	47,1	

*p<0,05 x2: Ki kare testi

Gebelerin demografik özellikleri incelendiğinde; %51,4'ünün 26 yaşın üstünde, %97,1'inin evli, %51,4'ünün eğitim durumunun ilkökul ve üzerinde, %88,6'sının ev hanımı olduğu, %92,9'unun gelir durumunun denk olduğu, %51,4'ünün sosyal güvencesinin olmadığı, %74,3'ünün gebelik sayısının multipar olduğu, %37,1'inin doğum sayısının bir olduğu, %81,4'ünün düşük yapmadığı, %37,1'inin yaşayan çocuk sayısının bir olduğu, %97,9'unun erken doğum ve %95,7'sinin anomalili bebek öyküsünün olmadığı, %37,1'inin gebelik haftasının 39. hafta olduğu, %55,7'sinin gebeliğinin planlı olduğu, %47,1'inin 3. trimester de gebelik izlemine başladığı, %52,9'unun gebelik izlemlerinin düzenli olduğu belirlendi. Sigara içen ve içmeyen gebeler demografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında, iki grup arasında sosyal güvence, planlı gebelik, gebelik izlemine başlama zamanı ve izlemlerin düzeni değişkenleri ($p<0,05$) dışında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 5).

Sigara içen gebelerin %57,1'inin 25 yaş ve altında, %94,3'ünün evli, %42,9'unun okur yazar, %80'inin ev hanımı olduğu, %91,4'ünün gelir durumunun denk olduğu, %68,6'sının sosyal güvencesinin olmadığı, %74,3'ünün gebelik sayısının multipar olduğu, %42,9'unun doğum sayısının 2 ve üzerinde 77,1'inin düşük yapmadığı, %37,1'inin yaşayan çocuk sayısının 2 ve üzerinde olduğu, %85,7'sinin erken doğum ve %91,4'ünün anomalili bebek öyküsünün olmadığı, %37,1'inin gebelik haftasının 39. hafta olduğu, %62,9'unun gebeliğinin planlı olmadığı, %62,9'unun 3. trimester de gebelik izlemine başladığı, %68,6'sının gebelik izlemlerinin düzenli olmadığı saptandı (Tablo 5).

Sigara içmeyen gebelerin %60'ının 26 yaşın üstünde, %100'ünün evli, %62,9'unun eğitim durumunun ilkökul ve üzerinde, %97,1'inin ev hanımı olduğu, %94,3'ünün gelir durumunun denk olduğu, %65,7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %74,3'ünün gebelik sayısının multipar olduğu, %45,7'sinin doğum sayısının bir olduğu, %85,7'sinin düşük yapmadığı, %42,9'unun yaşayan çocuk sayısının bir olduğu, %100'ünün erken doğum ve %100'ünün anomalili bebek öyküsünün olmadığı, %37,1'inin gebelik haftasının 39. hafta olduğu, %74,3'ünün gebeliğinin planlı olduğu, %40'ının 2. trimester de gebelik izlemine başladığı, %74,3'ünün gebelik izlemlerinin düzenli olduğu bulundu (Tablo 5).

Tablo 6: Gebelerin Doğum Öyküsü, Plasenta ve Emzirme Durumuna İlişkin Özellikleri (n=70)

Değişkenler	Sigara		Sigara		Toplam		x ² /p
	içenler		içmeyenler		(n=70)		
	(n=35)	(n=35)	n	%	n	%	
Plasentanın ayrılma zamanı							
İlk 15 dk içinde	34	97,1	32	91,4	66	94,3	-/-
İlk 30 dk içinde	1	2,9	3	8,6	4	5,7	
Plasentanın ayrılmasında uygulanan işlem							
Mekanik işlem	25	71,4	17	48,6	42	60	3,810/0,051
Herhangi bir işlem yapılmadı	10	28,6	18	51,4	28	40	
Plasentanın ağırlığı							
400-500 gr	5	14,3	3	8,6	8	11,4	
501-600 gr	18	51,4	9	25,7	27	38,6	6,976/0,073
601-700 gr	7	20	14	40	21	30	
701 gr ve üzeri	5	14,3	9	25,7	14	20	
Bebğin doğum ağırlığı							
2000-3000 gr	18	51,4	4	11,4	22	31,4	
3001-4000 gr	17	48,6	28	80	45	64,3	14,598/0,001*
4001 gr ve üzeri	0	0	3	8,6	3	4,3	
Bebğin doğum boyu							
50 cm ve altı	31	88,6	19	54,3	50	71,4	10,080/0,001*
51 cm ve üzeri	4	11,4	16	45,7	20	28,6	
Bebğin baş çevresi							
34 cm ve altı	19	54,3	9	25,7	28	40	
35-36 cm	15	42,9	23	65,7	38	54,3	6,256/0,044*
37 cm ve üzeri	1	2,9	3	8,6	4	5,7	
Bebğin 1.dk apgar skoru							
6-8 arası	0	0	3	8,6	3	4,3	-/-
9-10	35	100	32	91,4	67	95,7	
Bebğin 5.dk apgar skoru							
9-10	35	100	35	100	70	100	-/-

*p<0,05 x²: Ki kare testi

Tablo 6: Gebelerin Doğum Öyküsü, Plasenta ve Emzirme Durumuna İlişkin Özellikleri (n=70) (Devam)

Değişkenler	Sigara		Sigara		Topla		x ² /p
	içenler		içmeyenler		m		
	(n=35)		(n=35)		(n=70)		
	n	%	n	%	n	%	
Çocuğunuza ağızdan ilk olarak verdiğiniz gıda							
Kolostrum	31	88,6	33	94,3	64	91,4	-/-
Hazır mama	4	11,4	2	5,7	6	8,6	
Doğumdan sonra bebeği ilk emzirme zamanı							
İlk bir saat içinde	20	57,1	33	94,3	53	75,7	13,130/0,000*
İlk iki saat içinde	15	42,9	2	5,7	17	24,3	
Bebeğin şu an ki emme durumu							
Sadece anne sütü	22	62,9	32	91,4	54	77,1	8,102/0,004*
Anne sütü ve mama	13	37,1	3	8,6	16	22,9	
Anne sütü dışında ek gıda verme nedeni (n=16)							
Sütüm yetmiyor	3	8,6	0	0	3	4,3	
Bebek emmek istemiyor	3	8,6	0	0	3	4,3	-/-
Anneye bağlı sağlık sorunları	1	2,9	0	0	1	1,4	
Bebeğe bağlı sağlık sorunları	6	17,1	3	8,6	9	12,9	

*p<0,05 x2: Ki kare testi

Gebelerin doğum öyküsü, plasenta ve emzirme durumlarına ilişkin özellikleri değerlendirildiğinde; %94,3'ünün plasentasının ilk 15 dk içinde ayrıldığı, %60'ına plasentanın ayrılması sırasında mekanik işlem uygulandığı, %38,6'sının plasenta ağırlığının 501-600 gr arasında, %64,3'ünün bebeğinin doğum ağırlığının 3001-4000 gr arasında olduğu, %71,4'ünün bebeğinin doğum boyunun 50 cm ve altında olduğu, %54,3'ünün bebeğinin baş çevresinin 35-36 cm olduğu, %95,7'sinin bebeğinin 1. dk apgar skorunun 9-10, %100'ünün 5. dk apgar skorunun 9-10 olduğu, %91,4'ünün ilk olarak verdikleri gıdanın kolostrum olduğu, %75,7'sinin ilk bir saat içinde emzirdiği, %77,1'inin şu anda sadece anne sütü ile beslendiği ve anne sütü dışında ek gıda veren annelerin ek gıda verme nedeninin %12,9'unun bebeğe bağlı sorunlardan kaynaklandığını bildirdikleri saptandı. Sigara içen ve içmeyen gebeler ile plasentanın

ayrılması sırasında uygulanan işlem ve plasentanın ağırlığı değişkenleri arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), bebeğin doğum ağırlığı, doğum boyu, baş çevresi, doğumdan sonra bebeği ilk emzirme zamanı ve bebeğin şuan ki emme durumu değişkenleri arasında ise anlamlı fark olduğu belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 6).

Sigara içen gebelerin %97,1'inin plasentasının ilk 15 dk içinde ayrıldığı, %71,4'üne plasentanın ayrılması sırasında mekanik işlem uygulandığı, %51,4'ünün plasenta ağırlığının 501-600 gr arasında, %51,4'ünün bebeğinin doğum ağırlığının 2000-3000 gr arasında olduğu, %88,6'sının bebeğinin doğum boyunun 50 cm ve altında olduğu, %54,3'ünün bebeğinin baş çevresinin 34 cm ve altında olduğu, %100'ünün bebeğinin 1. dk ve 5. dk apgar skorunun 9-10, %88,6'sının ilk olarak verdikleri gıdanın kolostrum olduğu, %57,1'inin ilk bir saat içinde emzirdiği, %62,9'unun şu anda sadece anne sütü ile beslendiği ve anne sütü dışında ek gıda veren annelerin ek gıda verme nedeninin %17,1'inin bebeğe bağlı sorunlardan kaynaklandığını bildirdikleri bulundu (Tablo 6).

Sigara içmeyen gebelerin %91,4'ünün plasentasının ilk 15 dk içinde ayrıldığı, %51,4'üne plasentanın ayrılması sırasında herhangi bir işlem uygulanmadığı, %40'ının plasenta ağırlığının 601-700 gr arasında, %80'inin bebeğinin doğum ağırlığının 3001-4000 gr arasında olduğu, %54,3'ünün bebeğinin doğum boyunun 50 cm ve altında olduğu, %65,7'sinin bebeğinin baş çevresinin 35-36 cm olduğu, %91,4'ünün bebeğinin 1. dk apgar skorunun 9-10, %100'ünün 5. dk apgar skorunun 9-10 olduğu, %94,3'ünün ilk olarak verdikleri gıdanın kolostrum olduğu, %94,3'ünün ilk bir saat içinde emzirdiği, %91,4'ünün şu anda sadece anne sütü ile beslendiği ve anne sütü dışında ek gıda veren annelerin ek gıda verme nedeninin %8,6'sının bebeğe bağlı sorunlardan kaynaklandığını bildirdikleri belirlendi (Tablo 6).

Tablo 7: Gebelerin Doğum Sonrası Dönem Emzirme Durumu Değerlendirmesi
(n=70)

Değişkenler	Sigara içenler (n=35)		Sigara içmeyenler (n=35)		Toplam (n=70)		x ² /p
	n	%	n	%	n	%	
	Şuan hangi düzeyde emziriyorsunuz?						
Sadece anne sütü	21	60	28	80	49	70	3,333/0,068
Anne sütü ve mama	14	40	7	20	21	30	
Bebeğe anne sütü dışında gıda verme ya da emzirmeyi sürdürme ile ilgili sıkıntı yaşama durumunda nelerin etken olduğunu düşünüyorsunuz?*							
Emzirme ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamak	0	0	0	0	0	0	
Bebeğin memeyi almaması	3	11,1	0	0	3	8,1	
Sütün yeterli gelmediğini düşünme	5	18,5	4	40	9	24,3	
Çalışmaya başlama	0	0	0	0	0	0	
Sigara kullanımı	1	3,7	0	0	1	2,7	-/-
Bebeğin yeterli kilo alamadığını düşünme	3	11,1	3	30	6	16,2	
Tecrübesizlik	1	3,7	0	0	1	2,7	
Memenin başının içeri çökük-düz olması	2	7,4	0	0	2	5,4	
Memede yara-çatlak olması	1	3,7	0	0	1	2,7	
Sağlık sorunları	1	3,7	0	0	1	2,7	
Bebeğe ait sağlık sorunları	7	25,9	3	30	10	27	
Diğer	3	11,1	0	0	3	8,1	

*Çoklu yanıt sayı yüzde dağılımı x2: Ki kare testi

Kadınların %70'inin bebeklerini sadece anne sütü ile beslediği, %24,3'ünün sütün yeterli gelmediğini düşünmesi nedeniyle anne sütü dışında gıda verdiği ya da emzirmeyi sürdürme ile ilgili sıkıntı yaşadığı belirlendi. Sigara içen gebelerin %60'ının bebeklerini sadece anne sütü ile beslediği, %25,9'unun bebeğe ait sağlık sorunları nedeniyle anne sütü dışında gıda verdiği ya da emzirmeyi sürdürme ile ilgili sıkıntı yaşadığı, sigara içmeyen gebelerin ise %80'inin bebeklerini sadece anne sütü ile beslediği ve %40'ının sütün yeterli gelmediğini düşünmesi nedeniyle anne sütü dışında gıda verdiği ya da emzirmeyi sürdürme ile ilgili sıkıntı yaşadığı saptandı (Tablo 7).

Tablo 8: Sigara Kullanan Gebelerin Sigara Kullanımına İlişkin Durumların Değerlendirilmesi (n=35)

Değişkenler	n	%
1-5 yıl arası sigara içme	4	5,7
6-10 yıl arası sigara içme	20	28,6
11 yıl ve üzeri sigara içme	11	15,7
Gebelikte günde 1-5 tane civarı sigara içme durumu	11	15,7
Gebelikte günde 6-10 tane civarı sigara içme durumu	16	22,9
Gebelikte günde 11 ve üzeri sigara içme	7	10
Gebelik boyunca sigara içmeme	1	1,4
Şu anda 1- 5 tane sigara içiyorum	12	17,4
Şu anda 6-10 tane sigara içiyorum	16	22,9
Şu anda 11 ve üzeri sigara içiyorum	6	8,6
Şu anda sigara içmiyorum	1	1,4
Eşim içtiği için bende içmek istiyorum	4	7,3
Bebeye ya da bana zararı olduğunu düşünmüyorum	13	23,6
Yıllardır içtiğim için alışkanlıktan içiyorum	33	60
Herhangi bir sorun yaşadığımda sigara beni rahatlattığı için içiyorum	5	9,1
Gebelikte sigara konusunda danışmanlık almış	20	28,6
Gebelikte sigara konusunda danışmanlık almamış	15	21,4
Bebeliğime hiçbir zararı olmaz	7	16,3
Bebeliğime verebilecek zararlar hakkında bir bilgim yok	15	34,9
Bebeliğim erken doğar	5	11,6
Bebeliğim düşük kilolu doğar	5	11,6
Bebeliğimin büyümesi daha yavaş olur	4	9,3
Bebeliğim sakat doğar	0	0
Bebeliğim doğduktan sonra sık hastalanır	7	16,3
Bebeliğimin zeka seviyesi düşük olur	0	0
Sigaranın gebe için hiçbir zararı yoktur	9	20,5
Bana olabilecek zararı konusunda bilgim yok	10	22,7
Gebeliğimde düşük riski olur	3	6,8
Gebeliğimde erken doğum riski olur	11	25
Gebeliğimde vajinal kanamalarım olur	2	4,5
Gebeliğimde sularım (amniom kesem) erken açılır	1	2,3
Gebeliğim süresince nefes darlığı, çabuk yorulma, halsizlik gibi belirtiler sık olur	8	18,2
Sigarayı bırakmayı düşünüyorum	5	7,1
Sigarayı bırakmayı düşünmüyorum	30	42,9

*Çoklu yanıt sayı yüzde dağılımı

Tablo 8: Sigara Kullanan Gebelerin Sigara Kullanımına İlişkin Durumların Değerlendirilmesi (n=35) (Devam)

Değişkenler	n	%
Gebelikte sigarayı azaltma nedenleri*		
Bulantı-kusma	9	25
Bebeğe zararı olması	3	8,3
Kokusunun rahatsız etmesi	6	16,7
Tiksinme	5	13,9
Eşimin baskısı ve desteği	3	8,3
Çevrenin baskısı ve desteği	7	19,4
Ebe-Hemşire-Hekim tavsiyesi ve desteği	2	5,6
Diğer	1	2,8
Sigaranın bebeğe vereceği zararlar sizi endişelendiriyor mu?		
Evet	6	8,6
Hayır	4	5,7
Bilmiyorum	25	35,7

*Çoklu yanıt sayı yüzde dağılımı

Sigara kullanan gebelerin %28,6'sının 6-10 yıl arasında sigara içtiği, %22,9'unun gebelik döneminde ve şu anda günde 6-10 adet civarı sigara içtiği, %60'ının gebelikte sigara kullanma nedeninin alışkanlık olduğu, %28,6'sının sigara kullanma konusunda danışmanlık aldığı, %34,9'unun sigara kullanımının anne karnındaki bebeğe vereceği zararlar hakkında bilgisinin olmadığı, %25'inin sigara kullanımının gebenin kendisine vereceği zararlardan gebelikte erken doğum riski olur zararını bildirdikleri, %42,9'unun sigarayı bırakmayı düşünmediği, %25'inin gebelikte sigarayı azaltma nedeninin bulantı-kusma olduğu ve %35,7'sinin sigaranın bebeğe vereceği zararların kendilerini endişelendirme durumunu bilmediklerini belirttikleri saptandı (Tablo 8).

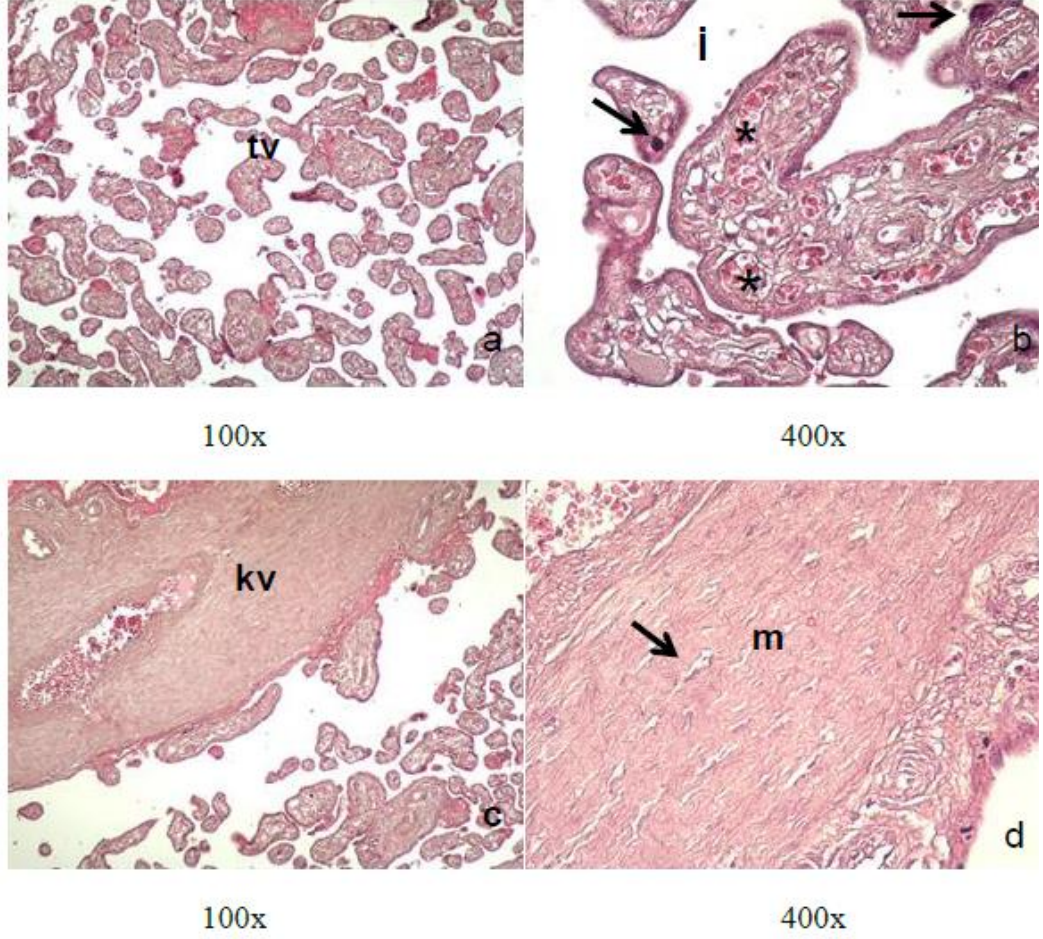
6.2. SİGARA KULLANAN VE KULLANMAYAN GEBELERİN PLASENTA HİSTOPATOLOJİK BULGULARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 9: Sigara Kullanan ve Kullanmayan Gebelerin Hematoksilen Eozin Patolojik Bulgularının Karşılaştırılması (n=70)

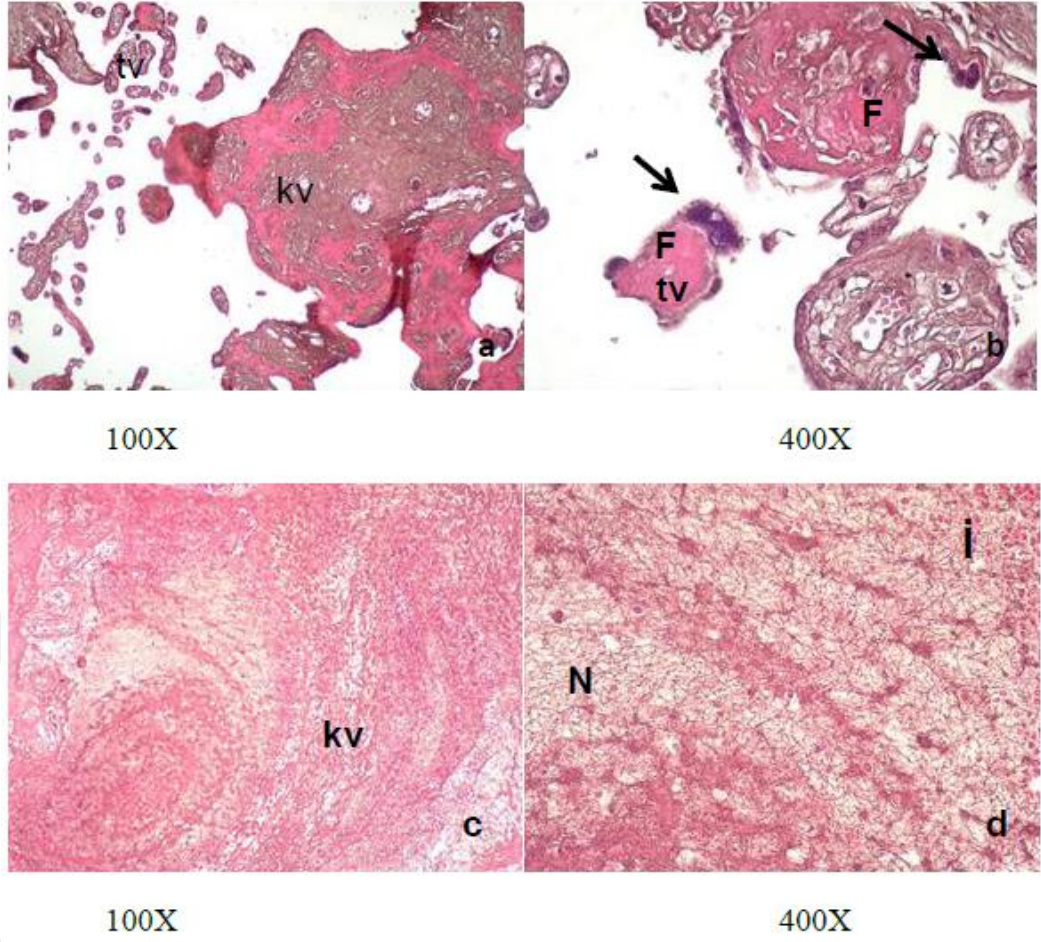
Hematoksilen Eozin Patolojik Bulguları	Sigara Kullanma durumu		x ² /p
	Sigara içenler (n=35) n (%)	Sigara içmeyenler (n=35) n (%)	
Hiç (0)	0 (0)	14 (100)	
Az (+1)	1 (4,8)	20 (95,2)	
Orta (+2)	19 (100)	0 (0)	x ² :62,476
Şiddetli (+3)	13 (92,1)	1 (7,1)	p:0,000*
Çok şiddetli (+4)	2 (100)	0 (0)	

*p<0,05 x²: Pearson Ki Kare Testi Değeri

Tablo 9’da sigara kullanan ve kullanmayan gebelerin Hematoksilen Eozin patolojik bulguları karşılaştırıldı. Gebelerin sigara kullanma durumu ile Hematoksilen Eozin patolojik bulguları arasında anlamlı fark olduğu ve Hematoksilen Eozin patolojik bulguları orta düzeyde olan gebelerin daha fazla sigara içtiği belirlendi (p<0,05).



Resim 2: Sigara içmeyen gruptaki plasenta histopatolojisi. H&E. **tv:** tersiyer villuslar *****:Fetal kan damarları, **▸:** Sitotrofoblast hücreler, **→:** Sinsityal düğümler, **i:** Intervillöz aralık (a,b) **kv:** kök villuslar, **m:**mezenşimal bağ dokusu, **→:** fibroblastlar (c,d)



Resim 3: Sigara içen gruptaki plasenta histopatolojisi. H&E. **tv:** tersiyer villuslar, **F:**Fibrinoid birikimler, **→:** Sinsityal düğümler, (a,b) **kv:** kök villuslar, **N:** Nekrotik bölgeler, **İ:**İnflamasyon (c,d).

Sigara içen grupta içmeyen gruba göre intravillöz ve intervillöz alanlarda fibrinoid birikimler ve term plasentada nekrotik ve inflamasyon alanlar bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (resim 2,3).

6.3. GEBELERİN POSTPARTUM EMZİRME ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ ORTANCA PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI VE SİGARA KULLANAN GEBELERİN FAGERSTRÖM BAĞIMLILIK TESTİ ORTANCA PUANLARININ DAĞILIMI

Tablo 10: Gebelerin Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Ortanca Puanlarının Dağılımı ve Gruplar Arası Karşılaştırılması (n=70)

Gebelerin Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği	Ort±ss	Ortanca	ÇAA*	Min-Maks	z/p
Sigara Kullanan Gebeler (n=35)	64,77±4,46	66,00	7,00	53,00 -70,00	-
Sigara Kullanmayan Gebeler (n=35)	65,94±3,36	67,00	6,00	58,00-70,00	0,845/0,398

*ÇAA: Çeyrekler arası aralık z: Mann Whitney U testi

Sigara kullanan gebelerin postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanlarının 66,00 (ÇAA: 7,00), sigara kullanmayan gebelerin ise postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanlarının 67,00 (ÇAA: 6,00) olduğu ve her iki gruptaki gebelerin postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11: Sigara Kullanan Gebelerin Fagerström Bağımlılık Testi Ortanca Puanlarının Dağılımı (n=35)

Ölçekler	Ort±ss	Ortanca (CAA*)	Min-Maks
Fagerström Bağımlılık Testi	4,82±1,80	5,00 (2,00)	2,00-9,00
	n	%	
Fagerström Bağımlılık Testi			
Bağımlılık düzeyi çok az (0-2)	3	8,6	
Bağımlılık düzeyi az (3-4)	14	40	
Bağımlılık düzeyi orta (5)	8	22,8	
Bağımlılık düzeyi yüksek (6-7)	7	20	
Bağımlılık düzeyi çok yüksek (8-10)	3	8,6	

*CAA: Çeyrekler arası aralık

Çalışmamıza katılan sigara kullanan gebelerin fagerström bağımlılık testine göre %40 oranında bağımlılık düzeyine sahip olduğu bulundu (Tablo 11).

6.4. GEBELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE POSTPARTUM EMZİRME ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ ORTANCA PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 12: Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Ortanca Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması (n=70)

Sosyodemografik değişkenler	n	Sigara içenler (n=35)		Sigara içmeyenler (n=35)		z/p	
		Ort±ss	(ÇAA*)	Ort±ss	(ÇAA*)		
26 yaş ve altı	20	64,30±3,38	63,50 (5,25)	14	64,85±3,20	65,00 (5,50)	-0,512/0,609
26 yaş üzeri	15	65,40±5,66	68,00 (9,00)	21	66,66±3,33	68,00 (4,00)	-0,163/0,871
z/p		-1,308/0,191		-1,780/0,075			
Okuryazar değil	6	66,00±2,75	65,50 (4,75)	3	67,66±2,30	69,00 (***)	-1,042/0,298
Okur yazar	15	66,20±3,82	68,00 (5,00)	10	66,80±2,69	68,00 (4,50)	-0,056/0,955
İlkokul ve üzeri	14	62,71±5,09	63,00 (9,50)	22	65,31±3,66	66,00 (6,25)	-1,499/0,134
x²/p		4,013/0,134		1,887/0,389			
Sosyal Güvence							
Evet	11	63,27±3,63	63,00 (6,00)	23	65,39±3,46	66,00 (6,00)	-1,518/0,129
Hayır	24	65,45±4,70	67,50 (6,00)	12	67,00±3,01	68,50 (5,75)	-0,866/0,387
z/p		-1,805/0,071		-1,539/0,124			
Primipar	9	61,77±2,58	62,00 (4,50)	9	63,66±2,17	63,00 (3,00)	-1,475/0,140
Multipar	26	65,80±4,54	68,00 (6,00)	26	66,73±3,36	68,00 (4,00)	-0,435/0,664
z/p		-2,753/0,006**		-2,660/0,008**			
Doğum yok	10	62,00±2,53	62,00 (4,25)	10	63,20±2,52	63,00 (2,75)	-0,881/0,379
1 doğum	10	65,10±3,69	64,50 (6,00)	16	66,81±3,35	68,00 (3,75)	-1,253/0,210
2 ve üzeri doğum	15	66,40±5,20	68,00 (4,00)	9	67,44±2,50	68,00 (3,00)	-0,212/0,832
x²/p		8,964/0,011**		10,118/0,006**			

*Çeyrekler Arası Aralık **p<0,05 ***Örneklem sayısı az olduğundan ÇAA hesaplanmamıştır.

z: Mann Whitney U testi x2: Kruskal Wallis testi

Tablo 12: Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Ortanca Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması (n=70) (Devam)

Sosyodemografik değişkenler	n	Sigara içenler (n=35)		Sigara içmeyenler (n=35)		z/p	
		Ort±ss	Ortanca (ÇAA*)	n	Ort±ss		Ortanca (ÇAA*)
Yaşayan çocuk yok	11	62,54±3,01	62,00 (4,00)	11	63,81±3,15	63,00 (4,00)	-0,829/0,407
Yaşayan 1 çocuk	11	65,54±3,80	66,00 (6,00)	15	66,60±3,35	68,00 (4,00)	-0,630/0,529
2 ve üzeri çocuk	13	66,00±5,49	68,00 (5,00)	9	67,44±2,50	68,00 (3,00)	-0,000/1,000
x ² /p		6,531/0,038**		6,654/0,036**			
Gebelik planlı	13	63,53±3,15	63,00 (3,50)	26	65,50±3,58	66,00 (6,25)	-1,676/0,094
Planlı değil	22	65,50±5,01	68,00 (6,25)	9	67,22±3,00	68,00 (3,00)	-0,264/0,791
z/p		-1,683/0,092		-1,083/0,279			
İzlemler düzenli	11	62,27±4,77	62,00 (7,00)	26	65,23±3,55	65,50 (7,00)	-1,819/0,069
Düzenli değil	24	65,91±3,90	67,50 (6,00)	9	68,00±1,41	68,00 (1,50)	-1,003/0,316
z/p		-2,324/0,020**		-1,900/0,057			

*Çeyrekler Arası Aralık **p<0,05 z: Mann Whitney U testi x2: Kruskal Wallis testi

Tablo 12’de sigara içen ve içmeyen gebelerin sosyodemografik özellikleri ile postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları karşılaştırıldı.

Sigara içen gebelerin yaş, eğitim durumu, sosyal güvence ve gebeliğin planlı olması değişkenleri ile postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu (p>0,05). Sigara içen gebelerin gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve izlemlerin düzenli olma durumu ile postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0,05). Gebelik sayısı multipar olan gebelerin ortanca puanlarının (68,00; ÇAA:6,00) gebelik sayısı primipar olan gebelerin (62,00; ÇAA:4,50) ortanca puanlarından daha yüksek olduğu, doğum sayısı 2 ve üzerinde olan gebelerin ortanca puanlarının (68,00; ÇAA:4,00), doğum yapmayan (62,00; ÇAA:4,25) ve doğum sayısı bir olan gebelerin (64,50; ÇAA:6,00) ortanca puanlarına

göre daha yüksek olduğu saptandı. Yaşayan çocuk sayısı 2 ve üzerinde olan gebelerin ortanca puanlarının (68,00; ÇAA:5,00), çocuğu olmayan (62,00; ÇAA:4,00) ve yaşayan çocuk sayısı bir olan gebelerin (66,00; ÇAA:6,00) ortanca puanlarına göre daha yüksek olduğu ve gebelik izlemi düzenli olmayan gebelerin ortanca puanlarının (67,50; ÇAA:6,00), izlemleri düzenli olan gebelerin ortanca puanlarından (62,00; ÇAA:7,00) daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 12).

Sigara içmeyen gebelerin yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, gebeliğin planlı olması ve izlemlerin düzenli olma durumu değişkenleri ile postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Sigara içmeyen gebelerin gebelik sayısı, doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Gebelik sayısı multipar olan gebelerin ortanca puanlarının (68,00; ÇAA:4,00) gebelik sayısı primipar olan gebelerin (63,00; ÇAA:3,00) ortanca puanlarından daha yüksek olduğu bulundu. Doğum sayısı 2 ve üzerinde olan gebelerin ortanca puanları ile doğum sayısı bir olan gebelerin ortanca puanları benzer olmakla birlikte, yapılan istatistiksel analiz sonucunda aradaki farkın doğum sayısı 2 ve üzerinde olan gebelerin ortalama puanlarındaki artıştan kaynaklandığı belirlendi. Yaşayan çocuk sayısı 2 ve üzerinde olan gebelerin ortanca puanları ile yaşayan çocuk sayısı bir olan gebelerin ortanca puanları benzer olmakla birlikte, yapılan istatistiksel analiz sonucunda aradaki farkın yaşayan çocuk sayısı 2 ve üzerinde olan gebelerin ortalama puanlarındaki artıştan kaynaklandığı saptandı (Tablo 12).

Sigara içen ve içmeyen gebelerin gruplar arası karşılaştırılmasında her iki grubun sosyodemografik özelliklerinden yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olması ve izlemlerin düzenli olma durumu değişkenleri ile postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13: Gebelerin Doğum Öyküsü, Plasenta ve Emzirme Durumuna İlişkin Özellikleri ile Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Ortanca Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması (n=70)

Değişkenler	Sigara içenler (n=35)			Sigara içmeyenler(n=35)			z/p
	n	Ort±ss	(ÇAA*)	n	Ort±ss	(ÇAA*)	
Plasentanın ayrılmasında							
Mekanik işlem	25	65,56±4,20	66,00 (6,00)	17	64,76±3,57	65,00 (5,50)	-0,876/0,381
Herhangi bir işlem yapılmadı	10	62,80±4,70	63,00 (8,75)	18	67,05±2,79	68,00 (3,25)	-2,151/0,031**
z/p		-1,635/0,102			-1,894/0,058		
Plasentanın ağırlığı							
400-500 gr	5	65,40±3,91	64,00 (7,50)	3	66,66±3,21	68,00 (***)	-0,151/0,880
501-600 gr	18	64,94±3,74	65,00 (6,25)	9	67,11±3,75	68,00 (3,50)	-1,587/0,113
601-700 gr	7	63,14±6,03	63,00(11,00)	14	64,71±3,12	64,50 (6,00)	-0,300/0,764
701 gr ve üzeri	5	65,80±5,76	67,00 (9,00)	9	66,44±3,28	67,00 (6,00)	-0,203/0,839
x²/p		1,214/0,750			4,272/0,234		
Bebeğin boyu							
50 cm ve altı	31	64,12±4,34	64,00 (6,00)	19	66,10±3,24	67,00 (5,00)	-1,549/0,121
51 cm ve üzeri	4	69,75±0,50	70,00 (0,75)	16	65,75±3,58	66,50 (6,75)	-2,440/0,015**
z/p		-2,973/0,003**			-0,217/0,828		

*Çeyrekler Arası Aralık **p<0,05 ***Örneklem sayısı az olduğundan ÇAA hesaplanmamıştır. z: Mann Whitney U testi x²: Kruskal Wallis testi

Tablo 13: Gebelerin Doğum Öyküsü, Plasenta ve Emzirme Durumuna İlişkin Özellikleri ile Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Ortanca Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması (n=70) (Devam)

Değişkenler	Sigara içenler (n=35)			Sigara içmeyenler (n=35)			z/p
	n	Ort±ss	Ortanca (ÇAA*)	n	Ort±ss	Ortanca (ÇAA*)	
Doğumdan sonra bebeği ilk emzirme zamanı							
İlk bir saat içinde	20	66,20±3,98	68,00 (6,00)	33	65,87±3,41	67,00 (6,00)	0,494
İlk iki saat içinde	15	62,86±4,48	63,00 (5,00)	2	67,00±2,82	67,00 (***)	-1,497/0,134
z/p		-2,230/0,026**			-0,394/0,694		
Bebeğin şuan ki emme durumu							
Sadece anne sütü	22	65,86±4,09	67,50 (6,00)	32	66,09±3,23	67,00 (5,75)	0,831
Anne sütü ve mama	13	62,92±4,60	63,00 (7,00)	3	64,33±5,03	65,00 (***)	-0,541/0,589
z/p		-1,975/0,048**			-0,623/0,533		

*Çeyrekler Arası Aralık **p<0,05 ***Örneklem sayısı az olduğundan ÇAA hesaplanmamıştır. z: Mann Whitney U testi

Tablo 13’de sigara içen ve içmeyen gebelerin doğum öyküsü, plasenta ve emzirme durumuna ilişkin özellikleri ile postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları karşılaştırıldı.

Sigara içen gebelerin plasentanın ayrılmasında uygulanan işlem ve plasentanın ağırlığı değişkenleri ile postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0,05). Sigara içen gebelerin bebeğin doğum boyu, doğumdan sonra bebeği ilk emzirme zamanı ve bebeğin şuan ki emme durumu değişkenleri ile postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Bebeğin doğum boyu 51 cm ve üzeri olan gebelerin ortanca puanlarının (70,00; ÇAA:0,75), bebeğin doğum boyu 50 cm altında olan gebelerin ortanca puanlarından (64,00; ÇAA:6,00) daha yüksek olduğu, doğumdan sonra ilk bir saat içinde emziren gebelerin ortanca puanlarının (68,00; ÇAA:6,00) doğumdan sonra ilk iki saat içinde emziren gebelerin ortanca puanlarına göre (63,00; ÇAA:5,00) daha yüksek olduğu ve sadece anne sütü ile besleyen gebelerin ortanca puanlarının (67,50; ÇAA:6,00), anne sütü ve mama ile besleyen

gebelerin ortanca puanlarından (63,00; ÇAA:7,00) daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 13).

Sigara içmeyen gebelerin plasentanın ayrılmasında uygulanan işlem, plasentanın ağırlığı bebeğin doğum boyu, doğumdan sonra bebeği ilk emzirme zamanı ve bebeğin şuan ki emme durumu değişkenleri ile postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Sigara içen ve içmeyen gebelerin gruplar arası karşılaştırılmasında her iki grubun doğum öyküsü, plasenta ve emzirme durumuna ilişkin özelliklerinden plasentanın ayrılmasında mekanik işlem uygulanma durumu, plasentanın ağırlığı, bebeğin doğum boyunun 50 cm ve altında olması, doğumdan sonra bebeği ilk emzirme zamanı ve bebeğin şuan ki emme durumu değişkenleri ile postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Plasentanın ayrılmasında herhangi bir işlem yapılmadığını bildiren gebelerin gruplar arası karşılaştırılmasında postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiş olup ($p<0,05$), sigara içmeyen gebelerin ortanca puanlarının (68,00; ÇAA:3,25), sigara içen gebelerin ortanca puanlarına göre (63,00; ÇAA:8,75) daha yüksek olduğu saptandı. Bebeğin doğum boyu 51 cm ve üzerinde olan gebelerin gruplar arası karşılaştırılmasında postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ve sigara içen gebelerin ortanca puanlarının (70,00; ÇAA:0,75), sigara içmeyen gebelerin ortanca puanlarına göre (66,50; ÇAA:6,75) daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 13).

6.5. SİGARA İÇEN GEBELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE FAGERSTRÖM BAĞIMLILIK TESTİ ORTANCA PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 14: Sigara İçen Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Fagerström Bağımlılık Testi Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması (n=35)

Sosyodemografik değişkenler	n	Ort±ss	Ortanca (CAA*)	Test istatistiği
26 yaş ve altı	20	4,85±1,81	5,00 (2,75)	z: -0,322
26 yaş üzeri	15	4,80±1,85	4,00 (2,00)	p: 0,747
Okur yazar değil	6	5,00±1,89	5,00 (4,00)	x ² : 0,580
Okur yazar	15	4,46±1,45	5,00 (2,00)	p: 0,748
İlkokul ve üzeri	14	5,14±2,14	4,50 (3,00)	
Sosyal Güvence var	11	4,27±1,90	4,00 (2,00)	z: -1,320
Sosyal Güvence yok	24	5,08±1,74	5,00 (2,75)	p: 0,187
Primipar	9	5,22±1,56	5,00 (2,50)	z: -0,941
Multipar	26	4,69±1,89	4,00 (3,25)	p: 0,347
Doğum yapmamış	10	5,10±1,52	5,00 (2,25)	x ² : 1,497
1 doğum yapmış	10	5,10±2,13	5,00 (3,50)	p: 0,473
2 ve üzeri doğum	15	4,46±2,80	4,00 (2,00)	
Yaşayan çocuk yok	11	5,09±1,44	5,00 (2,00)	x ² : 1,497
1 yaşayan çocuk	11	5,00±2,04	5,00 (3,00)	p: 0,473
2 ve üzeri çocuk	13	4,46±1,94	4,00 (2,50)	

*Çeyrekler Arası Aralık z: Mann Whitney U testi x²: Kruskal Wallis testi

Tablo 14: Sigara İçen Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Fagerström Bağımlılık Testi Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması (n=35) (Devam)

Sosyodemografik değişkenler	n	Ort±ss	Ortanca (ÇAA*)	Test istatistiği
Erken doğum öyküsü				
Var	5	5,60±1,94	5,00 (2,50)	z:-1,080
Yok	30	4,70±1,78	4,00 (3,25)	p: 0,280
Gebelik planlı mı?				
Evet	13	5,23±1,73	5,00 (3,00)	z:-1,251
Hayır	22	4,59±1,84	4,00 (2,25)	p: 0,211
İzlemler düzenli mi?				
Evet	11	5,45±2,01	5,00 (3,00)	z:-1,194
Hayır	24	4,54±1,66	4,00 (2,50)	p: 0,233

*Çeyrekler Arası Aralık z: Mann Whitney U testi

Tablo 14’de sigara içen gebelerin sosyodemografik özellikleri ile fagerström bağımlılık testi ortanca puanları karşılaştırıldı. Sigara içen gebelerin yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, erken doğum öyküsü, gebeliğin planlı olması ve izlemlerin düzenli olma durumu değişkenleri ile fagerström bağımlılık testi ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Tablo 15: Sigara İçen Gebelerin Doğum Öyküsü, Plasenta ve Emzirme Durumuna İlişkin Özellikleri ile Fagerström Bağımlılık Testi Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması (n=35)

Değişkenler	n	Ort±ss	Ortanca(ÇAA*)	Test istatistiği
Plasentanın ayrılmasında mekanik				
işlem uygulandı	25	5,04±1,67	5,00 (2,50)	z:-1,413
Herhangi bir işlem yapılmadı	10	4,30±2,11	4,00 (2,25)	p: 0,158
400-500 gr	5	5,40±1,81	6,00 (3,50)	x ² : 2,583
501-600 gr	18	4,94±1,76	5,00 (2,25)	p: 0,460
601-700 gr	7	4,85±2,41	4,00 (4,00)	
701 gr ve üzeri plasentanın ağırlığı	5	3,80±0,83	4,00 (1,50)	
50 cm ve altı bebeğin doğum boyu	31	4,83±1,84	5,00 (2,00)	z:-0,079
51 cm ve üzeri bebeğin doğum boyu	4	4,75±1,70	4,50 (3,25)	p: 0,937
Çocuğunuza ağızdan ilk olarak				
verdiğiniz gıda				
Kolostrum	31	4,80±1,68	5,00 (2,00)	z:-0,026
Hazır mama	4	5,00±2,94	4,50 (5,50)	p: 0,979
Doğumdan sonra ilk emzirme zamanı				
İlk bir saat içinde	20	4,60±1,93	4,00 (3,75)	z:-1,171
İlk iki saat içinde	15	5,13±1,64	5,00 (2,00)	p: 0,242
Bebeğin şuan ki emme durumu				
Sadece anne sütü	22	4,54±1,65	4,00 (2,00)	z:-1,338
Anne sütü ve mama	13	5,30±2,01	5,00 (3,00)	p: 0,181

*Çeyrekler Arası Aralık z: Mann Whitney U testi x2: Kruskal Wallis testi

Tablo 15’de sigara içen gebelerin doğum öyküsü, plasenta ve emzirme durumuna ilişkin özellikleri ile fagerström bağımlılık testi ortanca puanları karşılaştırıldı. Sigara içen gebelerin plasentanın ayrılmasında uygulanan işlem, plasentanın ağırlığı, bebeğin doğum boyu, çocuğa ağızdan ilk olarak verilen gıda, doğumdan sonra bebeği ilk emzirme zamanı ve bebeğin şuan ki emme durumu değişkenleri ile fagerström bağımlılık testi ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0,05)

6.6. POSTPARTUM EMZİRME ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ İLE FAGERSTRÖM BAĞIMLILIK TESTİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 16: Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği ile Fagerström Bağımlılık Testi Puanlarının Karşılaştırılması

		Gebelerin Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği	Fagerström Bağımlılık Testi
Gebelerin Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği	r_s	-	-0,248
	p	-	0,151
Fagerström Bağımlılık Testi	r_s	-	-
	p	-	-

rs: Spearman korelasyon testi değeri

Gebelerin postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ile fagerström bağımlılık testi arasındaki ilişkiyi gösteren Spearman korelasyon analizine göre; postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ile fagerström bağımlılık testi arasında anlamsız ilişki saptandı ($p>0,05$) (Tablo 16).

7.TARTIŞMA

Gebelikte sigara içimi fetüsü etkileyen önemli faktörlerden biridir. Sigarada yer alan zararlı etkenler ve toksinlerin bebeğe plasenta yoluyla geçtiğine dair bir takım bilgiler mevcuttur (Durulalp ve ark. 2011). Sigaranın sadece bebeğin gelişmesinde etkili olmadığı bunun yanında plasenta ağırlığı ve yenidoğanın doğum kilosunu da etkilediği hakkında çalışmalar yapılmıştır. Biz de çalışmamızda, hem plasenta ayrılma süresi ve ağırlığını hem de yenidoğan ağırlığı, baş çevresi, boy uzunluğu, 1. ve 5. dakika apgar skorlarını inceledik ve plasenta dokusundaki histopatolojik değişikliklerin durumunu değerlendirdik. Bunun yanında da sigara içimi ve annelerin bebeklerini emzirme durumları arasında ilişki olabileceğini düşünerek emzirme ile ilgili bazı verileri karşılaştırdık ve emzirme öz-yeterliliklerinin nasıl etkilendiğini araştırdık.

Gebeliğinden önce sigara içmeye başlamış ve gebeliği boyunca bırakamamış kadınların sayısı dünyada oldukça fazladır. Sigara bağımlılık yaratan maddeler içerdiği için ne yazık ki gebelikte de bırakılması kolay olmamaktadır. Biz de Manisa ili içerisinde mevcut olan Merkezefendi Devlet Hastanesi doğumhanesine başvuran kadınlarda yaptığımız çalışmamızda, alınan plasenta dokularının hepsini patolojik olarak inceleyebilmek için, örneklem sayısını iki grupta da eşit olacak şekilde 35 sigara içen, 35 sigara içmeyen gebe kadın olarak sınırladık. Yapılan çalışmalar incelendiğinde bu iki konunun birlikte ele alınmadığını gözlemledik.

TNSA-2008 verilerine göre İstanbul’ da ve kentsel alanlarda yaşayan kadınlarda sigara içme oranının daha yüksek olduğu, artan eğitim düzeyi ile sigara içme alışkanlığının da arttığı görülmektedir (Yiğit ve ark. 2009). Eğitim seviyeleri orta öğretim ve altında olanlarda sigara içme oranlarının lise ve üniversitedekilerden anlamlı derecede düşük olduğu sonuçlarına ulaşılan çalışmalar mevcuttur (Marakoğlu ve Sezer 2003). Doğu ve Berkiten’in 2008’de yaptıkları araştırmalarında sigara kullanımı ile yaş, eğitim seviyesi ve ekonomik durum gibi değişkenler arasında anlamlı ilişki bulmuştur (Doğu ve Berkiten 2008). Bir başka çalışmada sigara içme ile yaş, en çok yaşanan yer, ekonomik gelir düzeyi ve aile türü gibi değişkenler arasında anlamlı ilişki bulmuştur (Altıparmak ve ark 2008). Çalışmamıza

katılan gebelerin demografik özellikleri incelendiğinde ise; %51,4'ünün 26 yaşın üstünde, %97,1' inin evli, %51,4' ünün eğitim durumunun ilkokul ve üzerinde, %88,6' sının ev hanımı olduğu, %92,9' unun gelir durumunun denk olduğu, %51,4' ünün sosyal güvencesinin olmadığı, %74,3' ünün gebelik sayısının multipar olduğu, %37,1' inin doğum sayısının bir olduğu, %81,4' ünün düşük yapmadığı, %37,1' inin yaşayan çocuk sayısının bir olduğu, %97,9' unun erken doğum ve %95,7' sinin anomalili bebek öyküsünün olmadığı, %37,1' inin gebelik haftasının 39. hafta olduğu, %55,7' sinin gebeliğinin planlı olduğu, %47,1' inin 3. trimester de gebelik izlemine başladığı, %52,9' unun gebelik izlemlerinin düzenli olduğu belirlendi. Sigara içen ve içmeyen gebeler demografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında, iki grup arasında sosyal güvence, planlı gebelik, gebelik izlemine başlama zamanı ve izlemlerin düzeni değişkenleri ($p<0,05$) dışında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Maternal sigara içiminin fetal sağlığı etkilediği ve büyümeyi yavaşlattığı geçmiş yıllardan bu yana bilinen bir gerçektir (Rush 1979). Erken doğum, fetal dönemde büyümenin yetersiz olması gibi sebeplere bağlı olarak düşük doğum ağırlığı gelişebilir. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin %20-30' undan sigara içiminin sorumlu olduğu düşünülmektedir (Andres 2000). Aktif sigara kullanımının yanında pasif sigara maruziyeti de yenidoğan doğum tartısını etkilemektedir (Jedrychowski ve Flak 1996,). Gebelikte sigara kullanımı hakkında yapılan Ender Durualp ve ark. Çankırı devlet hastanesinde 2011 de yapmış oldukları bir çalışmada, araştırmaya dahil edilme kriterlerinde örneklem sayısını belli tarihler arasında hastaneye başvurmuş gebeler oluşturmuştur. Bu gebelerden 130 tanesi çalışmaya dahil edilmiş ve %23,9' unun (n: 19) sigara içtiği, %76,1' nin sigara içmediği (n:99) görülmüştür. Bu çalışmada ayrıca yenidoğan kiloları da ölçülmüştür. Yapılan analizler sonucunda araştırmaya alınan annelerin sigara içme durumları ile bebeklerinin doğum ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($\chi^2=37.631$, $sd=6$, $p<0.01$) belirlenmiştir (Durualp ve ark. 2011). Bu çalışma bizim çalışmamızdaki gibi yenidoğan ağırlığının sigara içen annelerde doğru orantılı olarak fark olduğunu göstermiştir. Haddow ve arkadaşları gebelik boyunca sigara içiminin doğum ağırlığında 441 gr düşüşle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Haddow ve ark. 1987). Wang ve arkadaşlarının doğum ağırlığında ortalama 377 gr düşüş olduğu sonuca ulaşırken (Wang ve ark. 2002). Özmen pasif sigara içicilerde 148 gr, günde 5 adetten az sigara içenlerde 340 gr, günde 5 adet ve üstünde sigara içenlerde ise 625 gr olarak bulunmuştur (Özmen 2004). Ancak Kırimi

ve Pençe' nin (1999) plasenta ağırlığının gebeliğinde sigara içmeyen gruba göre daha düşük olduğunu saptadıkları çalışmalarında, yenidoğan bebeklerin doğum boyu ve baş çevresi ölçülerinin sigara kullanmayan gruba göre farklı olmadığı sonuçlarına ulaşmışlardır. Bizim de çalışmamızda sigara içen ve içmeyen gebelerin yenidoğan doğum ağırlıkları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Sigara içen gebelerin %51,4' ünün bebeğinin doğum ağırlığının 2000-3000 gr arasında olduğu, içmeyen gebelerin %80' inin bebeğinin doğum ağırlığının 3001-4000 gr arasında olduğu tespit edilmiştir.

Sigara içiminin yenidoğanın doğum tartısını düşürdüğü gibi boy ve baş çevresi ölçümlerini de etkilediği bilinmektedir. Bu konu ile ilgili yapılan tüm araştırmalarda, sigara kullanımı ile yenidoğanların doğum ağırlığı arasında anlamlı istatistiki ilişki bulunmuştur. Sigara içimi, bir kadının düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskini ikiye katlamaktadır. Institute of Medicine 1985 yılında yayınladığı raporunda, sigara içiminin düşük doğum ağırlıklı bebek oluşumunda rol oynayan en önemli faktör olduğu bildirilmektedir (Shah NR 2000). Kallen'in araştırması da bu bilgiyi doğrular nitelikte sonuçlara ulaşmıştır (Kallen 2000). Bu konuda farklı fikirler de ortaya atılmış olup bunlardan biri de Balat ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucu ortaya çıkmıştır, sigara içimi ile yenidoğanın boy ve baş çevresi ölçümlerinin değişmediği iddia edilmiştir (Balat ve ark 2003). Özmen çalışmasında yenidoğanın boy ve baş çevresi ölçümleri, sigara dumanına maruz kalınan gruplarda, sigara içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşüklük gösterdiğini açıklamıştır (Özmen 2004). Bizim çalışmamızda da sigara içen gebelerin %88,6' sının bebeğinin doğum boyunun 50 cm ve altında olduğu, %54,3' ünün bebeğinin baş çevresinin 34 cm ve altında olduğu, sigara içmeyen gebelerin %54,3' ünün bebeğinin doğum boyunun 50 cm ve altında olduğu, %65,7' sinin bebeğinin baş çevresinin 35-36 cm olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Neonatal dönemde sigaraya maruz kalan bebekler doğum sonrası 1. ve 5. dakikada renk, kalp hızı, refleks yanıtı, kas tonusu, solunum açısından değerlendirildikleri Apgar skorlamasında 5. dakikadaki Apgar skorlarının, sigara içmeyen annelerin bebeklerinininkinden daha düşük olduğu görülmüştür (Tarhan 2016). Sigara içimi ile APGAR skorları arasında negatif bir korelasyon bulunduğu (Gomez ve ark. 2004) ve sigara içimi ile APGAR skorlarının etkilenmediğinin görüldüğü yayınlar da mevcuttur (Özmen 2004). Bizim çalışmamızda da sigara içen gebelerin %100' ünün bebeğinin 1. dk ve 5. dk apgar skoru 9-10 olarak

kaydedilirken, sigara içmeyen gebelerin %91,4' ünün bebeğinin 1. dk apgar skorunun 9-10, %100' ünün 5. dk apgar skorunun 9-10 olduğu görülmüştür.

Sandra Larsen ve ark. Norveçte 2018 te yayınlamış oldukları çalışmada; 1999- 2014 yılları arasında hastaneye yatan gebe kadınları sigara içen, içmeyenler ve sigarayı gebe iken bırakanlar şeklinde 2 gruba ayırmışlardır. Retrospektif yapılan bu çalışmaya göre 698 891 kadının, toplamda %12,6 sı sigara içtiği ve bunların arasından %29,6 sı birinci trimester de sigarayı bıraktığı ve %70,4 ü gebeliği boyunca sigara içmeye devam ettiği gösterilmiştir. Günde 11 sigara ve üzeri içen kadınlarda özellikle plasenta ağırlıkları ve doğum ağırlıkları sigara içen ve içmeyen gruplar arasında farklılık göstermiştir (Larsen ve ark. 2018). Bizim çalışmamıza, gebeliğinin en az 5 yıl öncesinden bu yana sigara içen kadınlar dahil olmuştur. Sigara içen gebelerin plasenta ağırlığının 501-600 gr arasında, sigara içmeyen gebelerin plasenta ağırlığının ise 601-700 gr arasında olduğu bilgisine ulaşmış bulunmaktayız ve sonuçlarımız bu çalışmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Plasentanın ayrılma süresi literatürde genel olarak 4 ile 15 dakika aralığında kabul edilmektedir. Bu süre içinde uterus kasları kontrakte olur ve plasenta uterus duvarından ayrılmaya başlar. Plasentanın ayrılma süresinin otuz dakikayı geçmesi halinde sürecin uzamasına neden olan potansiyel bir sorun olduğu kabul edilir (Shane 2001). Yapılan bir çalışmada uzun yıllar boyunca kaydedilmiş toplamda 12979 tek vajinal doğumda plasenta ayrılma süresinin 4-10 dakika aralığında, ortalama 6 dakika sürdüğü görülmüştür (Combs ve Laros 1991). Farisoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada yaş, abort sayısı, gebelik haftası, sigara kullanımı, bebeğin boyu ve ağırlığı gibi değişkenlerin plasental ayrılma süresini etkilemediği görülmüştür (Farisoğlu ve ark. 2019). Biz de sigaranın etkilerini incelediğimiz çalışmamız sonucunda istatistiksel olarak sigara içen gebelerin %97,1' inin plasentasının ilk 15 dk içinde ayrıldığı, %71,4' üne plasentanın ayrılması sırasında mekanik işlem uygulandığı, sigara içmeyen gebelerin ise %91,4' ünün plasentasının ilk 15 dk içinde ayrıldığı, %51,4' üne plasentanın ayrılması sırasında herhangi bir işlem uygulanmadığı sonuçlarına ulaştık.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008) sonuçlarına göre; evlenmiş kadınların %30,5' inin daha önce sigara kullandığı, kadınların %24,1' inin ise halen sigara kullandığı, sigaraya başlama yaşınının 19,6 olduğu, günde ortalama 11 adet sigara içildiği bildirilmektedir. Sigara kullanan kadınların TNSA-2003 sonuçlarına göre artış gösterdiği görülmektedir (%28). TNSA-2008 sonuçları; gebe

olan kadınların %26,2' sinin daha önce sigara içtiğini, %11,4' ünün halen sigara içtiğini, sigaraya başlama yaşının 17,4 olduğunu ve günde 10 adet sigaranın içildiğini göstermektedir. Emziren kadınlarda ise daha önceden sigara içme oranı %26, halen sigara içme oranı %16,5, sigaraya başlama yaşı 18 ve günlük içilen sigara miktarı sekiz adettir (Anonim 2009). Gerek TNSA-2008 sonuçları, gerekse dünyada ve ülkemizde yapılan çalışma sonuçları sigara kullanımının hem gebe, hem emziren hem de diğer kadınlarda önemli bir sorun olduğunu göstermektedir (Doğu ve Berkiten 2008; Marakoğlu 2003). Sigaranın anne ve bebek için olumsuz etkileri arasında emzirmeye olan etkisi de yer almaktadır. Prolaktin düzeyini baskılayan nikotinin süt üretimini azalttığı emzirmenin erken başlatılmasında engelleyici sebeplerden olabileceği kabul edilmiştir. Anne sütünde düşük yağ konsantrasyonuna ve dolayısıyla bebeklerde yetersiz kilo alımına neden olabilen sigara, erken tamamlayıcı besin takviyesi alımına başlanmasına neden olabilmektedir (Ladomenou ve ark 2007). Yine başka bir çalışmada sigara ile ilişkinin anne sütü ile beslenme oranını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Chou ve ark. 2008). Bu bilgilerin yanısıra Amerikan Pediatri Akademisi tarafından 2001 yılında anne sütünün bebek için keşfedilen üstün yararları nedeni ile sigara içme ve anne sütü ile besleme hakkındaki düşünceler değişmiş, anne sütü ile geçen nikotinin zararlı olduğuna dair bir çalışma olmadığını belirtilerek, sigara içmeyi bırakamayan kadınların bu sebeple emzirmemelerinin bebekler için daha çok zarar verici bir durum olduğunu belirtmişlerdir. Anne sütü ile geçen nikotin emzirme yolu ile geçen zararlı ilaçlar listesinden çıkarılmıştır (Cesur 2007). Çalışmamızda da gebelerin doğum sonrası dönemdeki emzirme durumları incelendiğinde; %70' inin bebeklerini sadece anne sütü ile beslediği, %24,3' ünün sütün yeterli gelmediğini düşünmesi nedeniyle anne sütü dışında gıda verdiği ya da emzirmeyi sürdürme ile ilgili sıkıntı yaşadığı belirlendi. Sigara içen gebelerin %60' ının bebeklerini sadece anne sütü ile beslediği, %25,9' unun bebeğe ait sağlık sorunları nedeniyle anne sütü dışında gıda verdiği ya da emzirmeyi sürdürme ile ilgili sıkıntı yaşadığı, sigara içmeyen gebelerin ise %80'inin bebeklerini sadece anne sütü ile beslediği ve %40' ının sütün yeterli gelmediğini düşünmesi nedeniyle anne sütü dışında gıda verdiği ya da emzirmeyi sürdürme ile ilgili sıkıntı yaşadığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Erken dönemde başlatılan emzirme anne-bebek bağı kurulmasında, emzirmenin devamlılığında ve emzirme sorunlarının önlenmesinde oldukça etkilidir (Taşkın 2012). TNSA 2008 verileri emzirilmeye başlama zamanı, anne sütü ile beslemeye

başlamının ülkemizde oldukça geç olduğunu göstermiştir. Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bebeklerin %39' u emzirilirken, %27' sinin doğum sonrası ilk 24 saatte hiç emzirilmediği görülmüştür. TNSA 2003 verilerine göre bu yüzdelerin daha düşük olması da ülkemizde emzirmeye erken başlama davranışından uzaklaşıldığını göstermektedir. İzmir' de 5003 anne ile yapılan bir çalışmada annelerin %71,8' i ilk bir saat içerisinde emzirmiş ve emzirmeye erken başlanan bebeklerin diğer bebeklere oranla 1,3 kat daha uzun süre takviye besin almaksızın yalnızca anne sütü ile beslendikleri görülmüş (Ünsal ve ark. 2005). 2005 yılında yapılan bir çalışmada doğumdan sonra bebeklerin %43,5' inin ilk 1 saat içinde emzirildikleri belirlenmiştir (Erenel ve Eroğlu 2005). Başka bir çalışmada 92 anneden %69,6' sının doğum sonrası ilk 1 saat içinde emzirdiğini saptamıştır (Eker ve Yurdakul 2006). Erken dönemde anne bebek ilişkisini başlatmak ve emzirmenin sürdürülmesini sağlamak için doğum sonrası ilk bir saatte anne bebek ten temasının başlatılması ve emzirmesi çok önemlidir (Demirhan 1997; Yiğit 2005). Çalışmamıza katılan kadınlarda doğumdan sonra ilk bir saat içinde emziren gebelerin ortanca puanlarının (68,00; ÇAA:6,00) doğumdan sonra ilk iki saat içinde emziren gebelerin ortanca puanlarına göre (63,00; ÇAA:5,00) daha yüksek olduğu ve sadece anne sütü ile besleyen gebelerin ortanca puanlarının (67,50; ÇAA:6,00), anne sütü ve mama ile besleyen gebelerin ortanca puanlarından (63,00; ÇAA:7,00) daha yüksek olduğu belirlendi.

Anne sütü ile beslenmenin bebeklerde mortalite ve morbiditeyi azalttığı, büyüme ve gelişmede önemli rol oynadığı, anne sağlığı açısından da yararlı olduğu, sosyal ve ekonomik olarak toplum sağlığına birçok faydası olduğu bilinmektedir (Heymann ve ark. 2013; Kaneko 2006). Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde sigara içen anneler emzirme döneminde, süt üretim miktarı ve emzirme süresi gibi konularda olumsuzluklar yaşayabilmektedir (Aktaş ve Güler 2010). Annelerin emzirmede yetersiz olduklarını düşünmeleri, emzirme ile ilgili sorunlar yaşamaları ve lohusalıkta yaşanan ruhsal sorunlarla mücadelede zorlanmaları gibi başlıca nedenler ile erken dönemde emzirmenin kesildiği görülmektedir (Wojnar 2004). Anne sütü ile besleme ve emzirmenin devamlılığını sağlamada kadınların kişisel özellikleri, yaşı, sosyo-ekonomik durumu, kültürel yapısı, çalışma durumu, sigara içme durumu gibi özelliklerin yanında annenin kendine karşı güvensizliği, doğum öncesi bilgi düzeyi, emzirmeye karşı tutumu, anne ile bebeğinin doğum sonrası hastanede ve evde aynı odada kalması, doğum sonu erken dönemde formül mamaya başlaması, doğum sonrası hastaneden taburculuk süresi, yetersiz aile ve çevre

desteği, annenin bu konuda tecrubesiz olması gibi değişkenlerin etkili olduğu görülmüştür (Dennis 2002). Öz-yeterliliği yüksek olan annelerin emzirmeyi daha çok tercih ettiği, sorunlarla baş etme kabiliyetlerinin yüksek olduğu, cesaretli davranışlar sergiledikleri ve kendilerini motive etme becerilerinin daha güçlü olduğu görülmüştür (Dennis 1999). Öz-yeterlilik düzeyinin düşük olması ise annenin sütünü yetersiz olarak algılamasına neden olur. Annenin bebeğinin yeterince beslenmediğini düşünerek beslemeyi mama ile takviye etmesi süt üretiminde azalmaya neden olabilir, bu durum emzirmenin bırakılmasına bile neden olabilir (McCarter-Spaulling). Annelerin sigara içmesinin emzirmeye başlama ve devam etme konusundaki etkileri olumsuzdur (Dennis 2002). Gümüősoy ve Ünsal Atan'ın (2012) çalışmalarında, sigara içen annelerin postpartum emzirme özyeterlilik puanının, içmeyen annelerin puanlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Annelerin sigara içme durumları ile emzirme özyeterliliği arasında bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur (Oriol ve ark. 2009; Dennis ve ark. 2011). Çalışmamızda sigara içen gebelerin bebeğin doğum boyu, doğumdan sonra bebeği ilk emzirme zamanı ve bebeğin şuan ki emme durumu değişkenleri ile postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Sigara içen ve içmeyen gebelerin gruplar arası karşılaştırılmasında her iki grubun sosyodemografik özelliklerinden yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olması ve izlemlerin düzenli olma durumu değişkenleri ile postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Sigara kullanan gebelerin postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanlarının 66,00 (ÇAA: 7,00), sigara kullanmayan gebelerin ise postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanlarının 67,00 (ÇAA: 6,00) olduğu ve her iki gruptaki gebelerin postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Sigara kullanan ve kullanmayan gebelerin Hematoksilen Eozin patolojik bulguları karşılaştırıldığında Mochizuki M ve arkadaşlarının 1984 yılında yapmış oldukları bir çalışmada, sigara içen ve içmeyen annelerin plasenta villuslarındaki histopatolojik bulgular açısından, plasantanın periferal bölgelerindeki villuslarda hipovasküler değişiklikler ve atrofik değişiklikler gösterilmiştir. Bunun yanında atrofik villuslar atrofiye olmuş trofoblast tabakasıyla çevrelenmiştir. Villus stroması bağ dokusu içeriğiyle yoğun olduğu gösterilmiştir. Sigara içen ve içmeyen gebelerde

plasentada fibrinoid birikim açısından fark bulunamamıştır (Mochizuki ve ark. 1984). Bizim çalışmamızda da, sigara içen grupta içmeyen gruba göre intravillöz ve intervillöz alanlarda fibrinoid birikimler ve term plasentada nekrotik ve inflamasyon alanlar bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamız histopatolojik bulgular açısından literatürle uyumludur. Sigara içme durumu ile Hematoksilen Eozin patolojik bulguları arasında anlamlı fark olduğu ve Hematoksilen Eozin patolojik bulguları orta düzeyde olan gebelerin daha fazla sigara içtiği belirlendi ($p<0,05$).



8.SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak araştırmada gebeliği öncesinde ve süresince sigara içen ve sigara dumanına maruz kalan annelerin olduğu, sigara kullanımının anne, fetus/yenidoğan ve plasentayı olumsuz etkilediğini ifade eden annelerin yanı sıra, sigaranın olumsuz etkilerinin olmadığını ve zararları konusunda fikrinin olmadığını ifade eden annelerin de bulunduğu saptanmıştır. Gebelik öncesi ve gebeliği süresince annelerin sigara kullanımı ile yenidoğanın doğum ağırlığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve sigara kullanımının doğum ağırlığını ve plasenta ağırlığını düşürdüğü ve plasenta histolojisinde olumsuz değişikliklere neden olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda sigara kullanımının plasenta ağırlığı ve histolojisini, yenidoğan bebeklerin doğum ağırlığını, emzirmeyi ve postpartum emzirme öz-yeterliliğini olumsuz etkilediği ortaya konmuştur. Sigara kullanımının zararları, sigara bırakma ile ilgili toplumun bilinçlendirilmesi ve özellikle gebelikte sigara içiminin gebeye, fetüse zararları konusunda farkındalığın artırılması gerekir. Konuya özellikle medya kanalı ile görsel, yazılı ve sözlü her türlü uyarı organıyla dikkat çekilmelidir. Hizmet içi eğitimlerle ebe-hemşire ve gebelere ulaşabilecek bütün sağlık çalışanlarının eğitimi sağlanarak gebelikte sigara içimine karşı mücadele için kesintisiz gebe eğitimleri verilebilmelidir. Sigara bırakma konusunda gebe sınıfı eğitimlerinde de gebeler bilgilendirilebilirler. Kadınların sigara bırakma ile ilgili yaşamlarının her dönemine özel sigara bırakma programı uygulamak amacı ile uygun yol ve yöntemler izlenmelidir. Sağlıklı yeni nesiller için de gebelik öncesi, gebelik ve emzirme dönemine uygun sigara bırakma programları uygulanmalıdır.

Gebelikte aktif sigara içimi kadar pasif olarak sigara dumanına maruz kalmak da fetal sağlık ve yenidoğan sağlığını etkilemektedir. Bu nedenle gebe kadınların sigara dumanından korunma konusunda uyarılması önemlidir.

Sadece fetal ve yenidoğan dönemlerinde değil, çocukluk çağında ve ileri yaşlarda da ortaya çıkabilecek pek çok problemden sorumlu tutulan maternal sigara içimine karşı etkili önlemler alınmasının gerekliliği ve önemi oldukça açıktır. Bu önlemlerin tüm toplumada yaygın olarak ele alınması ve bir halk sağlığı politikası olarak uygulanması gereklidir.

Çalışmamızda kısa vadede sonuçlarını değerlendirdiğimiz sigara ve emzirme konusu yapılacak başka çalışmalarda daha uzun zaman aralıklarında değerlendirilebilir. Ek gıdaya geçiş, emzirmenin sonlandırma zamanı gibi dönemlerin değerlendirilmesi de konu ile ilgili kaynak oluşturması açısından faydalı olacaktır.



9. KAYNAKLAR

Ahokas, R.A. : Development and physiology of the placenta and membranes in Sciarra's Gynecology and Obstetrics. Ed: John J.Sciarra, Harper and Row Publishers, ch. II, Rev. ed.1987.

Aktaş, S. , Güler, H. Gebelik Boyunca Sigara İçiminin Perinatal Dönemde Anne ve Bebek Sağlığı Üzerine Etkisi. Sted. 2010; 19(3): 100-107.

Aktay G, Hancı İ, Balseven A. İlaç Etkileşimleri Ve Hekim Sorumluluğu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2003; 7: 261-264.

Altıparmak, S. , Altıparmak, O. , Avcı, H. D. Manisa'da Gebelikte Sigara Kullanımı; Yarı Kentsel Alan Örneği. Türk Toraks Dergisi, 2009; 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-toquitting-smoking-how-smoking-affects-health>.

Andres RL, Day MC: Perinatal complications associated with maternal tobacco use. Semin Neonatol. 2000; 5(3):231-41.

Anonim, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi Yayın No: NEE. HÜ.09.01;2009.

Armstrong BG, McDonald AD, Sloan M. Cigarette, alcohol, and coffee consumption and spontaneous abortion. Am J Public Health. 1992; 82(1): 85-7.

Ash UK. Smoking Statistic: Illness and Death. Fact Sheet No:2.
http://www.ash.org.uk/html/fact02.html#_edn7;2003.

Ashmead GG. Smoking and pregnancy. J Matern Fetal Neonatal Med. 2003; 14(5): 297-304.

Atıcı, A., S. Polat, and A.H. Turhan, Anne sütü ile beslenme. Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences, 2007. 3(6): p. 1.

Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten L J. Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose–response meta-analysis of cohort studies. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases 2014; 24(2): 107-115.

A US Public Health Service report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives.[No authors listed] JAMA. 2000 Jun 28;283(24):3244-54.

A US Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General 2010.

A US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General 2014.

A U.S Department of Health and Human Services 2004.

Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O. Tütün ve Tütün Kontrolü: Türk Toraks Derneği; 2010.

Balat O, Balat A, Ugur MG, Pence S: The effect of smoking and caffeine on the fetus and placenta in pregnancy. Clin Exp Obstet Gynecol. 2003; 30(1):57-9.

Balinsky, B. I.: Placentation “An Introduction to Embryology”. 292-295, 2nd Ed., South Africa, 1981.

Bandura, A. Personal and Collective Efficacy in Human Adaptation and Change. In J. G. Adair, D. Belanger, & K. L. Dion (Eds.), Advances in psychological science: Vol. 1. Personal, Social and Cultural Aspects (pp. 51–71). Hove, UK: Psychology Press. 1998.

Başaran, A. : Memeli (İnsan) Embriyosunda Embriyo Dışı Keseler (Amnion, Koryon, Vitellus, Allantois), Plasenta ve Göbek Bağı “Tıbbi Biyoloji”. 201–207, 5. Baskı, Günes&Nobel Tıp Kitabevi, 1999.

Benowitz NL, Zevin S, Jacob P III Suppression of nicotine intake during ad libitum cigarette smoking by high-dose transdermal nicotine. J Pharmacol Exp Ther 1998; 287:958–962.

Bergen HT. Exposure to smoke during development: fetal programming of adult disease. Tobacco Induced Diseases 2006; 3(2): 5-16.

Bilano V, Gilmour S, Moffiet T, d'Espaignet ET, Stevens GA, Commar A, Tuyl F, Hudson I, Shibuya K. Global Trends and Projections for Tobacco Use, 1990&2025: An Analysis of Smoking Indicators from The WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control. The Lancet 2015; 385:966-976.

Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Ergüder T. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu. MPOWER paketi. 2008. 1-5.

Black, R.E., et al., Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2013. 382(9890): p. 427-451.

Boyacı H, Büyükgöze B, Başığit İ, Yıldız F, Ilgazlı A, Duman C. Fetustaki sigara dumanı maruziyetinin kord kanı kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi. *Tur Toraks Der* 2006;7(2):115-9.

Brinton LA, Lacey JV Jr, Devesa SS: Epidemiology of uterine corpus cancer. In Gershenson DM, McGuire WP, Gore M, Quinn MA, Thomas G. (eds):*Gynecologic Cancer: Controversies in Management*. New York, Churchill Livingstone, 2004; pp: 190.

Brown A, Arnott B. Breastfeeding Duration and Early Parenting Behaviour: The Importance of an Infant-Led, Responsive Style. 2014; *PLoS ONE* 9(2):1-7.

Cai X, Wardlaw T, Brown DW: Global trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J* 2012; 7: 12.

Caleyachetty R, Tait CA, Kengne AP, Corvalan C, Uauy R, o-Tcheugui JBE. Tobacco use in pregnant women: analysis of data from demographic and health surveys from 54 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health* 2014; 2: 513–520.

Cesur, B. 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. 2007.

Chou, F. H., Avant, K. C., Kuo, S. H., & Fetzer, S. J. Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning, and psychosocial adaptation in a sample of mothers: A questionnaire survey. *International Journal Of Nursing Studies*, 2008; 45, 1185-1191.

Cnattingius S, Mills JL, Yuen J, Eriksson O, Salonen H. The paradoxical effect of smoking in preeclamptic pregnancies: smoking reduces the incidence but increases the rates of perinatal mortality, abruptio placentae, and intrauterine growth restriction. *Am J Obstet Gynecol* 1997 Jul;177(1):156-61

Combs CA, Laros RK. Jr. Prolonged third stage of labor: Morbidity and risk factors. *ObstetGynecol* 1991; 77(6): 863-7.

Coutant R, Boux de Casson F, Douay O, Mathieu E, Rouleau S, Beringue F, Gillard P, Limal JM, Descamps P. Relationships between placental GH concentration and maternal smoking, newborn gender, and maternal leptin: possible implications

for birth weight. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86(10): 4854-4859. PubMed PMID: 11600553.

Creedy, D., Dennis, C.L., Blyth, R., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S. Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. *Research in Nursing & Health*, 2003; 26 (2), 143-152.

Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap III.L.C., Havth. J.C., Wenstrom, K.D.: *Williams Doğum Bilgisi*. Cilt:1. 2. 21.Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, 2005.

Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LJ, Hankins GDV, Clark SL. *Williams Obstetrics*. 21th edition Connecticut, the McGrawHill 2001; p:567-609.

Demirhan B. Plasentanın Klinik ve Histopatolojik İncelenme Yöntemleri ve Önemi, *Perinatoloji Dergisi* 1: 1993; 246-255.

Demirhan F. Sakarya ilinde emzirmenin değerlendirilmesi, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 1997.

Demsey DA, Benowitz NL. Risk and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Safety*. 2001; 24(4):277-322.

Dennis C.L. Breastfeeding initiation and duration: A 1990–2000 literature review. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*; 2002; 31(1): 12–32.

Dennis, C. L., Heaman, M., Mossman, M. Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form Among Adolescents, *Journal of Adolescent Health* 2011; 49, 265–271.

Dennis C.L. Theoretical underpinnings of breast-feeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation* 1999; 15(3): 195–201.

DiFranza JR, Lew RA: Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *J Fam Pract*. 1995; 40(4):385-94.

Dogaru, Cristian M; Nyffenegger, Denise; Pescatore, Aniña M; Spycher, Ben D; Kuehni, Claudia E. Breastfeeding and Childhood Asthma: Systematic Review and Meta-Analysis. *American journal of epidemiology*, 2014; 179(10), pp. 1153-1167.

Doğu S, Berkiten A. Gebe kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat dergisi* 2008; 1(1).

Doğu S, Ergin A. Gebe kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelik- teki zararlarına ilişkin bilgileri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008; 1(1):26-38.

Döneray H, Özkan B, Karacan M, Vançelik S, Yıldırım ZH, Özkan A ve ark. Prevalence of Vitamin D Deficiency Rickets in The Eastern Part of Turkey. Eur J Pediatr 2009; 168(3):95-100.

Durualp E, Bektaş G, Ergin D, Karaca E, Topçu E. Annelerin sigara kullanımı ile yenidoğanın doğum kilosu, boyu ve baş çevresi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2011; 64(3).

Eker A, Yurdakul M. Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006; 15(9), 158 - 163.

Elenbogen A, Lipitz S, Mashiach S, Dor J, Levran D, Ben-Rafael Z. The effect of smoking on the outcome of in-vitro fertilization--embryo transfer. Hum Reprod. 1991; 6(2): 242-4.

Erenel ŞA, Eroğlu K. Doğum sonrası ilk altı ayda ev ziyareti yoluyla desteklenen emzirme eğitimi modelinin etkili emzirme davranışı üzerine etkisi. Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005, 43–54.

Eroschenko, V.P. : Histoloji Atlası. Çev. Ed. Demir, R. , 321-329, 9.Baskı, Palme Yayıncılık, Ankara, 2001.

Ertem M, Çan G. Türkiye Sağlık Raporu Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2014.

Fagerstrom KO, Heatherton TE, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assesment. Ear Nose Throat J 1992; 69: 763-767. 78.

Fanaroff AA: Neonatal Perinatal Medicine. Sixth Edition Chapter 12. 1997; Page 203-237.

Farisoğlu, N, Pirimoğlu, Z , Anđın, A , Sakin, Ö , Çıkman, M , Denizli, R . Vajinal Doğum Sonrası Plasentanın Kendiliğinden Ayrılma Zamanının ve Bu Süreyi Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2019; 50 (1), 0-0. DOI: 10.16948/zktipb.413370.

Goel P, Radotra A, Singh I, Aggorwal A, Dua D. Effects of passive smoking on outcome in pregnancy. J Postgrad Med 2004; 50(1): 12-16.

Gomez C, Berlin I, Marquis P, Delcroix M: Expired air carbon monoxide concentration in mothers and their spouses above 5 ppm is associated with decreased fetal growth. Preventive Medicine 2004; 40, 10-15.

Guyton, A.C.:Gebelik ve laktasyon, Tıbbı Fizyoloji. Çev.Ed. Gökhan,N,Çavusoğlu,H.,1424-1442, 1.Baskı, Merk Yayıncılık, İstanbul, 1987.

Gürsoy, E., Koptagel, E.: Placenta “Embriyoloji Atlası” 1997; 95-107.

Haddow JE , Palomaki GE , Knight GJ Can low birth weight after elevated maternal serum alpha-fetoprotein be explained by maternal weight. *Obstetrics and Gynecology* 01 Jul 1987, 70(1):26-28.

Hannula, L., M. Kaunonen, and M.T. Tarkka, A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of clinical nursing*, 2008. 17(9): p. 1132-1143.

Harrison KL, Breen TM, Hennessey JF. The effect of patient smoking habit on the outcome of IVF and GIFT treatment. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1990; 30(4): 340-2.

Hassa, O., Asti, R.N.: Embriyoloji. 71–93, 3. Baskı, Yorum Basın Yayıncılık, Ankara, 1997.

Henningfield JE, Benowitz NL, Slade J, Houston TP, Davis RM, Deitchman SD. Reducing the addictiveness of cigarettes. *Tobacco control.* 1998; 7(3):281-93.

Heymann, J., A. Raub, and A. Earle, Breastfeeding policy: a globally comparative analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 2013. 91(6): p. 398-406.

Hruba D, Kachlik P. Influence of maternal active and passive smoking during pregnancy on birthweight in newborns. *Cent Eur J Public Health.* 2000; 8(4): 249-52.

INNOCENTI DECLARATION. 1990;
<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>. [10/12/2015] .

Jedrychowski W, Flak E: Impact of active and passive smoking during pregnancy on birth weight of the newborn. *Pol Merkuriusz Lek.* 1(6):379-82;1996.

Kaiser, I.H.: Fertilization and the physiology and development of fetus and placenta in Danforth's *Obstetrics and Gynecology* ch.17.1986.

Kallen K. Maternal smoking during pregnancy and infant head circumference at birth. *Early Hum Dev.*2000; 58(3):197-204.

Kaneko, A. et al., Factors associated with exclusive breast-feeding in Japan: for activities to support child-rearing with breast-feeding. *Journal of Epidemiology*, 2006. 16(2): p. 57-63.

Kaufmann P, Castellucci M: *Obstetrical and Gynecological Pathology.* Fox H(ed) Vol:2, 4th ed. Chapter 46, 1995.

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

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

Keskinoğlu P, Aksakoğlu G. Pasif sigara içiciliğinin çocuklarda solunum sistemi üzerindeki etkileri. Türk Ped Arş 2007; 42: 136-41.

Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. Maternal and child health journal 2015;1-12.

Kırımı E, Pençe S. Gebelikte Sigara Kullanımının Fetüs ve Plasenta Gelişimine Etkisi. Van Tıp Dergisi, Cilt:6, Sayı:1, Ocak/1999.

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

Knoll M, Talbot P. Cigarette smoke inhibits oocyte cumulus complex pick-up by the oviduct in vitro independent of ciliary beat frequency. Reprod Toxicol. 1998; 12(1): 57-68.

Köroğlu D. Sigara İçen ve İçmeyen Gebe Kadınlarda Plasenta Kadmiyum, Kursun, Çinko, Bakır Ve Demir Düzeylerinin Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi TC Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2007.

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

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

Kutlu R. Aktif ve pasif sigara içiciliğinin gebelik ve fetus üzerine etkileri. TAF Preventive Medicine Bulletin Journal 2008; 7(5):445-448.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara 2014. 1-5.

Ladomenou F, Kafatos A, Galanakis E. Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. Acta Paediatr 2007; 96: 1441 – 4.

Lamberti LM, Walker CLF, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC public health* 2011;11(3):1-12.

Larsen S, Haavaldsen C, Bjelland E K, Dypvik J, Jukic AMZ, Eskild A : Placental weight and birthweight: the relations with number of daily cigarettes and smoking cessation in pregnancy. Published in *International journal of epidemiology* 2018

Law, C.M. and A.W. Shiell, Is blood pressure inversely related to birth weight? The strength of evidence from a systematic review of the literature. *Journal of hypertension*, 1996. 14(8): p. 935-942.

León-Cava, N., Lutter, C., Ross J., Martin L. Quantifying The Benefits Of Breastfeeding: A Summary Of The Evidence. Pan American Health Organization. Washington; 2002.

Madazlı R. Plasenta. "Plasenta", İstanbul, 2008, 1, ss. 3-9.

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

Marakoğlu K, Sezer R. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 2003; 25(4): 157-164.

Mayhew TM, Brotherton L, Holliday E, et al.: Fibrin-type fibrinoid in placentae from pregnancies associated with maternal smoking: association with villous trophoblast and impact on intervillous porosity. *Placenta*. 24(5):501-9; 2003.

McCarter-Spaulling DE, Kearney MH. Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 2001, 30: 515-522.

Mochizuki M, Maruo T, Masuko K, Ohtsu T. Effects of smoking on fetoplacental-maternal system during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1984 Jun 15;149(4):413-20. PubMed PMID: 6203408.

Mumcu A. Hamilelik ve sigara.

<http://www.mumcu.com/html/article.php?sid=268>. Erişim Tarihi: 01 Kasım 2012.

Mund M, Louwen F, Klingelhofer D, Gerber A. Smoking and pregnancy — a review on the first major environmental risk factor of the unborn. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2013; 10: 6485-6499.

Nakamura MU, Alexandre SM, Kuhn dos Santos JF, de Souza E, Sass N, Auritscher Beck AP, Trayna E, Andrade CM, Barroso T, Kulay Júnior L. *Obstetric*

and perinatal effects of active and/or passive smoking during pregnancy. Sao Paulo Med J 2004; 122(3):94-8.

Nicholas Z, Hu N, Ying J, Soisson P, Dodson M, Gaffney DK. Impact of Comorbid Conditions on Survival in Endometrial Cancer. Am J Clin Oncol 2012 Dec 13

Nusbaum ML, Gordon M, Nusbaum D, McCarthy MA, Vasilakis D. Smoke alarm: a review of the clinical impact of smoking on women. Prim Care Update Ob Gyns. 2000; 7(5): 207-214.

Orial, M. O. B., Ximenes, L. B., Almeida, P. C., Glick, D. F. and Dennis, C. L. 2009. Psychometric Assessment of the Brazilian Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale,

Ott WJ: Intrauterine growth retardationand preterm delivery. Am J Obstet Gynecol, 168:1710, 1993.

Özkaya Y. Preterm eylem ve preterm erken membran rüptürü olgularında serum ferritin düzeyi. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi. İstanbul, Türkiye. 2005.

Özmen B. Gebelikte sigara içiminin plasenta ve yenidoğan üzerine etkileri. Uzmanlık Tezi. İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye. 2004.

Public Health Nursing Vol:26, No: 6, pp. 574–583 0737-1209, doi: 10.1111/j.1525-1446.2009.00817.x.

Raw M, Anderson P, Batra A, Dubois G, Harrington P, Hirsch A, Le Houezec J, McNeill A, Milner D, Poetschke Langer M, Zatonski W; WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. World Health Organization European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence. Tob Control. 2002 Mar;11(1):44-6.

Rogers J. Tobacco and pregnancy Reproductive Toxicology Volume 28, Issue 2, September 2009, Pages 152-160.

Rush D: Effects of smoking on pregnancy and newborn infants. Am J Obstet Gynecol. 15;135(2):281-4; 1979.

Sadler, T.W.: Langman Medikal Embriyoloji. Çev. Ed. Basaklar, C., 98-117. 9. Baskı, Palme Yayıncılık , Ankara, 2005.

Salihu HM, Aliyu MH, Pierre-Louis BJ, Alexander GR. Levels of excess infant deaths attributable to maternal smoking during pregnancy in the United States. *Matern Child Health J.*2003; 7(4): 219-27.

Samur, G., Anne Sütü. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2008.

Savino, F., Fissore, M.F, Liguori, S., Oggero, R.. Can hormones contained in mothers' milk account for the beneficial effect of breast-feeding on obesity in children? *Clinical Endocrinology*, 2009; 71, 757–765.

Savino, F., Liguori, S. Update on breast milk hormones: Leptin, ghrelin and adiponectin. *Clinical Nutrition*, 2008; 27, 42–47.

Secker-Walker RH, Vacek PM, Flynn BS, Mead PB. Estimated gains in birth weight associated with reductions in smoking during pregnancy. *J Reprod Med.* 1998; 43(11): 967-74.

Shah NR, Bracken MB A systematic review and meta-analysis of prospective studies on the association between maternal cigarette smoking and preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2000 Feb;182(2):465-72.

Shane B. Preventing postpartum hemorrhage: managing the third stage of labor. 2001 Sep; 19(3):1-8.

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

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

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

Sondergaard C, Henriksen TB, Obel C, Wisborg K. Smoking during pregnancy and infantile colic. *Pediatrics.* 2001; 108(2):342-6.

Steurer A, Rosenbaum P, Heller WD, Scherer G, Sennewald E, Funk B, Schmidt W. Effect of smoking and antioxidant vitamin concentrations of pregnant patients on birth weight of newborn infants. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 1999; 203(3): 110-4.

Stolzer, J.M., Breastfeeding and obesity: a meta-analysis. *Open Journal of Preventive Medicine*, 2011. 1(03): p. 88.

Suter MA, Anders AM, Aagaard KM. Maternal smoking as a model for environmental epigenetic changes affecting birthweight and fetal programming. *Mol Hum Reprod* 2013; 19(1): 1–6.

Suter T.M. ,Ewer M.S. Cancer drugs and the heart: importance and management *European Heart Journal*, Volume 34, Issue 15, 14 April 2013, Pages 1102–1111, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs181>.

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

Şahin EM, Özer C, Çakmak H, Tunç Z, Taştan K, Eneç Can FN. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme ve bırakma durumları. *T. Ü. Tıp Fak Derg* 2007; 24: 1-4.

Şeftalioğlu, A.: Fetal Membranlar ve Plasenta, “Genel Özel İnsan Embriyolojisi”. 143–66, 3. Baskı, Feryal Matbaası, Ankara, 1988.

Tarhan P. Gebelikte Sigara Kullanımı Ve İlişkili Faktörler Yüksek Lisans Tezi T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı.11.Baskı. ISBN: 975-94661-0-4 Ankara-2012.

The Apgar Score. Committee Opinion No 644. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet and Gynecol* 2015; 126(4): e52-5

Toivonen S, Heinonen S, Anttila M, et al.: Reproductive risk factors, Doppler findings, and outcome of affected births in placental abruption: a population-based analysis. *Am J Perinatol*. 19(8):451-60; 2002.

Turan C, Özcan T, Kaleli B, Danışman N, Sayılğan A, Gökmen O. Preterm erken membran rüptüründe risk faktörleri. *Perinatoloji Dergisi Haziran* 1995; 3(1): 30-32.

Uncu G. Sigaranın Fertilite ve Gebelik Üzerine Etkileri. *Sigara ve Sağlık Ed. Özyardımcı N. Bursa*. 2002: 257-295.

Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerström test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks* 2004;52: 115-121.

Viswanathan AN1, Feskanich D, De Vivo I, Hunter DJ, Barbieri RL, Rosner B, Colditz GA, Hankinson SE. Smoking and the risk of endometrial cancer: Results from the Nurses' Health Study. *Int J Cancer* 2005; 114: 996-1001.

Wang X, Zuckerman B, Pearson C, et al.: Maternal cigarette smoking, metabolic gene polymorphism, and infant birth weight. JAMA. 9;287(2):195-202; 2002.

WHO. Global status report on noncommunicable diseases. 2014.

WHO. The scientific basis of tobacco product regulation. World Health Organization; 2007.

WHO. Fact sheet on ingredients in tobacco products. 2015.

WHO, 10 facts on breastfeeding
2015;[http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/\[17/10/2015\]](http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/[17/10/2015]).

Windham GC, Eaton A, Hopkins B. Evidence for an association between environmental tobacco smoke exposure and birthweight: a meta-analysis and new data. Paediatr Perinat Epidemiol. 1999; 13(1):35-57.

Winer N, Hamidou M, El Kouri D, Philippe HJ: Maternal and obstetrical risk factors of placental vascular pathology. Ann Med Interne 154(5-6):316-24;2003.

Wojnar D: Maternal perceptions of early breastfeeding experiences and breastfeeding outcomes at 6 weeks. Clinical Effectiveness in Nursing Volume 8, Issue 2, June 2004, Pages 93-100; 2004

World Health Statistics – 2010. World Health Organization.

World Health Statistics – 2013. World Health Organization.

World Health Organization - 2009. Infant and Young Child Feeding. Geneva.

World Health Organization - 2003 Infant and young child feeding. Geneva; Available from:
[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/en/index.html.\[10/12/2015\]](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/en/index.html.[10/12/2015])

Yiğit F. Erken Postpartum Dönemde Süt İnme Refleksinin Uyarılmasının Farklı Yöntemlerle Karşılaştırılması. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul; 2005.

Yiğit Kurtuluş E, Tezcan S, Tunçkanat H. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara 2008, Türkiye 2009.

10.EKLER

EK-1. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Konusu Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/08/2019-E.63870



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 28233352-302.14.01-
Konu : Eyšan BALCIOĐLU'nun Tez Konusu.

SBE EBELİK ANABİLİM DALI BAŐKANLIĐINA

Enstitümüzün 02.08.2019 tarih ve 23/12 sayılı Yönetim Kurulu Toplantısında, Ebelik Anabilim Dalı 141336002 numaralı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Eyšan BALCIOĐLU'nun 25.07.2019 tarihinde yapılan tez savunma sınavında, içeriği aynı kalmak koşulu ile "**Gebelikte Sigara İçiminin Plasentaya Etkilerinin Histopatolojik Olarak İncelenmesi**" olan ancak jüri üyeleri tarafından "**Gebelikte Sigara İçiminin Plaseenta, Emzirme Öz-Yeterlilik ve Yenidođan Parametrelerine Etkisi**" olarak değiştirilerek kabul kararı verilen tez savunma sınavının, tez başlığı değişikliği için etik kurul onayı alınması kaydı ile kabul edilmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Bilal-i Habeş GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü V.



EK- 2. Etik Kurul Onayı

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	04 / 09 / 2019 / 20.478.486						
ARAŞTIRMANIN ADI	Gebelikte sigara içiminin plasenta, emzirme öz - yeterlilik ve yenidoğan parametrelerine etkisi						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Hayrunnisa YEŞİL - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yük. Lisans Öğr., Eşyan Balcıoğlu, Doç.Dr. Seren Gülşen Gürgen						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS-DOKTORA-TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>			AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	07 / 08 / 2019 / Tarih ve 34950 Sayılı; dilekçe						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma adının değiştirilmesi konulu dilekçe incelenmiş, teklif edilen başlıkta "yenidoğan parametreleri" yerine "yenidoğan ölçümleri" ifadesinin kullanılması gerektiğine oy birliği ile karar verilmiştir.						
Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı /Adı /Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<i>M. Demet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Selhan ÜZBEY Spor Bilimleri Fakültesi	<i>S. Üzbe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	<i>B. ERSOY</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD	<i>S. Altan</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<i>B. Özyurt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	<i>N. Güngör</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Pınar ÇELİK Göğüs Hastalıkları A.D.	<i>P. Çelik</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Ömer TETİK Kardiyoloji AD	<i>O. Tetik</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Şİvli Üye Hüseyin TUNÇAY		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<i>T. Çavuşoğlu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir</u>, Araştırma Başvuru Formunun Taahhütsame - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;"><i>M. Demet</i> Başkan</p>							

EK-3. Kurum İzin Yazısı



T.C.
MANİSA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Yöneticiliği



Sayı : 94213349/604.02
Konu : Eysan BALCIOĞLU Araştırma
Başvurusu

MANİSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(EĞİTİM VE AR-GE BİRİMİNE)

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Eysan Balcıoğlu'nun onay verildikten sonra 18 ay içerisinde hastanemizin Morris Şinasi Yerleşkesi Doğum Salonu biriminde, Öğretim üyesi Yard. Doç.Dr. Hayrunnisa Yeşil ve Doç.Dr.Seren Gülşen Gürgen ile birlikte "Gebelikte sigara içiminin plasentaya etkilerinin histopatolojik olarak incelenmesi" konulu tez çalışması yapması hastanemizin Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüş olup ilgili belgeler yazı ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim

e-İmzalıdır.
Uzm. Dr. Habil YÜCEL
Hastane Yöneticisi ve Başhekim

EKLER:

- 1- EYŞAN BALCIOĞLU KLİNİK ARAŞTIRMA ÖN İZİN FORMU
- 2- EYŞAN BALCIOĞLU KLİNİK ARAŞTIRMA EVRAKLARI

MERKEZ EFENDİ DEVLET HASTANESİ E BLOK. KAT 2

Faks No:

e-Posta: ozden.aksoy2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: ozden.aksoy2@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 90276686-996e-423b-9d0a-5bf731b23b6d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Özden AKSOY

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:2315

EK-4. Tanıtıcı Bilgi Formu

ANKET FORMU

Bu çalışma, gebelikte sigara kullanımının plasenta üzerinde herhangi bir etkisinin olup olmadığının incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Doğum sonrası, hastaneden taburculuk öncesi yüz yüze ve doğumu izleyen ilk 10 gün sonrasında telefon görüşmesi ile yapacağımız değerlendirme ile emzirme ile ilişkisi olup olmadığı da değerlendirilecektir.

Sorularınıza vereceğiniz cevaplar sadece istatistiki bilgi olarak değerlendirilecek, tüm cevaplarınız ve kimlik bilgileriniz bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde gizli tutulacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Gebelikte Sigara İçiminin Plasentaya Etkilerinin Histopatolojik Olarak İncelenmesi Çalışması Anket Formu

EK 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Dosya no:

Görüşmenin yapıldığı tarih:

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Evlilik durumunuz:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|----------|
| 1. Evli, resmi nikah var | 2. Evli, imam nikahı var | |
| 3. Boşanmış ya da ayrı yaşıyor | 4. Eşi vefat etmiş | 5. Bekar |

3. Eğitim durumunuz nedir ?

- | | | |
|---------------------|----------------|-----------------------------------|
| 1. Okur yazar değil | 2. Okur yazar | 3. İlkokul mezunu |
| 4. Ortaokul mezunu | 5. Lise mezunu | 6. Yüksekokul / Üniversite Mezunu |

4. Mesleğiniz nedir ?

- | | | |
|---------------|-----------|---|
| 1. Ev hanımı | 2. Memur | 3. Sağlık personeli (ebe-hem, hekim vs) |
| 4. İşçi | 5. Çiftçi | 6. Serbest meslek |
| 7. Diğer..... | | |

5. Gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|
| 1. Gelir giderden az | 2. Gelir gideri karşılıyor | 3. Gelir giderden fazla |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|

6.Sosyal güvenceniz var mı?

1. Hayır 2. Evet

7.Obstetrik öykünüz;

- Kaç gebelik geçirdiniz ? (G) : Kaç doğum yaptınız ? (P) :
Kaç düşük yaptınız ? (A) : Yaşayan çocuk sayınız kaçtır ? (Y) :
Erken doğum öykünüz var mı?: Anomalili bebek var mı?:

8.Son adet tarihinizin (S.A.T) ilk gününü söylemişsiniz ? (anne son adet tarihini hatırlamıyorsa olasılıklı doğum tarihi (O.D.T) ve gestasyon haftası ultrasonografiye göre belirnecektir)

S.A.T: O.D.T:

Gestasyon haftası :

Anne S.A.T bilmiyorsa USG gestasyon haftası:

9.Gebe kalmadan önce eşinizle birlikte gebeliğinizi planladınız mı?

- 1-Evet,planlı bir gebelik oldu.
2-Hayır,planlamadım. Beklemediğimiz gebelik oldu.
3- İstemediğimiz bir gebelik oldu.
4.Hayır planlamadım.Sonradan istedim
5-Diğer.....

10.Gebelik izlemine gebeliğinizin kaçınıcı haftasında başladınız?

.....

11.Gebelik izlemlerinizi düzenli yaptırabildiniz mi?

1. Hayır 2. Evet

12.Sigara içiyormusunuz?

1. Hayır (cevap hayır ise 18. Soruya geçin) 2. Evet

13.Eşiniz sigara içiyor mu?

- 1-Hayır (cevabınız hayır ise 20.soruya geçiniz) 2-Evet

14.Eşiniz birlikte bulunduğunuz ortamda, yanınızda sigara içiyor mu?

- 1-Evet 2-Hayır

15.Kaç yıldır (veya kaç aydır) sigara içiyorsunuz ?

.....

16.Gebeliğinizde sigara içtiniz mi?

- 1.Hayır 2.Evet(Günde kaç adet).....

17.Sigarayı gebeliğinizin hangi dönemlerinde içtiniz?

18.Şu anda sigara içiyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet (Günde kaç adet)

19.Gebelikte sigara kullanma nedeniniz nedir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Eşim içtiği için bende içmek istiyorum
2. Bebeğe ya da bana zararı olduğunu düşünmüyorum
3. Yıllardır içtiğim için alışkanlıktan içiyorum
4. Herhangi bir sorun yaşadığımda sigara beni rahatlattığı için içiyorum
5. Diğer (Belirtiniz)

20.Gebeliğinizde sigara konusunda(sigaraya başlamama, zararları,bırakma

vb) herhangi bir sağlık personelinden danışmanlık hizmeti aldınız mı?

- 1-Evet,ebe-hemşire, hekim gibi bir sağlık personelinden aldım
- 2-Hayır,hiçbir sağlık personelinden almadım
- 3-Diğer

21.Sigaranın anne karnındaki bebeğe verebileceği zararlar nelerdir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1-Bebeğime hiçbir zararı olmaz
- 2-Bebeğime verebilecek zararlar hakkında bilgim yok.
- 3-Bebeğim erken doğar
- 4-Bebeğim düşük kilolu doğar
- 5-Bebeğimin büyümesi daha yavaş olur
- 6-Bebeğimin sakat (kurt ağzı, tavşan dudak gibi anomalili) doğar.
- 7-Bebeğim doğduktan sonra sık hastalanır.
- 8-Bebeğimin zeka seviyesi düşük olur
- 9-Diğer.....

22.Gebelikte sigara içmiş olmanın; gebenin kendisine (bebeği dışında) getireceği zararlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1- Hiç bir zararı yoktur
- 2-Bana olabilecek zararı konusunda bilgim yok
- 3-Gebeliğimde düşük riski olur.
- 4-Gebeliğimde erken doğum riski olur
- 5-Gebeliğimde vajinal kanamalarım olur
- 6-Gebeliğimde sularım erken gelir
- 7-Gebeliğimde nefes darlığı,çabuk yorulma,halsizlik gibi belirtiler sık görülür
- 8-Diğer.....

23.Sigara içiyorsanız eğer bırakmayı düşünüyor musunuz?

1. Hayır (Nedenini belirtiniz)
2. Evet (Nedenini belirtiniz)

24.Gebelikte, eğer sigarayı azaltdıysanız nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Bulantı-kusma
2. Bebeğe zararı olması
3. Kokusunun rahatsız etmesi
4. Tiksınme
5. Eşimin baskısı ve desteği
6. Çevrenin baskısı ve desteği
7. Hemşirenin tavsiyesi ve desteği
8. Hekimin tavsiyesi ve desteği
9. Diğer (Belirtiniz).....

25.Sigaranın bebeğinize verebileceği zararlar sizi endişelendiriyor mu?

- 1.Hayır(cevap hayır ise 31. Soruya geçin)
- 2.Evet
- 3.Bilmiyorum

26.Sigaranın bebeğinize zarar verebileceği sizi ne düzeyde endişelendiriyor?

1. Çok fazla
2. Oldukça
3. Bir fikrim yok
4. Biraz
5. Endişelenmiyorum
6. Diğer (Belirtiniz).....

27.Sigara içen hamile annenin bebeğine vereceği zararlar nelerdir? (Birden fazla cevap işaretleyebilirsiniz)

1. Bilmiyorum
2. Hiçbir zararı yoktur
3. Bebekte gelişme geriliği yapar
4. Bebekte zeka geriliği yapar
5. Bebekte akciğer hastalıklarına neden olur
6. Ölü doğuma neden olur
7. Erken doğuma neden olur
8. Yüksek tansiyon riskini artırır
9. Düşük riskini artırır
10. Diğer (Belirtiniz).....

EK:2 DOĞUM ÖYKÜSÜ VE PLASENTAYA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1.Plasenta bebeğin doğmasından ne kadar süre sonra ayrıldı

- 1.İlk 15dk içinde
- 2.İlk 30dk içinde
3. 45dk içinde
- 4.Bir saat içinde
- 5.1 saatten fazla sürede

2.Plasantanın ayrılması için herhangi bir işlem yapıldı mı?

1. İlaç uygulaması
- 2.Küretaj
- 3.Mekanik işlem(kontrollü traksiyon)

3.Plasantanın ağırlığı.....

4. Bebeğin doğum ağırlığı.....

5.Bebeğin doğum boyu/baş çevresi?...../.....

6.Bebeğin 1.ve 5. Dk apgar skoru/.....

EK:3 EMZİRME DURUMUNA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

(Doğum sonrası 24. saati takiben yapılan değerlendirme)

1. Çocuğunuza ağızdan ilk olarak verdiğiniz gıda nedir?

1. Kolostrum (anne memesinde ilk oluşan süt) 2. Hazır mama 3. Şekerli su
4. Diğer (belirtiniz).....

2. Doğumdan sonra bebeğinizi ilk ne zaman emzirdiniz?

1. Doğumdan sonra ilk bir saat içinde 2. İlk iki saat içinde 3. Diğer

3. Bebeğinizi şu an hangi düzeyde emziriyorsunuz?

1. Sadece emziriyorum 2. Anne sütü ile birlikte mama veriyorum
3. Sadece mama veriyorum

4. Anne sütü dışında başka gıda veriyorsanız nedenini belirtiniz?

1. Sütüm yetmiyor.
2. Bebek emmek istemiyor.
3. Anneye bağlı sağlık sorunları var
4. Bebeğe bağlı sağlık sorunları var
5. Diğer

EK:4 DOĞUM SONRASI DÖNEM EMZİRME DURUM

DEĞERLENDİRME

(Postpartum 10. günden sonra yapılan emzirme değerlendirmesi)

1. Bebeğinizi şu an hangi düzeyde emziriyorsunuz?

1. Sadece emziriyorum 2. Anne sütü ile birlikte mama veriyorum
3. Sadece mama veriyorum

2.Bebeginize anne sütü dışında başka gıda veriyor ya da emzirmeyi sürdürme ile ilgili skntı yaşıyorsanız, aşağıdaki sorunlardan hangilerinin etken olduğunu düşünüyorsunuz?

EVET

HAYIR

1. Emzirme ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamak
 2. Bebeğin memeyi almaması
 3. Sütün yeterli gelmediğini düşünme
 4. Çalışmaya balama
 5. Sigara kullanma
 6. Bebeğin yeterli kilo alamadığını düşünme
 7. Tecrübesizlik
 8. Meme baının içeri çökük-düz olması
 9. Memede yara-çatlak olması
 10. Sağlık sorunları(belirtiniz).....
 - 11.Bebeğe ait sağlık sorunları(belirtiniz).....
 12. Diğer (belirtiniz).....
-

EK-5. Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği

Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ)

Emzirmek ile ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her biri için seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1= Hiç emin değilim 2= Çok emin değilim 3= Bazen eminim 4= Eminim 5=Çok eminim

1. Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
2. Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim.	1	2	3	4	5
3. Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim	1	2	3	4	5
4. Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.	1	2	3	4	5
6. Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim	1	2	3	4	5
7. Emzirmek konusunda her zaman istekliyim.	1	2	3	4	5
8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim.	1	2	3	4	5
9. Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum	1	2	3	4	5
10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz.	1	2	3	4	5
11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.	1	2	3	4	5
12. Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim	1	2	3	4	5
13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
14. Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5

EK-6. Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik İzin Yazısı

Dennis tarafından 2003 yılında geliştirilen ve Aluş Tokat ve ark (2008) tarafından Türkçe güvenilirlik geçerliliği yapılan "Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kısa Formunun" kullanmanızdan memnuniyet duyacağız

Yrd.Doç. Dr. Merlinda Aluş Tokat

Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği

Emzirmek ile ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her biri için seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

- 1= Hiç emin değilim
2= Çok emin değilim
3= Bazen eminim
4= Eminim
5=Çok eminim

	Hiç emin		Çok		
	1	2	3	4	5
1. Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
2. Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim.	1	2	3	4	5
3. Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim	1	2	3	4	5
4. Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.	1	2	3	4	5
6. Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim.	1	2	3	4	5
7. Emzirmek konusunda her zaman istekliyim.	1	2	3	4	5
8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim.	1	2	3	4	5
9. Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum	1	2	3	4	5
10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz.	1	2	3	4	5
11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.	1	2	3	4	5
12. Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim.	1	2	3	4	5
13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5
14. Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5

değilim eminim

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği – Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği 1999 yılında Dennis tarafından geliştirilen 33 maddelik bir ölçektir. İlk olarak İngilizce konuşan 130 Kanadalı

kadın üzerinde uygulayarak Cronbach alfa değeri 0.96 bulunmuş ve maddelerin %73'nün madde-toplam korelasyonu 0.30 – 0.70 arasında değişmekteydi.

Daha sonra 2003 yılında ölçeği 14 maddelik bir ölçeğe indirerek Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kısa Formunu geliştirmiştir. Kısa form ölçeğinin madde-toplam korelasyonu 0.60'ın altındadır. Kısa form ölçeğinin değerlendirilmesi 491 emziren anneler üzerine uygulanarak 1, 6 ve 8. postpartum haftasında uygulanmıştır. Cronbach alfa değeri 0.94 bulunmuştur.

Emzirme Öz-Yeterliliği Kısa Form Ölçeği 5 puanlı Likert Tipi ölçeğidir 1= “Hiç emin değilim” ve 5 = “Her zaman eminim”. Bandura'nın (1998) önerdiği gibi tüm maddeler pozitif yöndedir. Ölçekten alınabilir minimum puan 14 maximum 70. **Yüksek puan, yüksek emzirme öz-yeterlilik göstergesidir.**

Dennis kullanım için kısa formu önermektedir daha kolay uygulama ve öz-yeterliliği doğru değerlendirmektedir.

KAYNAKÇA:

Tokat Alus M., Okumus H., Dennis C-L. Translation and psychometric assessment of the breastfeeding self-efficacy scale—short form among pregnant and postpartum women in Turkey. Midwifery (2010)

EK-7. Fagerström Bağımlılık Testi

FAGERSTRÖM BAĞIMLILIK TESTİ

1- Günde kaç sigara içiyorsunuz?

- En çok 10 tane
 11-20 tane
 21-30 tane
 En az 31 tane

2- Sabah ilk sigarayı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- En çok 5 dakika
 6-30 dakika
 31-60 dakika
 60 dakikadan fazla

3- Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?

- Evet Hayır

4- Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan hangisi size en hoş geliyor, diğer bir deyişle vazgeçilmesi en zor olanı hangisi?

- Günün ilk sigarası Diğer herhangi biri

5- Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı içersiniz?

- Evet Hayır

6- Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olduğunuzda da sigara içer misiniz?

- Evet Hayır

EK-8. Gönüllü Olur Formu

ÇALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) :

Sigara İçiminin Bebeğin Eşine Etkilerinin İncelenmesi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Sigara, nikotin isimli bağımlılık yapıcı bir maddenin 4000’den fazla zehirli maddeyle bir arada bulunduğu üründür. Gebelikte sigara içimi, gebeliğin 20.haftasından itibaren doğum sonrası 28.güne kadar olan süreyi kapsayan perinatal dönemde, hastalık ve ölüm için çok önemli fakat önlenabilir büyük risk faktörüdür. Perinatal dönemde içilen sigaranın anneye ait risklerinin başlıcaları; Plasenta’nın (bebeğin eşi) yanlış yere yerleşmesi (plasenta previa), plasentanın bebek doğmadan önce ayrılması (ablasyo plasenta), annenin sularının erken gelmesi (Erken Membran Ruptürü) ve erken doğum gibi gebelikte yüksek riskli durumlardır. Gebelikte sigara içimi anne karnında bebeğin ve plasentanın gelişimi için de olumsuz bir etkendir . Bu araştırmada yürütülecek anket çalışması ve plasentaların labarotuvarda ortamında incelenmesi ile gebelikte sigara içiminin neden olabileceği anne plasentasındaki değişimler incelenecek, plasenta sağlığının sigaradan etkilenmesi belirlenecek ve doğum sonrası emzirme durumunuz değerlendirilecektir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Çalışacağımız materyaller bebeğinizin doğumundan sonra ayrılan, sizinle ve bebeğinizle bir bağlantısı kalmayan bebeğin eşi, göbek kordonu ve kordon kanı gibi

kısımlar olacaktır, alınacak çok küçük parçalar ile laboratuvar incelenmesi gerçekleştirilecektir ve yapacağımız hiçbir işlem bebeğine ya da size etki etmeyecek ve sizlere herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır. Doğum sonrası hastaneden taburculuk öncesi yüz yüze ve doğumu izleyen ilk 10gün sonrasında telefon görüşmesi ile yapacağımız değerlendirme ile emzirme ile sigara kullanımının ilişkisi olup olmadığı değerlendirilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmamıza katılımınız araştırmamız için çok değerli olmakla birlikte konuyla ilgili elde edilecek sonuçlar sigara kullanımının bebeğin eşine dolayısıyla bebeğe ve doğum sonrasında bebeğin beslenmesine etkileri üzerine ortaya konmuş bir kaynak niteliğinde olacaktır. Konuyla ilgili toplumda özellikle kadın popülasyonunda artış gösteren, gebelik ve lohusalık döneminde, emzirme süresince devam eden sigara kullanımı konusu ile ilgili alınabilecek önlemler açısından kaynak oluşturacak konuyla ilgili yapılacak araştırmalara ışık tutacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Çalışmamızın size ya da bebeğinize verebileceği herhangi bir zarar söz konusu değildir. Çalışmamızda kullanacağımız bebeğin eşi(plasenta), göbek kordonu ve kordon kanı gibi materyaller bebeğin doğumundan sonra iki taraflı kan akımını durduracak şekilde tutturularak kordon kesildiği için bebekle ve daha sonra plasenta anneden ayrıldığı için de anneye hiçbir bağlantısı kalmamaktadır. Plasenta ile çalışmamız bebekten ve sonrasında anneden tamamen ayrıldığında ve herhangi bir bağlantısı kalmadığında başlacaktır. Bu sayede anneye ya da bebeğe verebileceğimiz olası bir zarar bulunmamaktadır. Emzirme değerlendirme sürecinde de emzirme durumunuzu etkileyecek herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Sorularımıza vereceğiniz cevaplar sadece istatistiki bilgi olarak değerlendirilecek, tüm cevaplarınız ve kimlik bilgileriniz bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde gizli tutulacaktır. Kullanacağımız kişisel bilgi formunda kimlik bilgilerinizi tanımlayan ayrıntılı bilgi alınmayacaktır. Doğumu izleyen ilk 10 gün sonrasında telefon görüşmesi ile bebeğinizin emme durumu değerlendirileceği için sadece bu amaçla kullanılmak üzere sizinle iletişime geçebilmemiz adına iletişim bilgileriniz alınacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. SORUMLU ARAŞTIRMACI

Ünvanı, Adı Soyadı: Yrd.Doç.Dr. Hayrunnisa YEŞİL

Uzmanlık alanı ve İşyeri Histoloji ve Embriyoloji, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Manisa.

E-posta adresi ve GSM No: nimalisay@hotmail.com , 0555 264 94 95

2. YARDIMCI ARAŞTIRMACI

Ünvanı, Adı Soyadı: Yüksek Lisans Öğrencisi, Eysan BALCIOĞLU

Uzmanlık alanı ve İşyeri: Ebelik Bölümü, CBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa

E-posta adresi ve GSM No: eysanbalciogli@gmail.com , 0535 749 49 19

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:

Tarih ve İmza:

Adres ve Telefon:

*Veli / Vasinin Adı
Soyadı:*

Tarih ve İmza:

Adres ve Telefon:

Tanık¹ Adı Soyadı:

Tarih ve İmza:

Adres ve Telefon:

Araştırmacı² Adı Soyadı:

Tarih ve İmza:

Adres ve Telefon:

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-9. Yüksek Lisans Tez Çalışması Orijinallik Raporu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

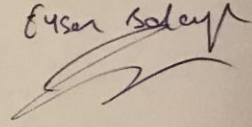
Tez Adı "Gebelikte Sigara İçiminin Plasentaya Etkilerinin Histopatolojik Olarak İncelenmesi"

Tezime ilişkin 11/07/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 26'dır.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

25.07.2019

İmza

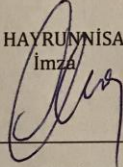


Adı Soyadı :Eysan Balcıoğlu
Öğrenci No :141336002
Anabilim Dalı :Ebelik Anabilim Dalı
Programı :Ebelik Tezli Yüksek Lisans Programı

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.

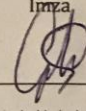
Dr.Öğr.Üyesi HAYRUNİSA YEŞİL

İmza



Doç. Dr. SEREN GÜLŞEN GÜRGEN

İmza



Açıklamalar

1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.

2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)

3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)

5-**İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;** aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.

7- **Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.**

8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihinde tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Eyşan	Soyadı	Balcıoğlu
Doğum Yeri	Konak	Doğum Tarihi	27.10.1990
Uyruğu	T.C.	Telefon	05357494919
E-mail	eysanbalciogli@gmail.com		

Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü	2013
Lise	Prof. Dr. Muzaffer Kula Lisesi	2007

İş Deneyimi Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Ebe/Doğumhane	Kamu Hastaneler Birliği Erzurum Horasan İlçe Devlet Hastanesi	2014- 2016
Ebe/Doğumhane	Kamu Hastaneler Birliği Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi	2016-2018
Ebe/Doğumhane	T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Şehir Hastanesi	2018-Halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Bilgisayar Program Bilgisi	Kullanma Becerisi
Microsoft (Word, Excell..)	İyi
SPSS	Orta