



T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**VAJİNAL DOĞUM YAPAN KADINLARDA GESTASYONEL  
SİGARA MARUZİYETİNİN YENİDOĞANIN DÜŞÜK DOĞUM  
AĞIRLIĞI VE İLK 3 SAAT İÇİNDE EMZİRİLMESİYLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ  
NAZLI SOYLU

TEZ DANIŞMANI  
YRD. DOÇ. DR. ÖZLEM ÖRSAL

ESKİŞEHİR - 2011

T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

VAJİNAL DOĞUM YAPAN KADINLARDA GESTASYONEL SİGARA  
MARUZİYETİNİN YENİDOĞANIN DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIĞI VE  
İLK 3 SAAT İÇİNDE EMZİRİLMESİYLE İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ  
NAZLI SOYLU

TEZ DANIŞMANI  
YRD. DOÇ. DR. ÖZLEM ÖRSAL

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Nazlı SOYLU Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “**Gebelikte sigara içiminin normal doğum yapan kadınlarda düşük doğum ağırlığı ve emzirmeye etkisi**” başlıklı bu çalışma jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek “KABUL” kararı verilmiştir.

10.10.2011

Prof. Dr. S .Sinan ÖZALP  
JÜRİ BAŞKANI

Prof.Dr.Alaaddin ÜNSAL  
ÜYE

Yrd. Doç.Dr. Özlem ÖRSAL  
ÜYE

Yrd.Doç.Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN  
ÜYE

Yrd.Doç.Dr. F.Deniz SAYINER  
ÜYE

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .....13..10.2011... tarih ve ...890/4.138..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

  
Prof.Dr.Kazım ÖZDAMAR  
Sağ.Bil.Enst.Müdürü

## ÖZET

### **Vajinal Doğum Yapan Kadınlarda Gestasyonel Sigara Maruziyetinin Yenidoğanın Düşük Doğum Ağırlığı ve İlk 3 Saat İçinde Emzirilmesiyle İlişkisi**

**Amaç:** Bu çalışmada, vajinal doğum yapan kadınlarda gestasyonel sigara maruziyetinin yenidoğanın düşük doğum ağırlığı ve ilk 3 saat içinde emzirilmesiyle ilişkisini incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışma 2010-2011 tarihleri arasında İstanbul'da Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğumhanesinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Veriler LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ile gebe ve yenidoğana ait bilgi formu aracılığıyla yüzyüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS 15.0 paket programı kullanılarak T testi, tek yönlü varyans analizi, Ki-kare testi ve Multivariate Logistik Regresyon analizi yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamıza katılan 488 gebenin %48,8' inin gebelikleri süresince sigara içtiği, %25,2' sinin bebeklerinin DDA' lı olduğu, bebeklerin %73,8' inin ilk 1 saat içinde aktif emdiği, %7,1' inin ise ilk 3 saatte hiç emmediği belirlendi. Gebelik süresince sigara içen kadınların bebeklerinde DDA riskinin 56,3 kat arttığı bulundu. Gebeliğinde demir ve vitamin kullanmayan kadınların bebeklerinde DDA riskinin 4,8 kat arttığı saptandı. Emzirme deneyimi olmayan annelerin bebeklerinde ilk 3 saatte emmeme riskinin 3,2 kat arttığı belirlendi. Gebelik süresince sigara içen annelerin bebeklerinde ilk 3 saatte emmeme riskinin 3 kat arttığı bulundu.

**Sonuç:** Gebe kadınlarda sigara içme önemli bir sağlık sorunudur. Gebelikte sigara içen kadınlar arasında bebeğinin DDA' lı olması ve ilk 3 saatte emmemesinin yüksek olduğu belirlendi. Sigara içen gebelerin, hastanelerin sigarayı bırakma polikliniklerine başvurması sağlanarak, onlara danışmanlık ve tedavi olanakları sunulmalıdır. Doğum sonu dönemde DDA' lı bebeklerin uygun şekilde bakımı ve bu bebeklerin daha çok emzirilmesine özen gösterilmesi sağlanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** DDA, emzirme, sigara, gebelik

## ABSTRACT

### **The relationship of gestational exposure to smoking with low birth weight and breastfeeding of the newborn in first 3 hours in women who delivered vajinally**

**Purpose:** In this study, we purposed to investigate the relationship of gestational exposure to smoking with low birth weight and breastfeeding of the newborn in first 3 hours in women who delivered vajinally.

**Method:** This study is a cross-sectional study where is carried out in the delivery room of Zeynep Kamil Women and Children's Diseases Training and Research Hospital between the dates 2010-2011 in İstanbul. The data is collected through with LATCH (Breastfeeding Charting System), Fagerstrom Test for Nicotine Dependence of pregnant women and information form for pregnant women and newborn with face to face interview technique. By using the SPSS 15.0 statistical package program in statistical evaluation of data, T-test, one-way analysis of variance, chi-square test and multivariate logistic regression analysis were performed.

**Results:** It was determined that 48,8% of them smoked cigarettes during their pregnancy in 488 pregnant women who has joined our study, 25,2% of them had LBW newborns, 73,8% of babies sucked actively within first 1 hour, 7,1% of babies ever didn't suck in first 3 hours after the labor. It is found that the risk of LBW increased 56,3-fold in the babies of women who smoke during their pregnancy. It is determined that the risk of DDA increased 4,8-fold in the babies of women who don't use iron and vitamin during their pregnancy. It is determined that the risk of non-sucking in first 3 hours increased 3,2-fold in the babies of women who have no experience of breastfeeding. It is found that the risk of non-sucking in first 3 hours increased 3-fold in the babies of women who smoke during their pregnancy.

**Conclusion:** Smoking in pregnant women is an important health problem. Between the women who smoke in their pregnancy were determined that their babies have LBW and a high rate of non-sucking in first 3hours. By providing to apply the pregnant women who smoke to the smoking cessation clinics of hospitals, consulting and treatment facilities must be provided to them. At postpartum period, taking pains to perform maintenance in accordance with babies who have LBW and to more breastfeeding of these babies should be provided.

**Keywords:** LBW, breastfeeding, smoking, pregnancy

## İÇİNDEKİLER

Kabul ve onay sayfası.....	iv
Özet.....	v
Abstract.....	vi
İçindekiler.....	vii
Çizelge dizini.....	ix
Tablo dizini.....	x
Şekil dizini.....	xi
Simge ve kısaltmalar dizini.....	xii
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	
2.1. Düşük Doğum Ağırlıklı Bebekler (DDA).....	3
2.1.1. DDA' ya Neden Olan Risk Faktörleri.....	3
2.1.2. DDA ve Gebelikte Sigara İçiminin İlişkisi.....	4
2.1.2.1. Sigara İçiminin Gebe Kadınlara Etkisi.....	4
2.1.2.2. Sigara İçiminin Fetüs ve Yenidoğanlara Etkisi.....	4
2.2. Emzirme.....	7
2.2.1. Anne Sütü.....	8
2.2.2. Emzirmede Yasal Mevzuat ve Bebek Dostu Hastaneler.....	12
2.2.3.Emzirmenin Başlatılması.....	14
2.2.3.1. Emzirme Sürecinde Anne Sütünün Değişimi.....	14
2.2.3.2. Emzirme Sıklığı ve Süresi.....	16
2.2.3.3. Emzirme Yöntemi.....	17
2.2.4. Emzirmeye Etki Eden Faktörler.....	18
2.2.5. Sigara İçiminin Emzirme ile İlişkisi.....	20
2.2.6. DDA' lı Bebeklerde Emzirme.....	21
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER</b>	
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	23

3.4. Araştırmanın Uygulanması.....	24
3.4.1. Veri Toplama Aracı.....	24
3.4.1.1. LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı.....	24
3.4.1. 2. Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi.....	25
3.4.1.3. Gebe ve Yenidoğana Ait Bilgi Formu.....	26
3.4.1.4. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	30
3.5. Araştırmanın Süresi.....	30
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	31
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	31
<b>4. BULGULAR</b>	
4.1. DDA Olan ve Olmayan Yenidoğan ile Annelerinin Özellikleri.....	33
4.2. İlk 3 Saatte Emen ve Emmeyen Yenidoğanın ile Gebelerin Özellikleri.....	44
<b>5. TARTIŞMA</b>	
5.1. DDA olan ve olmayan yenidoğan ile annelerinin özellikleri.....	56
5.2. İlk 3 Saatte Emen ve Emmeyen Yenidoğanın ve Gebelerin Özellikleri.....	67
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>80</b>
Kaynaklar dizini.....	82
<b>EKLER</b>	
EK-1 (Anket Formu).....	93
EK-2 (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurul Kararı).....	95
EK-2.1 (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurul Kararı).....	96
EK-3 (İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü' nün Anket Uygulama İzni).....	97
EK-4 (İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü' nün Protokol Yazısı).....	98
EK-5 (Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nin Anket Uygulama İzni).....	99
Özgeçmiş.....	100



## ÇİZELGE DİZİNİ

Çizelge 1: LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı.....	25
Çizelge 2: Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi.....	26

## TABLO DİZİNİ

<b>Tablo 1:</b> DDA olan ve olmayan yenidoğanların annelerinin bazı sosyodemografik özellikleri.....	35
<b>Tablo 2:</b> DDA olan ve olmayan yenidoğanların annelerinin bazı obstetrik ve gestasyonel özellikleri.....	37
<b>Tablo 3:</b> DDA olan ve olmayan yenidoğanlara ait bazı özellikler.....	39
<b>Tablo 4:</b> DDA olan ve olmayan yenidoğanların annelerinin bazı gestasyonel sigaraya maruziyet özellikleri .....	41
<b>Tablo 5:</b> Anne ve yenidoğana ait bazı özelliklerin DDA' ya göre dağılımı.....	42
<b>Tablo 6:</b> Logistik regresyon analizine göre çalışmamızdaki tüm bebeklerde DDA ile ilişkili bazı değişkenler.....	43
<b>Tablo 7:</b> Logistik regresyon analizine göre miadında doğan bebeklerde DDA ile ilişkili bazı değişkenler.....	44
<b>Tablo 8:</b> Emziren ve emzirmeyen annelerin bazı sosyodemografik özellikleri.....	46
<b>Tablo 9:</b> Emziren ve emzirmeyen annelerin bazı obstetrik öyküleri ve gestasyonel özellikleri.....	48
<b>Tablo 10:</b> İlk 3 saatte emzirilen ve emzirilmeyen yenidoğanlara ait bazı özellikler.....	50
<b>Tablo 11:</b> Emziren ve emzirmeyen annelerin bazı gestasyonel sigaraya maruziyet özellikler.....	51
<b>Tablo 12:</b> Anne ve yenidoğana ait bazı özelliklerin emzirmeye göre dağılımı.....	52
<b>Tablo 13:</b> Gebelikte sigaraya maruz kalmanın yenidoğana ait bazı özelliklere ve LATCH emzirme skoruna göre dağılımı.....	52
<b>Tablo 14:</b> Gebelikte sigara içme durumuna göre yenidoğanların aktif emmeye başlama zamanları.....	53
<b>Tablo 15:</b> Logistik regresyon analizine göre çalışmamızdaki tüm bebeklerin ilk 3 saatte emzirilmesi ile ilişkili bazı değişkenler.....	54
<b>Tablo 16:</b> Logistik regresyon analizine göre miadında doğan bebeklerin ilk 3 saatte emzirilmesi ile ilişkili bazı değişkenler.....	55

## ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1: Sigaranın içeriği .....	6
Şekil 2: Bebeğin sigara maruziyeti.....	6
Şekil 3: Memenin yapısı.....	7
Şekil 4: Emzirmenin gerçekleşmesi .....	8
Şekil 5: Anne-çocuk ilişkisi.....	9
Şekil 6: C tutuşu .....	18
Şekil 7: Doğru emen bebek .....	18
Şekil 8: Yanlış emen bebek .....	18
Şekil 9. Anne ve bebeğin doğum sonu emzirme ve doğumhanede kalış durumu.....	23
Şekil 10. Doğumhanede araştırmanın uygulanması.....	30

## **SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ**

**DDA:** Düşük Doğum Ağırlığı

**DSÖ** (WHO) (World Health Organization): Dünya Sağlık Örgütü

**UNİCEF** (United Nations International Children's Emergency Fund): Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu

**SGA** (Small for Gestational Age): Gestasyon Yaşına Göre Küçük

**TNSA:** Türk Nüfus Standartları Araştırması

**VKI** (BMI-Body Mass Indeks): Vücut Kitle İndeksi

**SAT:** Son Adet Tarihi

**USG:** Ultrasonografi

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıklı term bebeklerin doğum ağırlığı 2500 g ile 4500 g (3.ve 97. persantil) arasında değişebilir (15,30,124,126). Düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebek, preterm doğum (2/3) yada intrauterin gelişme kısıtlılığı (1/3) nedeniyle doğumda 2,500gr' dan daha az kilosu olan bebek anlamına gelir (132). DDA' lı bebekler, neonatolojinin riskli yenidoğan grubunun en önemli kısmını oluşturmaktadır (37). DDA' ya neden olan; annenin 18 yaş altı ve 35 yaş üstü olması, zayıf ve kısa boylu olması, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi, sık gebelik, sigara içimi, çoğul gebelik, stres, nulliparite, kötü beslenme, anemi, gebelik boyunca yetersiz kilo alımı, gebelik sırasında tıbbi bakımın yetersizliği, gebelikte annenin geçirdiği hastalıklar (hipertansiyon, toksemi vb.), evli olmamak, daha önceden DDA' lı bebeğin olması, alkol ve madde kullanımı, prekonsepsiyonel bakım almamak gibi birçok risk faktörü vardır (28,34,134,154). Özellikle gebelik sırasında annenin sigara içmesi DDA'lı bebek sahibi olma riskini artırmaktadır (21,29,41,60,67,80,89,107,110,122,128,130,135,138). Gebelikte sigara içmenin CO ve CO2 seviyesinin yükselmesine, utero-plasental kan akımının azalmasına ve fetüsün oksijenlenmesi ve beslenmesini bozarak, DDA' ya neden olduğu belirtilmiştir (56,89,135). Hem İstanbul ili, hem de yurtiçi ve yurtdışı çalışmalarda %4,8 ile %17 arasında DDA sıklığı rapor edilmiştir (25,29,67,128). DDA' lı bebekler doğumdan sonra daha uzun süre hastanede kalır, bakımları daha çok harcama gerektirir. Hayatlarının uzun döneminde sağlık problemleriyle karşılaşır, bir başka deyişle yaşam kaliteleri düşüktür (135). Tüm gebe kadınların sigarayı bırakmasının, fetüs ve infant ölümlerinde %10 azalma meydana getireceği bildirilmiştir (55,133). Gebelik süresince sigara içiminde yıllık %1 oranında düşüş sağlanırsa, 1300 DDA' lı bebeğin doğumunun önleneceği ve bu sayede bir yılda 21 milyon dolarlık tıbbi harcamanın azaltılacağı tahmin edilmektedir (83).

Emzirme, bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için en uygun, tüm besin öğelerini içeren eşi bulunmaz bir beslenme yöntemidir ve anne ile bebeğin sağlığı üzerine çok özel biyolojik ve duygusal bir etkiye sahiptir (2,30,38,61,79,86,124,126,128,153). Emzirme ile ilgili; genç anne yaşı, düşük eğitim seviyesi, evli olmamak, prekonsepsiyonel bakım almamak, isteksiz gebelik, gebelikte

sigara içimi, gebelik boyunca travmatik stres, vb. risk faktörleri sayılmaktadır (64). Bebeklerin sadece %39'unun doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başlanmış olması, anne sütü ile beslemeye başlamanın oldukça geç olduğunu göstermektedir (128). DDA' lı bebekler de başlangıçta sık ve etkili bir şekilde ememezler (124,126). Hatta gebelikte sigara içimi, emzirmenin erken döneminde bebeğin emmemesi yada emmeye geç başlaması açısından önemli bir risk faktörüdür (8,26,82,86). Emzirmeyi uzun dönemde değerlendiren çalışmalarda da sigara içen annelerin içmeyenlere göre daha az emzirdiği belirtilmiştir (8,26,35,64,65,68,86). Sigaranın emzirmeyi nasıl etkilediğine dair mekanizma ise tam olarak açıklanamamasına karşın, anne sütünün miktarı ve içeriğinin sigara içiminden ciddi şekilde etkilendiği bilinmektedir (27,130). Sigara içen annelerin süt miktarı, nikotinin prolaktin düzeyini bastırması sonucu azdır (68). Sigara içen annelerin süt miktarı, içmeyenlere göre %19 azalır ve yenidoğanlar daha az kilo alırlar (27,130). Sigara içen annelerin sütü nikotin içerir, bu yüzden bebekler beslenirken nikotin de almış olurlar (27,104,130). Annenin sigara içimi, bebeğin emerken hoşuna gitmeyen tad almasına, bebeğin iştahının azalmasına ve bebeğin daha az emmesine neden olur (82). Ayrıca anne sütü daha az yağ (65), vitamin E ve vitamin A içerir (104). Amerika Birleşik devletlerinde ilk altı ay boyunca etkili bir şekilde anne sütüyle beslenen yada emen yenidoğanlar için daha az hastane yatışına başvurulduğu, 911 tane ölümün önlendiği ve her yıl çoğu doğrudan sağlık harcamaları için kullanılan 13 milyar dolarlık bir harcamadan kurtulduğu belirtilmiştir (13).

Vajinal doğum yapan kadınların, doğumhanede bebeklerini emzirmeye başladıkları üç saat içinde, emzirme durumunun değerlendirilmesi, gestasyonel sigara maruziyetinin DDA' lı bebek doğurma ve emzirmeye ilişkisine yönelik Türkiye'de sınırlı sayıda çalışma olması bizi bu çalışmaya yönlendirmiştir. Bu çalışma, vajinal doğum yapan kadınlarda gestasyonel sigara maruziyetinin yenidoğanın düşük doğum ağırlığı ve ilk 3 saat içinde emzirilmesiyle ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Düşük Doğum Ağırlıklı Bebekler (DDA)

Dünya genelinde tüm doğumların %15,5' i DDA' lıdır. Gelişmekte olan ülkelerde DDA sıklığı (%16,5), gelişmiş ülkelerdekinden (%7) iki kat daha fazladır (132). DDA' lı yenidoğanlar 3 gruba ayrılabilir:

**1. Ağırlığı gestasyon yaşına uygun erken doğanlar** (preterm ya da prematüre bebekler): 37 haftadan önce doğan bebektir. 2500 gr' dan daha fazla ağırlıkta olabilir fakat immatür oluşu dezavantajdır. Preterm bebek olmanın komplikasyonları; hipotermi, hipoglisemi, solunum yetmezliği sendromu, enfeksiyon, sarılık, serebral hemaraji, pulmoner hemaraji,vb. dir (15,30,94,124,126).

**2. Erken doğan, aynı zamanda doğum ağırlığı gestasyon yaşına göre düşük olanlar** (preterm SGA veya preterm intrauterin büyüme kısıtlılığı olan bebekler) (15,30,94,124,126).

**3. Zamanında doğan, ancak doğum ağırlığı < 2500 gr olanlar** (term SGA veya term intrauterin büyüme kısıtlılığı) (15,30,94,124,126).

2. ve 3. maddede belirtilen bu gestasyon yaşına göre küçük bebekler, doğum ağırlığı, gestasyon yaşına göre 10. persentilin altında olan bebektir. Bu bebeklerin doğum ağırlığı daima 2500 gr altındadır ve sebebi gelişme kısıtlılığıdır. Gelişme kısıtlılığı olan bebeklerin komplikasyonları; intrapartum asfiksi, hipotermi, hipoglisemi, hipokalsemi, mekonyum aspirasyonu, vb.'dir (94). Preterm bebek daha çok hipotonikken, gelişme kısıtlılığı olan bebek genellikle uyanık ve aktiftir (94).

#### 2.1.1. DDA' ya Neden Olan Risk Faktörleri

Annenin 18 yaş altı ve 35 yaş üstü olması, annenin zayıf ve kısa boylu olması, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi, çoğul gebelik, stres, nulliparite, kötü beslenme, anemi, gebelik boyunca yetersiz kilo alımı, gebelik sırasında tıbbi bakımın yetersizliği, gebelikte annenin geçirdiği hastalıklar (hipertansiyon, toksemi

vb.), evli olmamak, daha önceden DDA' lı bebeğin olması, alkol ve madde kullanımı, prekonsepsiyonel bakım almamak, sigara içimi gibi birçok risk faktörü vardır (28,34,134,154).

### **2.1.2. DDA ve Gebelikte Sigara İçiminin İlişkisi**

Gebenin sigara içme alışkanlığı veya ortamdaki sigara dumanının solunması, yalnızca kendi sağlığını etkilemekle kalmayıp fetüsün gelişmesini, gebeliğin her safhasını, doğumu, bebek ağırlığını, sağlığını ve gelişimini etkileyebilmektedir (5,29,41,54,68, 107,120).

#### **2.1.2.1. Sigara içiminin gebe kadınlara etkisi**

Sigaranın gebe üzerinde; maternal hemoglobın seviyesinde düşme, maternal kan basıncında düşme, plasental perfüzyonda azalma, doğum komplikasyonları (27,81,100), fetal hipoksi-intrauterin ölüm, abortus, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü, plasenta previa, plasenta dekolmanı, preeklampsi, karbonhidrat intoleransı, maternal kan basıncında düşme, yetersiz laktasyon gibi etkileri bulunmaktadır (20,27,81,84, 85,100,130).

#### **2.1.2.2. Sigara içiminin fetüs ve yenidoğanlara etkisi**

Sigaranın fetüs üzerinde; intrauterin büyüme kısıtlılığı (4,73,154), DDA, artmış spontan düşük riski, konjenital anomali, ani bebek ölüm sendromu (ABÖS) (4,73), intellektüel gelişimde hafif gecikme, davranış anormallikleri, mental retardasyon, artmış kan basıncı, prematürite, dismatür akciğer oluşumu ve solunum problemleri, intraventriküler hemoraji, retinal vasküler anormallikler, infantil kolik, akciğer gelişimi ve işlevinde yetersizlik, huzursuzluk (20,51,52,84,85,130), neonatal ölüm, ölü doğum, kulak enfeksiyonu, daha fazla soğuk algınlığı, mide ülserleri, kalp hastalıkları, kanser, inme gibi etkileri vardır (20,27,54,81,84,85,130).

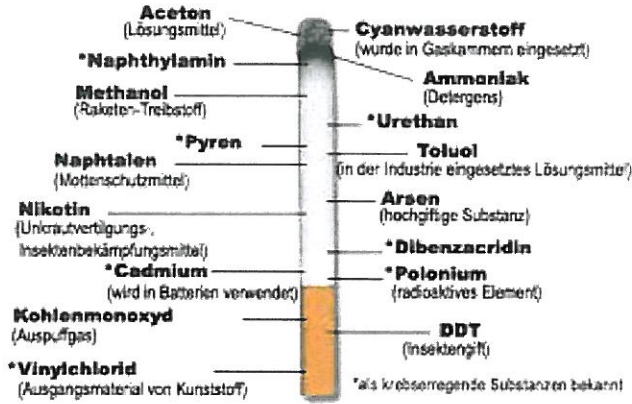
Sigaranın, insan vücuduna olumsuz etkileri olabilen binlerce bileşeni içerisinde en önemlisi nikotin ve karbonmonoksittir (9,55,62,150) (şekil 1). Nikotin, adrenalın



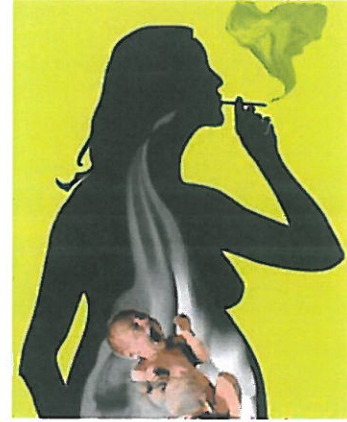
salınımını uyararak vazokonstriksiyon etkisiyle uterus ve umbilikal arterlerin perfüzyonunu düşürür ve bu durum, fetüse olan kan akımının azalmasına neden olur (9,57,62,150).

Nikotin kolayca plasenta yoluyla fetal kısma ulaşır ve fetal konsantrasyonu genellikle annedekinden %15 daha fazladır. Nikotin fetal kan, amniyotik sıvı ve anne sütünde yoğunlaşır. Nikotinin amniyotik sıvıdaki konsantrasyonu, anne kanından %88 daha fazladır (şekil 2). Nikotinin antenatal etkileri çoğunlukla, uterin arteriyel kan akışında tahmin edilebilir bir düşüş, umbilikal arteriyel kan akışında değişken farklılıklar, fetal oksijenasyon ve asit-baz dengesinde değişken farklılıklardır. Nikotin fetal kalp hızında düşüş ve ortalama arteriyel basınçta artışa da neden olur. Bunun yanında karbonmonoksit de plasentaya hızlıca geçer ve fetal dolaşımında maternal kandan %15 daha fazla saptanır. Karbonmonoksit hemoglobin ile bağlanarak düşük oksijen kapasitesi olan karboksihemoglobin halini alır. Karboksihemoglobin, oksijen konsantrasyonunu düşürerek, oksijenin fetal dokularda kullanılabilirliğini azaltır. Uygun fetal büyüme ve gelişme için fetal dolaşımında yeterli besin ve oksijene gereksinim vardır. Sigara içilmesinden kaynaklanan bu uygunsuz durumlar, fetal büyüme ve gelişmeyi etkiler. Fetüs bu hipoksik ve hipoglisemik durumun zararlı etkilerinden korunmak için bazı adaptasyon mekanizmaları kullanır (fetal hareketlerin azalması, beyin-kalp gibi vital organlara kan akışının, kırmızı kan hücrelerinin, fetal hepatik glikogenezisin artışı gibi) (9,57,62,150). Nikotin transferi öyledir ki, fetusun nikotine maruziyeti anneden daha fazla olur ve nikotine maruz kalan fetüslerde otonom sistemin bozulması nedeniyle kalp hızı variabilitesi azalır (29). Ayrıca nikotinin adrenalın salınımını uyarması ve vazokonstriksiyon oluşturması sebebiyle, diğer zararlı bileşik olan kadmiyum (cadmium) ve çinkonun plasentaya geçişi engellenir (57).

Şekil 1: Sigaranın içeriği



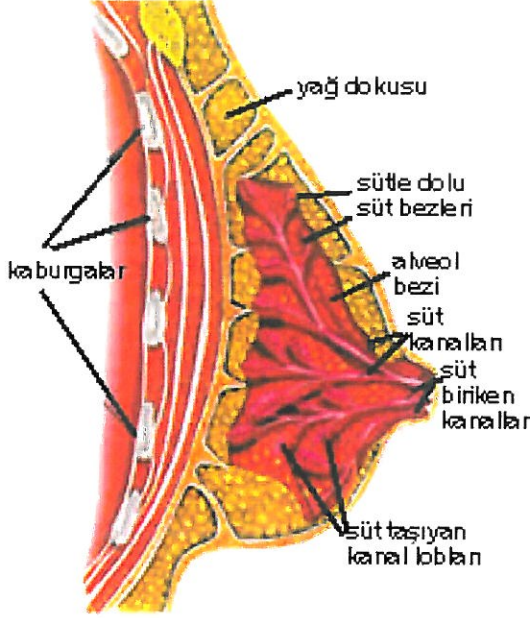
Şekil 2: Bebeğin sigara maruziyeti



Yeni doğanın ağırlığı, sigara içen annelerde içmeyenlere göre ortalama 175-300 gr daha azdır (52,57,84,130). DDA, günde içilen sigara sayısı ile ya da pasif içici (“yan akım”) olarak sigarayla karşılaşma miktarı ile doğrudan ilişkilidir (57). Yapılan çalışmalar da, sigara içen annelerin DDA’ lı bebek dünyaya getirme riskinin yüksek olduğunu göstermiştir (21,29,41,57,60,67,80,89,107,110,122,128,130,135,138). Gebelik öncesi sigara içenlerin çoğu gebeliğin 4. haftasına kadar gebeliğin farkına varamadıklarından sigara içmeye devam etmektedir (130). Birçok kadın gebeliğin varlığının kesinleşmesinden sonra zararlı etkilerle karşılaşma konusunda duyarlı olmakla beraber, bazıları gebeliğin erken haftalarında zararlı etkenlere maruziyet konusunda aynı bilince sahip değildir (55).

## 1.2. Emzirme

Şekil 3: Memenin yapısı



Anatomik olarak, her matür süt bezi veya meme 15-25 lobdan oluşmaktadır. Loblar dairesel olarak dizilmişlerdir ve birbirlerinden değişken miktarlarda yağ dokusuyla ayrılır. Her lob, çok sayıda alveolün oluşturduğu lobüllerden meydana gelmiştir. Her bir alveol, her lobun tek büyük kanalının diğerleriyle bağlantısını küçük bir kanal ile sağlar. Bu laktifer kanallar, meme başına ayrı ayrı açılır. Meme başında küçük fakat farklı açıklıkları ile ayırt edilebilirler (şekil 3). Alveolün sekretuar epiteli, çeşitli süt içeriklerini sentezler (29).

Laktasyon üç aşamada oluşur:

- Mamogenez: Memenin büyümesi ve gelişmesi
- Laktogenez: Süt salgılanmasının başlaması
- Galaktogenez: Süt salgılanmasının devamının sağlanması (124,153).

Prolaktin, östrojen, progesteron, plasental hormonlar sayesinde memeler büyür, gelişir ve laktasyona hazırlanır. Meme epitelinde prolaktin etkisiyle 2 grup hücre farklılaşır:

1. Myoepitelyal hücreler (sütün kanallara atılmasını sağlar)
2. Alveoler epitel hücreler (süt salgısını, üretimini sağlar). Gebelikte plasental hormonların etkisiyle özellikle de progesteronun inhibisyonu nedeniyle süt salgısı olmaz. Doğumla birlikte bu inhibisyon ortadan kalkar ve laktasyon başlar (45,124,126,127).

Emzirmenin devamı ile meme ucunda bulunan duyu ve sinir yolları harekete geçer (127). Ön hipofizden salgılanan prolaktin, lakteal bezlerden süt salgılanmasını sağlar. Süt miyo-epitelyal hücrelerle sarılı alveollerde depolanır. Arka hipofizden salgılanan oksitosin de, bezleri saran miyo-epitelyal hücreler üzerinde rol oynar ve sütün alveollerden laktiferol kanallara sekresyonunu sağlayarak, oradan göğüs ucuna ulaşmasına yardım eder (94,124,127,153). Uyarıdan 30 sn-1 dk içinde her iki memeden de süt aktığı görülür (127) (şekil 4). Emzirme, oksitosin sekresyonunu artırır. Oksitosin de, daha fazla prolaktin üretimini uyarır (94). Prolaktin her emzirmeden sonra salgılanır ve bir sonraki emzirme için süt oluşturur. Gece daha fazla prolaktin salgılanır. Bunun için gece emzirmeleri çok önemlidir (127).

**Şekil 4: Emzirmenin gerçekleşmesi**



Gebelik süresince süt sentezini, başta prolaktin olmak üzere kortizol, insülin, tiroid hormonları, paratiroid hormon ve büyüme hormonları da destekler. Stres, yorgunluk, üzüntü vb. ile oluşan adrenalini artışı ise süt salgısını inhibe eder (45).

### 2.2.1. Anne Sütü

Giderek artan bilgilerle anlaşılmaktadır ki, en çağdaş yöntemlerle ve bilimsel ilkelere uygun olarak yapılmış en mükemmel endüstri sütleri bile anne sütü ayarında

değildir (45). İlk 4-6 ay anne sütü ile beslenme bebeğin bütün ihtiyaçlarını fizyolojik durumuna uygun bir şekilde karşılayabilir (45,47,55,124,126). Bebek doğar doğmaz anne sütü ile beslenme ilk 4 saatte mutlaka başlanmalıdır (45). Bu hem süt üretimini artırmak, hem de immunolojik özelliği olan kolostrumun bebeğe verilmesini sağlamak için önemlidir (45,153). Anne sütünün besinsel içeriği gebelik süresince değişir ve bu sayede prematür doğan bir bebeğin ihtiyacına daha uygun olan beslenmeye ulaşır (55). Anne sütü ile beslenmenin yararları, tek başına anne sütüyle beslenme süreci ile sınırlı kalmayıp, ileri yaşam sağlığı üzerine de önemli oranda olumlu etkileri vardır. Bu nedenle sağlıklı yaşamın temellerinin atılmasında anne sütü ile beslenmenin önemi tartışılmaz (38, 61).

#### **Emzirmenin anne için yararları:**

1. Over, uterus ve premenapozal meme kanserine karşı koruyucudur (30,45,55,94,124,126,153)
2. Anne ile çocuk arasındaki ruhsal ilişkinin kurulmasını sağlar (38,45,47, 55,124,126,153) (şekil 5).

**Şekil 5: Anne-çocuk ilişkisi**



3. Emzirme esnasında salgılanan oksitosin uterin kasılmaları artırır, uterusun eski boyutuna dönmesini hızlandırır ve böylece postpartum kan kaybını azaltır (30,45,55,94, 124,126,128,153).
4. Annenin doğum sonu kilo vermesini sağlar (153)
5. Osteoporoz, postmenapozal kalça fraktürü ve gebeliğin indüklediği uzun dönem obesiteye yakalanma insidansını azaltır (30,55,124).
6. Laktasyon amenoresine sebep olarak gebelikler arası süreyi uzatır ve ovulasyon engellenerek indirekt yolla doğum kontrolü sağlanır (45,55,124,126).
7. Emzirme işleminde, anne fazladan enerji harcadığı için gebelik öncesi ağırlığına geri dönmesi daha hızlı olur (124).
8. Emzirme, mamayla beslemeye göre daha düşük maliyetlidir (55, 153).

### **Anne sütünün yenidoğan için yararları:**

1. Mikropsuz ve sterildir (38,45,124).
2. Hazırlamak gerekmez, her zaman taze ve aynı ısıdadır. Çocuğa rahat ve sıcak bir ortam sağlar. Emosyonel rahatlık sağlar (38,45,124,153).
3. Kazeini azdır, laktoalbümin gibi küçük moleküler ağırlıklı proteinlerden zengindir. Bileşimi çocuk için çok uygundur, sindirimi kolaydır (30,38,45,124,153).
  - Çocuğun tüm besin ihtiyacını sağlar (30,38,45,124,126,153).
  - Laktoalbümin ve sistinden zengindir. Proteinin %40' ı kazein, %60' ı laktoalbümindir (30,45,124,126).
  - Bebeğin büyümesi ve deri bütünlüğü için gerekli, bir yağ asidi olan linoleik asitten zengindir (12,45).
  - Lipaz içeriğinden dolayı yağ sindirimi kolaylaştırır (45,124).
  - Vitaminler, kalsiyum, çinko, demir ve flor gibi mineraller inek sütününden daha fazladır (30,126).
  - Çeşitli organ sistemlerinin büyüme ve gelişmesini düzenleyen prolaktin, büyüme hormonu, tiroid stimüle edici hormon, gonadotropin salgılayıcı hormon, büyüme hormonu salgılayıcı hormon, parathormon, estrogen ve progesteron gibi hormonları bulundurur (45,124).
  - Tuz miktarının az oluşu idrarla sıvı kaybını azaltır. Böbreklerin işini kolaylaştırır (45,124).
  - Mide boşalması daha çabuktur (45,124).
4. İmmunolojik özelliği ile enfeksiyonlara karşı koruma sağlar (2,30,38,45,55,124,126, 128,153).
  - Laktoferrin düzeyi inek sütününden 3000 kat yüksektir. Kolostrumda 34-40, sütte 1.7 mg/ml. Laktoferrin spesifik bölgelerde reversibl olarak demiri bağlar ve serbest demiri ortadan kaldırarak bakteriostatik etki yapar. Patojenlerin büyümesini engeller (30,45,124,126).
  - Lizozom konsantrasyonu inek sütününden 3000 kat fazladır ve lizozom da bakteriostatik etki göstererek, patojenlerin büyümesini engeller (45,124).
  - Streptokoklara karşı aktif etkili olan laktoperoksidaz, C3,C4, nonspesifik antiviral maddeleri içerir (45).

- Bol miktarda lökosit içerir. Özellikle kolostrumda çok sayıdadır. Bunlar bakteri fagosite edebilirler. Bu sayede hücrel immünite canlanır. Kolostrumda bulunan lenfositlerin yarısı T lenfositlerdir (30,45,55,124,126).
- İnek sütünün esas fraksiyonu olan  $\beta$  globülin insan sütünde bulunmaz. Bu fraksiyon, sütün en fazla antijenik fraksiyonudur (45).
- Kolostrum yüksek miktarda immünoglobülinlerden IgA içerir ve bebeğin annenin bağışık olduğu enfeksiyonlara karşı pasif olarak bağışıklanmasını sağlar (45,55,124,126). Birçok bakteri ve virüslere özellikle enterobakterilere karşı antikör aktivitesine sahiptir. Bunlar sindirim sisteminde bakterilerin intestinal mukozadaki glikoproteine bağlanmalarını önler. (2,30,38,45,124,153). IgA'nın dışında anne sütünde antiviral, antibakterial ve antialerjik etkilere sahip IgG, IgM, IgD de bulunur (30,126). Çeşitli besin antijenlerinin emilimini engellediklerinden allerjik belirtilerin önlenmesinde etkili olabilirler (30,38,45,124,153).
- Bakteriyel menenjit, astım, pnömoni, bakteriyemi, ishal, solunum yolu enfeksiyonları, nekrotizan enterokolit, otitis media, diyabet, üriner yol enfeksiyonları ve yenidoğan geç dönem sepsinin oranını ve şiddetini azaltır (38,55,124,153)
- Bebeklerin yaşamlarının ilk 6 ayında hastalıklara karşı bağışık olmasını sağlarken beslenme bozukluklarının prevalansını azaltmakta ve gıda kaynaklı enfeksiyonları önlemektedir (38,61).

5. Atopik egzema ve pişik daha az meydana gelir (38,45,55,153).

6. Gaita, inek sütü ile beslenenlerden daha düşük pH'ya sahiptir. Anne sütünde bulunan bifidus faktör, ishale neden olabilecek patojenlerin kolonizasyonunu azaltan Laktobasillus Bifidus'un çoğalmasına da yardımcı olur (30,45,55,124,126,153). Suni beslenenlerde bakteriler daha ziyade koliform tipidir (45).

7. Enerji dansitesi çok fazladır (45,124).

8. Anne sütündeki protein türü insana spesifik olduğundan, yabancı proteinlerle karşılaşmanın ertelenmesi ve bu sayede bazı çevresel allerjenlerle oluşabilecek allerjilerin oluşmasını erteler ve azaltır (30,55,124).

9. Demir eksikliği ve anemiyi önlediği için bebeği malnutrisyona karşı korur (2).

10. Anne sütü ile beslenen bebekler daha az ishal ve kabız olur (2,30,124).
11. Anne sütü alan bebeklerin entelektüel gelişimi iyidir ve bu bebekler daha zekidir (94,153).
12. Emzirme, bebeğin çene ve diş sağlığı için yararlıdır (30,124,153).
13. Preterm bebeği olan anne sütünün içeriği, biyokimyasal olarak matür sütten farklıdır. Özellikle prematüre bebeği olan annelerin sütlerinde epidermal büyüme faktörü daha fazladır (30).
14. Bebeklerin yaşamın ilk iki yılında hastaneye giriş riski azalır (94).

### **2.2.2. Emzirmede Yasal Mevzuat ve Bebek Dostu Hastaneler**

Emzirme bir insan hakkı olarak kabul görülmüş ve bebeklere anne sütü verilmesinin gerekliliği Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 20 Kasım 1989' da kabul edilen "ocuk Hakları Sözleşmesi" (.H.S.)' nin 24. Maddesinde, toplumun bütün kesimlerinin emzirme konusunda bilgilendirilmesinin, desteklenmesinin bu alandaki eğitim olanaklarına kavuşturulmasının sağlanması yer almıştır (10,152). .H.S., Türkiye tarafından 14 Eylül 1990 yılında imzalanarak, 9 Aralık 1994 tarihinde de Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanmıştır (152). 23-27 Eylül 2001' de ' 5. Dünya Perinatal Tıp Kongresi' nde yayımlanan Barselona Deklerasyonu' nda ise, bütün kadınlar emzirmenin yararları ile ilgili bilgilendirilme ve doğumdan hemen sonra emzirmeye başlamak için zendirilme hakkına ve her yenidoğanın, büyümesini garanti altına alacak doğru beslenme hakkına sahip olduğu bildirilmiştir (10). Bebek dostu hastane girişimi, emzirme oranlarını artırmak ve emzirme süresini uzatmak için uluslar arası bir programda geliştirilmiş (145) ve bu programda 1989' da DSÖ ve UNICEF ' in ortak bildirisini olan " Başarılı Emzirmede On Adım " yönergesi temel alınmıştır (144). "Başarılı Emzirmede On Adım" stratejileri çerçevesinde değerlendirilen ve doğum hizmeti veren hastanelerden; gebeliklerinden itibaren anne adaylarını anne sütü ve emzirme konusunda bilgilendiren, doğumdan sonra annelerin bebeklerini emzirmesini sağlayan, güncel bilgilerle eğitilmiş sağlık personeli yardımıyla annelere bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda yardımcı olan hastaneler "Bebek Dostu Hastane" unvanını almaktadır (125). Tüm dünyada yaklaşık 20.000 hastane bebek dostu olarak kabul edilmiştir (145). Başarılı Emzirme için On Adım yönergesi şunları içermektedir:



1. Bütün sağlık çalışanlarının rahatlıkla gorebileceği yerlere yazılı bir emzirme politikası asılmalıdır.
2. Bu politikayı öğrenmeleri için bütün sağlık personellerinin eğitim görmeleri sağlanmalıdır.
3. Bütün gebeler, emzirmenin yararları ve yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir.
4. Doğumu takiben ilk yarım saat içinde emzirmeye başlamaları için, annelere yardımcı olunmalıdır.
5. Annelere nasıl emzirecekleri ve bebeklerinden ayrı kalmaları durumunda laktasyonu nasıl devam ettirecekleri öğretilmelidir.
6. Tıbbi olarak gerekli olmadıkça yeni doğan bebeklere anne sütü dışında başka sıvı veya gıdalar verilmemelidir
7. Günün 24 saati anne ile bebeğin aynı odada kalmasını sağlayacak bir uygulama benimsenmelidir.
8. Bebek her istediğinde emzirilmelidir.
9. Emzirilen bebeklere biberon, yalancı meme ve emzik türünden bir Őey verilmemelidir.
10. Anne sütü destek grupları oluşturulmalı ve anneler hastaneden taburcu edilirken bu gruplara katılmaları için yönlendirilmelidir (144).

Ülkemizde emzirme oranı yüksek olmasına rağmen ilk altı ayda sadece anne sütü alma oranı hedeflenen oranın altındadır. DSÖ tarafından 21. yüzyılın sağlık hedefleri belirlenmiş, 1998 yılında Kopenhag' da yapılan 48. Avrupa Bölge Komitesi Toplantısında 21 hedef, "Sağlık 21" başlığı altında kabul edilmiştir. Türkiye, DSÖ' nün çerçevesini çizdiği "herkese sağlık hedef ve stratejileri" doğrultusunda 21. yüzyıl için sağlık politikasını belirlemiştir. Bu çerçevede emzirmeyle ilgili hedef, 2015 yılına kadar, ilk altı ay tek başına anne sütü alan ocuk oranını %80' e çıkarmaktır (124).

Sağlık ekibi yeleri, annelerin bebeklerini emzirme durumlarını, hastanede kaldıkları süre içinde değerlendirip, bireye özel danışmanlık hizmeti vermeli ve erken emzirme sorunlarını önleyerek emzirme başarisının artırılmasını amaçlamalıdır (30,33,38,47,77,94,98,102,117,121,124,126,127,146). Hemşirelerin, bu konuda aktif rol

alma sorumlulukları vardır (38,124). Hemşireler, doğumdan sonra emzirmeye başlamada ve emzirmeyi sürdürmede anneyi desteklemeli, cesaretlendirmeli, anne tek başına emzirmeyi başarıncaya kadar yardım etmeli ve emzirme ile ilgili konularda anneleri eğitmelidir (30,124).

### **2.2.3. Emzirmenin Başlatılması**

Emzirmeye erken başlanması hem anne, hem de bebek için yararlıdır (30,124, 126,128). Bebeğin en geç 1 saat içerisinde anne memesine verilerek emzirilmenin teşvik edilmesi gereklidir. Bebeğin emmek için en istekli olduğu bu dönem geçirilirse bebekte uzun süre isteksizlik ve emzirmenin başlamasında gecikme görülür (47). İlk 1 saat içinde emzirmeye başlayan annelerin geç başlayanlara göre emzirme başarıları daha yüksektir (55) ve bu anneler önemli ölçüde daha uzun süre emzirirler (124).

Doğumdan sonra anne ile bebeğin yakın teması ve sık emzirme süt salınımını hızlandıran en iyi yöntemdir. Sağlıklı bebeklerin annenin yanında tutulması (rooming-in) ile bebeğin anneyi sık aralıklarla emebilmesine olanak tanınır (29,30,38,47,124,127). Rooming-in uygulamasıyla anne ve bebek daha mutlu olmaktadır. Ağlama ve aç kalma gibi endişeler olmadığından bebek daha iyi dinlenmekte ve anne emzirmede daha başarılı olmaktadır (30,38,124,127).

Doğumdan hemen sonra az miktarda gelen anne sütü (kolostrum) bebeğin emme uyarısı ile kısa zamanda artar. Sık aralıklarla ve doğru teknikle emzirme, anne sütünün salgılanmasını hızlandırarak emzirme süresini olumlu yönde etkiler. Dolayısıyla anneye, emzirmeye başlamak için yardım edildiğinde emzirmenin sürdürülmesinde daha başarılı olunabilir (30,33,38,47,77,98,102,121,126,146).

#### **2.2.3.1. Emzirme Sürecinde Anne Sütünün Değişimi**

Bebeğin büyüme sürecindeki gereksinimlere uygun olarak anne sütünün bileşimi zamanla değişir. **Kolostrum**, gebeliğin geç döneminde ve ilk doğum sonu günlerde üretilen sarımsı bir sıvıdır. Bebek ilk olarak kolostrumu (ağız sütü) emmelidir.

Kolostrum doğumdan sonra ilk 5 gün boyunca salgılanan, protein, su, mineraller, vitaminler ve maternal antikoları içeren koyu, rengi sarımsak veya berrak olan ilk süttür. Kolostrumun protein oranı yüksek, şeker ve yağ oranı düşüktür ve sindirimi kolaydır (30,45,94,124,126,127,153). IgA' dan zengin yoğun bir süttür ve yenidoğanı patojenlerden korur (30,45,55,94,124,126,153). Laksatif etkisiyle mekonyum pasajını hızlandırır ve fizyolojik sarılık riskini azaltır (30,45,124,126,127,153). Başlangıçta kolostrumun miktarı yenidoğan bebeğin mide kapasitesi ile orantılı olarak azdır. Bebek emdikçe kolostrumun miktarında artış görülür (30,124,126,127,153).

Yedi-on gün ile iki hafta arasındaki dönemde salgılanan süt **geçiş sütüdür**. IgA ve total protein konsantrasyonu azalırken su, laktoz, yağ ve total kalori konsantrasyonu artmaktadır (30,45,55,124,126,127,153). Suda eriyen vitaminler artarken yağda eriyen vitaminler azalmaktadır (124,126,127).

Geçiş sütünden iki hafta sonra üretilen süt **olgun süttür**. Sütün miktarı artar; göğüsler dolu, sert ve ağır hissedilir. Bu süreç "sütün gelmesi" olarak bilinir. Olgun süt daha beyaz görünür (124,126,127,153).

Her öğünde önce salgılanan süt mavi beyaz, yağsız olan ön süttür. **Ön süt** suda çözünen vitaminler, protein ve laktoz içerir (30,47,124,126,127,153). Öğün sonunda salgılanan süt **son süttür**, ön süttten daha fazla yağ içerdiğinden beyaz görünür (47,124,127,153). Emzirmeye başladıktan 7-10 dakika sonra gelir ve emmeye başladıktan sonra yeni yapılan süttür. Son süttün, kalori içeriği fazladır, optimal büyüme sağlar (30,124,126). Son süttteki yağ, anne sütü ile alınan enerjinin büyük bölümünü karşılar. Öğün sonundaki bu bileşim değişikliği bebekte doyumluk hissi yaratarak memeyi bırakmasına neden olur ve bebeğin rahat uymasını sağlar (124,127,153). Bu nedenle memeden kısa sürede ayırmamak gerekir. Bebek kendi bırakana kadar memede tutulmalıdır (124,127). Günlük salgılanan süt miktarı 750-1000 ml arasında değişir (126).

### 2.2.3.2. Emzirme Sıklığı ve Süresi

Anne, bebeği ağladıkça yada kendi istedikçe kucağına almalı ve emzirmelidir. Emzirmenin sıklığı ve süresi bebeğin isteğine göre düzenlenmeli, bebek her istediğinde emzirilmelidir (30,38,124,127,153).

Yenidoğanlar 2-3 saatte bir doyana kadar emzirilmelidir (30,47,55). Emzirme aralıkları ilk haftalarda çok kısa (1-2 saat arayla) olabilir, fakat üç saatten fazla olmamasına dikkat edilmelidir. Postpartum 1. günde her bir memede en az 5 dakika emzirmek ve takip eden günlerde süreyi artırmak, meme ucu hassasiyeti yaratmadan gerekli sütün bebeğe sağlanmasına olanak tanır (30,38,127). Emzirme süresi ortalama 30 dakika veya her bir meme için yaklaşık 10-15 dakika olmalıdır (124). Laktasyonun ilk 4-6 haftasında bebek bir gün boyunca 8-12 kez emzirilmelidir. Zamanla süt miktarı artacak ve beslenme aralıkları uzayacaktır (47,124,126,127). Emmek istemeyen bebek her 4 saatte bir uyandırılmalı (geceleri en az her dört saatte, gündüzleri ise her üç saatte bir), emzirme süreleri kısıtlanmamalıdır. Sık emzirme yeterli sütün oluşumuna yardımcı olmakla beraber, memenin konjesyonunu engeller (47,55,124).

Bebeğin süt gereksinimi günden güne hatta aynı gün içinde de öğünden öğüne farklılık gösterebilir (127). Bebeğin emme süresi 4 ile 45 dakika arasında değişmektedir. Eğer bebek düşük doğum ağırlıklı ise emzirme süresi bir saate kadar uzayabilir (124, 126,153).

Her emzirmede sadece bir meme verilmelidir (eski uygulama; iki memenin emzirilmesi artık geçerli değildir). Bunun nedeni bebeğin memedeki ön süt ve son sütü alabilmesini sağlamaktır. Bebeğin son sütü alabilmesi için emzirme kısa kesilmemelidir (153). Emzirmeye bebeğin en son emdiği memeden başlanmalıdır. Böylece en az iki öğünde bir göğüslerin tamamen boşaltılması sağlanarak süt yapımı daha etkin olarak uyarılacaktır (30).

Süt çocuğu beslenme sonucunda tatmin oluyorsa, 2-4 saat uyuyorsa, yeterli miktarda kilo artışı oluyorsa (haftada 115-225 gr), sık gaita (günde 2 yada daha fazla)

ve idrar (günde 5-6 kez) yapıyorsa, deri turgoru iyi, fontanelleri yeterli dolgunluktaysa, aktifse ve sesli ağlıyorsa anne sütünün yeterli olduğu kabul edilebilir (45,47,57,124,126). Süt çocuğunun haftada veya ayda bir tartılması yeterlidir. Süt çocuğu her iki memenin tümünü boşaltmasına, kuvvetli emmesine rağmen tatmin olmuyor, uyumuyorsa veya bir iki saat sonra uyanıyorsa, huzursuz uyuyorsa ve yeterli derecede kilo alamıyorsa süt muhtemelen yetersizdir (45,124).

### **2.2.3.3. Emzirme Yöntemi**

Emzirmeye başlamadan önce, ilk olarak anne ellerini bol su ve sabun ile yıkamalıdır (30,124,126,127). Memeler günde bir kez sabunsuz yıkanmalıdır (124, 126,153). Meme başı ve areoladan salgılanan yağlı ve kokulu madde memenin doğal olarak temizlenmesine yardım etmektedir. Bu nedenle, emzirme sonrasında da annenin bir miktar sütünü sıkıp göğüslerinin uçlarına sürmesi temizlik için yeterlidir (124,126,127).

Emzirmenin yeterli ve etkin olabilmesi için öncelikle; annenin kendi pozisyonu, bebeğini ve meme ucunu tutuş pozisyonu doğru olmalıdır (30,38,94,124,126,127). Doğum sonu erken dönemde epizyotomi ağrısı, rahat bir emzirme pozisyonuna engel olabilir. Anne yatarak ve oturarak emzirebilir (124,127). Önemli olan annenin rahat olmasıdır. Bebeğin başı ve vücudu tam olarak anneye dönük olmalıdır. Bebeğin altına yastık konulması emzirmeye yardımcı olabilir (94). Annenin serbest kolu ve eli bebeğin sırtını ve omuzlarını tutarak desteklemelidir. Bebeğin anne memesi ile aynı hizada tutulmasına dikkat edilmeli, bebeğin çenesi anne memesine değmelidir. Emzirme sırasında meme; areolanın gerisine yerleştirilen elin başparmağı üstte, diğer dört parmak altta kalacak şekilde (C tutuşu) desteklenip, bebeğin burnunu kapamamasına özen gösterilerek tutulmalıdır (şekil 6). Bu tutuş şekliyle anne, emzirme süresince süt kanallarına masaj yapma olanağı kazanır (30,47,124,126,127,153).

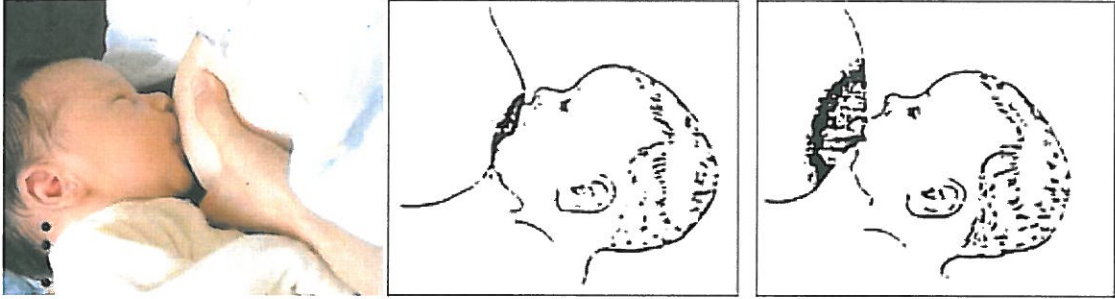
Emzirme pozisyonu aldıktan sonra, anne bebeğin yanağına meme başı ile dokunarak arama refleksini uyandırmalı ve bebeğin memeye yönelmesini sağlamalıdır. Yönelme sırasında bebek ağızını açar. Bebek ağızını genişçe açtığı anda, meme başı ile

etrafındaki kahverengi halkanın (areola) bir kısmı bebeğin ağızına verilir (şekil 7 ve 8) ve aynı anda anne bebeğini başı, ensesi ve omuzlarından destekleyerek memeye doğru yaklaştırır (30,124,126,127,153).

**Şekil 6: C tutuşu**

**Şekil 7:Doğru emen bebek**

**Şekil 8:Yanlış emen bebek**



Emzirme sırasında bebeğin başı hafif ekstansiyonda (geriye doğru) olmalıdır (30). Memeye doğru yerleşmiş bebekte; memeye birlikte dili ve damağı birlikte hareket ederek süt peristaltik dalgalar halinde dilin gerisine akar. Bebek birkaç emme hareketinden sonra ağızına biriken sütü yutar (30,127). Bunlar, bebeğin ilkel refleksleri olan arama, emme ve yutma refleksleri ile gerçekleşir (38,124,126,127,153). Beslenme boyunca bebeğin yutkunma gücünü yada solunumun gerçekleştiği dikkatlice gözlenmelidir (94).

Yeterli miktarda emen bebek, annenin meme başını bazen kendiliğinden, bazen de uykuya dalarak bırakır. Emzirme tamamlandıktan sonra anne bebeğini omzunun üstünde dik duracak şekilde yerleştirip sırtına hafifçe masaj yaparak gazını çıkarmasına yardım etmelidir. Bebeğin gazı çıkarıldıktan sonra, aspirasyon olasılığını azaltmak için sırtının desteklenerek 30 dakika süre ile sağ yan pozisyonda yatırılması önerilmektedir (30,127). Biberon kullanımı ise çocuk hangi yaşta olursa olsun önerilmemektedir (126,128).

#### **2.2.4. Emzirmeye Etki Eden Faktörler**

Ülkemizde tüm bebeklerin %27'si doğumdan sonraki ilk 24 saatte hiç emzirilmemiştir. Emzirme yüzdelerinin TNSA-2003'deki sonuçlara göre daha düşük

olması, Türkiye’de erken emzirmeye başlama pratiğinden uzaklaşmanın sürdüğünü göstermektedir. İstanbul’da doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebeklerin %53,8’i, doğumdan sonraki ilk bir gün içinde ise bebeklerin %81,2’si emzirilmiştir. Çocukların doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilme durumu İstanbul’da en yüksek (% 54) iken Ortadoğu Anadolu’da en düşüktür (% 27) (128).

Genç anne yaşı, düşük eğitim seviyesi, evli olmamak, prekonsepsiyonel bakım almamak, isteksiz gebelik, gebelikte sigara içimi, gebelik boyunca travmatik stres, vb. gibi emzirmeye etki eden bazı faktörler vardır (64). Ayrıca bebeğin sadece anne sütü ile beslenmesindeki başarı, annenin emzirmeye yönelik düşünce ve inançlarına, bebeğin ve annenin sağlık durumuna, doğduktan sonraki ilk saatlerde ve günlerde beslenme durumuna, doğum hemşiresinin laktasyonu sağlamaya yönelik prenatal ve postpartum girişimlerine ve annenin laktasyon dönemindeki beslenmesine bağlıdır. Bebeğin anne sütü ile uzun dönem emzirilmesi ise, ilk emzirmenin zamanı, emzirme sıklığı gibi faktörlere bağlıdır (2). Farklı kültürlere sahip olmak, annenin emzirme davranışını etkiler (94). Annenin geleneksel önyargıları, emzirme süresine olan etkisine göre, emzirmeye başlatma ile daha çok ilişkilidir (65). Su, şeker yada hazır süt gibi ek ve bütünleyici besinlerin erken yada geç başlanmasıyla her bir emzirme kaybı, etkili emzirmenin faydalarını azaltır (47,94). Emzirmeye geç başlamak yada ilk emzirmeden önce şekerli su gibi besinler vermek de emzirmeyi olumsuz etkiler (47). Ayrıca emzirme ile ilgili bilgidен yoksun, emzirme deneyimi olmayan, emzirme konusunda kendine güvenmeyen anneler emzirmede başarısızlığa uğrayabilir. Bu başarısızlık emosyonel stres yaratıp, sütün azalmasına neden olabilir ve ek gıdaların başlamasına yol açabilir (38,47,127).

Emzirme ile ilgili en yaygın problemler, desteğin, teşviğin ve kalıcı tavsiyenin olmayışından kaynaklanır (94). Annenin sütü yetersiz ise, düzenli yiyecek ve sıvı alması bunun olumsuz etkilerini azaltır. Sadece bebek istediğinde sık sık beslemek, memede yeterli miktarda süt üretimi sağlar (94). Ağrılı göğüs uçları ise bebeğin memede yanlış durmasının yada meme ucunun uygun şekilde yerleştirilememesinin sebep olduğu yaygın bir problemdir. Meme ucunun yumuşak damakta doğru yerleşimini sağlamak, bu problemi ortadan kaldırmanın en etkili yoludur. Meme ucu hassasiyeti Lanolin gibi

kremlerle tedavi edilebilir (55,94). Kadınlar emzirmeye daha az ağırlı olan göğüsten başlamalı, meme ucunda emmeye bağılı gelişen stres noktalarını değıştirmek için emzirme pozisyonunu değıştirmeli ve bebeğı memeden ayırmadan emzirmeyi sonlandırmayı öğrenmelidir (55).

Emziren kadınlarda, mg, vitamin B6, folat, kalsiyum ve çınko eksikliğı riski artmıştır. Anne sütu prematür yenidoğanlar veya 6 aydan büyük bebekler için yeterli demir içermeyebilir. Bu bebeklere ve annesinde demir eksikliğı olduğı bilinen bebeklere ek demir verilmelidir (55).

#### **2.2.4. Sigara İçiminin Emzirme ile İlişkisi**

Sigara içimi nedeniyle, anne sütünün içeriğı emzirme sürecini olumsuz etkiler. Nikotin, prolaktin konsantrasyonunu ve sütu salınımını azaltır (2,52,54,57,65,82,86). Gebelikte ve gebelik sonrasında sigara içilmesi, anne sütu miktarını %30 azaltırken, kalitesini de düşürerek annenin bebeğini beslemesini zorlaştırır (107). Anne sütu miktarını azalttığı için anneler emzirmeye daha çok vakit harcar. Ayrıca annesi sigara içmiş yenidoğanlar huzursuz olurlar ve annesinin göğsünü reddederler (52,54). Bu annelerin sütünde yağ konsantrasyonu da düşüktür (65,82). Ayrıca annenin sigara içmesi, bebeğın emerken hoşuna gitmeyen tad almasına neden olur, hatta bebeğın iştahını etkiler ve bebek daha az emdiğinden daha az göğüs ucu uyarısı sağlanır (82). Literatürde gebelikte sigara içiminin, emzirmenin erken döneminde önemli bir risk faktörü olduğı ve sigara içen annelerin içmeyenlere göre daha az emzirdiğı belirtilmiştir (8,26,35,64,65,68,82,86).

Yenidoğan, sigaranın anne sütüne kolaylıkla geçebilen zararlı bileşiklerine maruz kalır (57). Bu durumdaki çocuklarda konvülsiyonlar, hastalanmalar ve ilk yıllarda ani bebek ölümü daha çok görülür (52).

Amerikan Pediatri Akademisi İlaç Komitesi, nikotini (sigara içimini) emzirme döneminde kontrendike olan ilaçlar ve maddeler listesine eklemiştir. Bunun nedeni, emzirirken sigara içen annelerin sütu yapımının azalması ve bebeklerin gerektiğince kilo alamamasıdır (103).



Sigara içen annelerin bebeklerinde, süt ile geçen veya solunan havadan alınan nikotin ve primer metaboliti olan kotin düzeyinin yüksek olduğu gösterilmiştir (52,103). Yenidoğanın idrarında da kotin bulunmuş ve kotinin çoğunun yenidoğana anne sütü ile ulaştığı belirtilmiştir (118). Sütte bulunan nikotin konsantrasyonu aynı anda alınan anne plazma örneğine göre 1.5-3.0 kat daha fazladır ve sütte yarılanma süresi plazmaya benzer şekilde 60-90 dakikadır. Bir çalışmada anne sütünün mükemmelliğinden bahsedilmiş ve sigara içip emziren annelerin bebeklerinde, sigara içmeyen ancak mamayla beslenen bebeklere göre akut solunum yolu enfeksiyonlarının daha az görüldüğünü ifade etmişlerdir. Sonuç olarak da anne sütü-sigara kombinasyonuna göre, mama-sigara kombinasyonunun riski daha fazla artırdığı belirtilmiştir, bu nedenle anne sigara içse bile emzirmeye devam etmesi önerilmektedir (103).

#### **2.2.4. DDA' lı bebeklerde emzirme**

DDA' lı bebeklerin, enfeksiyona karşı daha fazla risk taşımaları nedeniyle, anne sütüne daha fazla ihtiyaçları vardır (126). DDA' lı bebekler sık ve etkili bir şekilde ememedikleri için üretilen süt miktarı az olur (124). Bu bebekler başlangıçta da etkin emmede zorluk çekebilirler. Önceleri anne sütü sağılıp nazogastrik tüp veya fincanla verilebilir. Bunun yanında, bu bebeklere vitamin ve proteinler anne sütüne ek olarak verilebilir (126).

Preterm ya da DDA' lı bebeği olan annelere, sütlerinin sağılması öğretilmelidir. Bu durumda, doğumdan sonraki ilk 6 saat içinde mutlaka anne sütünün sağılmaya başlanması gereklidir. Özellikle kolostrumun verilmesi önemlidir. 30 haftadan küçük bebeklerin, nazogastrikle beslenmeleri gerekir. Bebek nazogastrik ile beslenirken, anne temiz parmağını bebeğe emdirebilir. Böylece bebeğin sindirim sistemi uyarılarak aldığı anne sütünün barsaklardan absorpsiyonu artar ve bebeğin kilo alması kolaylaşmış olur. Günün belli saatlerinde annenin bebeğini kucağına alarak tensel temasın sağlanmasına fırsat verilmelidir. Bu, annede süt yapımını da artırır. 30-32 haftalık bebekler, besinleri küçük bir kaptan veya kaşıktan kolayca alabilirler. 32 haftadan büyük bebekler ise anne memesini emebilecek düzeydedirler. Yine de annenin desteklenmesi ve eğitilmesi gereklidir (126).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız kesitsel tipte bir araştırmadır.

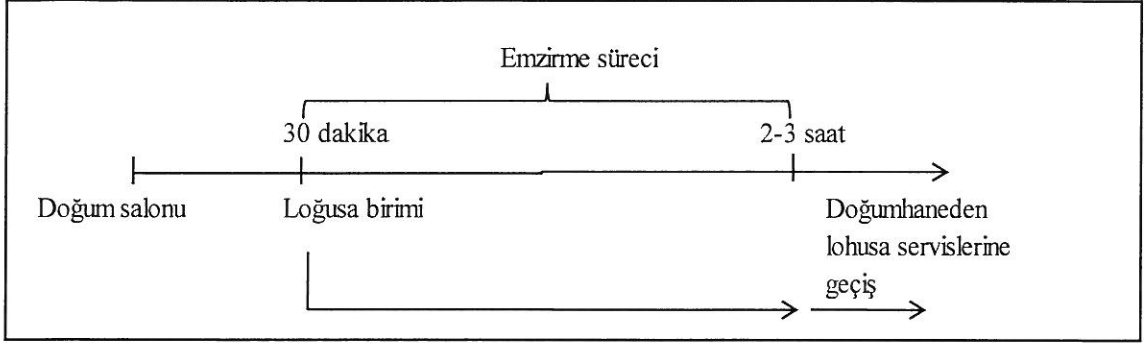
#### 3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer

Araştırma İstanbul’ da bulunan Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ nde yapıldı. Bu hastane 1982 yılında hizmete açılmış olup İstanbul’da doğum sayısı en fazla olan hastanelerden biridir. Hastanenin doğumhane servisi ise 15 yataklı tokoliz birimi, 13 yataklı loğusa birimi, 6 yataklı eklampsi birimi, 16 yataklı perfüzyon birimi olmak üzere 50 yataklı bir servistir. Ayrıca 11 bebek kotu bulunan bebek odası, 2 jinekolojik masası olan muayene odası, 1 jinekolojik masası olan müdahale odası, 6 jinekeolojik masası olup doğumların gerçekleştirildiği doğum salonu ile hizmet vermektedir.

Doğumhaneye kabul edilen gebe kadınların rutin olarak anamnezi alınmakta, bu kadınlara bilgilendirme, travaydaki durumuna uygun tedavi ve bakım, kan basıncı, nabız ve ateş ölçümü, Nonstres Testi (NST)-Ultrasonografi (USG) takibi yapılmaktadır. Doğum sonrası bebek, bebek odasına alınmadan önce doğum salonundaki terazide tartılmakta, boy ve baş çevresi ise hemşire tarafından bebek odasında ölçülmektedir. Sigara içen gebe kadınlara yönelik ise herhangi bir müdahalede bulunulmamaktadır. Doğumhanede sigara taşınması ve kullanılması yasaktır.

Doğum sonrası emzirme sürecinin başladığı anne ve bebeklerin, doğumhanede bulunan loğusa biriminde kalma süresi 2-3 saattir. Anne doğumun gerçekleştiği doğum salonunda 30 dk kaldıktan sonra loğusa birimine alınmakta, bebek ise bebek odasında yenidoğan doktoru tarafından muayene edildikten sonra doğum sonu 45 dk içinde anneye emzirmesi için verilmektedir. Anne ile bebeğinin ilk buluşması doğum sonu 30-45dk içinde gerçekleşmektedir. Bebeğin emmeye başlama süreci burada gözlemlenmektedir. Anne ve bebekleri loğusa biriminden 2-3 saat sonra ayrılıp loğusa servislerine gitmektedir. Doğumhanedeki bu işleyiş şekil 9’ da da görülmektedir.

**Şekil 9: Anne ve bebeğin doğum sonu emzirme ve doğumhanede kalış durumu**



### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; İstanbul’ da bulunan Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ nde doğumhaneye kabul edilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan anne ve onların bebekleri oluşturdu. Hastanenin doğumhane servisinde 2008-2009 yılında 6913 vajinal doğum, 85 müdahaleli doğum gerçekleşmiştir. Vajinal doğumların aylık olarak ortalama 489’u baş geliş, 22’si mekonyumlu doğum, 46’sı kordonlu (26’sı 1 kez dolanmalı, 15’i 2 kez dolanmalı, 2’si 3 kez dolanmalı, 3’ü gerçek düğüm), 2’si ikiz bebek, 6’sı vakumlu, 1’i omuz takılması, 21’i mort de fetüs, 4’ ü oksiput posterior ve 1’i makat’tır.

Çalışmamızda gestasyonel sigara maruziyetinin anne ve bebek üzerine etkilerini ölçebilmede biyokimyasal ölçme aracı kullanılmadı. Sigara maruziyetinin değerlendirilmesi, kadınların sözel bildirimlerine dayandırıldı. Sigaranın fetüs üzerine etkilerinden biri olan DDA’ nın emzirme ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda DDA görülme sıklığının %4,8 ile %17 arasında olduğu (25,29,67,128) göz önünde bulundurulduğunda %85 güç analizi ile 116 DDA’ lı yenidoğanın çalışmaya alınması gerektiği belirlendi.

Sonuç olarak araştırmanın örneklemini; 15 Haziran-15 Eylül 2010 tarihleri arasında vajinal doğum yapan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, 123’ ü DDA ve 365’ i normal doğum ağırlığında bebeği olan toplam 488 anne oluşturdu.

### **3.4. Araştırmanın Uygulanması**

#### **3.4.1. Veri Toplama Aracı**

Veriler gebelerin LATCH (Breastfeeding Charting System) emzirme tanılama ölçüm aracı, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ile gebe ve yenidoğana ait bilgi formu aracılığıyla toplanmıştır.

##### **3.4.1.1. LATCH (Breastfeeding Charting System) emzirme tanılama ölçüm aracı**

LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı 1993 yılında, Jensen ve ark tarafından Oregon'da geliştirilmiştir (69). Ölçüm aracının Türkiye'deki güvenilirlik çalışması ise Yenal ve Okumuş (2003) tarafından yapılmış ve kullanımı güvenilirlik bir araç olarak önerilmiştir (Cronbach alfa: 0.94-0.96 ) (102).

LATCH bireysel emzirme durumu değerlendirmek için sistematik bir yöntem sağlayan emzirme grafik sistemidir. Puanlama yöntemi açısından görsel olarak APGAR skor sistemi ile aynı şekilde değerlendirilir (69).

LATCH emzirme puanlama sistemi doğumdan hemen sonra kısa süre içerisinde emzirme sorunlarının erken tespit edilmesi için sağlık ekibi üyeleri tarafından kullanılması uygun bir araçtır (11,102,117).

Bu ölçüm aracı beş değerlendirme kriterinden oluşmaktadır. LATCH bu beş kriterin İngilizce karşılığının ilk harflerinin birleşiminden oluşmuştur. Bu kriterler şu şekilde sınıflandırılmıştır; **L**:Memeyi Tutma (Latch on breast), **A**:Bebeğin yutma hareketinin görülmesi, duyulması (Audible swallowing), **T**: Meme ucunun tipi (Type of nipple), **C**: Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı (Comfort breast/nipple), **H**: Bebeği tutuş pozisyonu (Hold/Help). Her madde 0-2 puan arasında değerlendirilir. Toplam 10 puandır. Puanlar arttıkça emzirme düzeyi artmaktadır (102) (çizelge 1).

**Çizelge 1: LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı**

Değerlendirme	Puanlar		
	0	1	2
<b>Kriterleri</b>			
<b>Memeyi tutma</b>	Uyur veya isteksizdir; memeyi tutmayı başaramaz.	Tekrar dener, sadece meme ucunu ağzına alır, emme hareketi görülür.	Areolayı da ağzına alacak şekilde memeyi tutar, ritmik bir şekilde emer. Dudaklar dışı doğru dönüktür.
<b>Bebeğin yutma hareketlerinin görülmesi</b>	Yok	Birkaç emme hareketi	Yutma sırasında kısa süreli güçlü ekspirasyonlar görülür.
<b>Meme ucu tipi</b>	Çökük	Düz	Uyarıyla dışarı çıkmış
<b>Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı</b>	Tıkanma, çatlak, kanama, eziklik	Doku kızarıklık, küçük ezikler, rahatlıkta azalma	Yumuşak göğüsler ve annede rahatlık
<b>Bebeği tutuş pozisyonu</b>	Tamamen yardımla	Minimal yardım	Yardımsız

### 3.4.1.2. Fagerstrom nikotin bağımlılığı testi

Sigara bağımlılığının ölçülmesi amacıyla ilk kez 1978’de Fagerstrom, Fagerstrom Tolerans Testini önermiştir (50). Bu test 1990’da Fagerstrom, Heatherton ve Kozlowski tarafından yeniden ele alınmış ve Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ortaya çıkmıştır (48). Türkiye’ de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında Aksakal ve Khorshid tarafından yapılmıştır (1). Nikotin bağımlılığının yaygınlığını ölçen çalışmalarda bir kendi bildirim ölçeği olan Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi’ nin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi’ nin biyokimyasal ölçümlerle korele olduğu, ölçekten alınan puanın sigara içme ve tedavi sonucunu değerlendirmede etkili olduğu saptanmıştır (49, 63). Bu test toplam 6 sorudan oluşmakta ve sigara içen bireylerin nikotin bağımlılık düzeylerini değerlendirmektedir (çizelge 2). Test, Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?, Sabah ilk sigarayı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?, Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?, Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan hangisi size en hoş geliyor, diğer bir deyişle vazgeçilmesi en zor olanı hangisi?, Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı içersiniz? Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olduğunuzda da sigara

içer misiniz? şeklinde 6 sorudan oluşmaktadır. Her soruya verilecek cevaplar 0, 1, 2, 3 şeklinde derecelendirilerek değerlendirilmektedir. 1 ve 2. sorulara 0-1-2-3 puan, 3-6. sorular ise 0-1 puan olarak değerlendirilmiştir. Bu testten alınacak puanlar 0-10 arasında değişmektedir. Puanlar arttıkça bağımlılık düzeyi artmaktadır. Fagerström testi sonuçları, puanlara göre 0-2 çok az, 3-4 az, 5 orta, 6-7 yüksek, 8-10 çok yüksek bağımlılık şeklinde yorumlanır (çizelge 2) (130).

### Çizelge 2: Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi

Fagerström testi	0	1	2	3
Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?	0-10	11-20	21-30	31 ve üzeri
Sabah ilk sigarayı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?	Bir saat sonra	31-60 dk içinde	6-30 dakika içinde	İlk 5 dakika içinde
Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?	Hayır	Evet		
Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan hangisi size en hoş geliyor, diğer bir deyişle vazgeçilmesi en zor olanı hangisi?	Sabahın ilk sigarası	Diğer		
Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı içersiniz?	Hayır	Evet		
Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olduğunuzda da sigara içer misiniz?	Hayır	Evet		

### 3.4.1.3. Gebe ve yenidoğana ait bilgi formu

Bu form, gebe kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerini (yaş, gelir durumu, öğrenim durumu, aile tipi, kronik hastalığı olması, sürekli ilaç kullanımı, madde kullanımı ve şiddete maruz kalınması), obstetrik ve gestasyonel özelliklerini (gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı, yaşayan çocuk sayısı, daha önce DDA' lı bebeği olması, gestasyon yaşı, gebelikte kilo alımı, depresyon geçirmiş olması, prekonsepsiyonel ve antenatal eğitim alması vb.), sigara içme özelliklerini (gebelik öncesi son 3 ay ve gebelik boyunca sigara içme, gebelikte içip bırakma, sigaraya pasif şekilde maruz kalma, vb.), yenidoğanların bazı özelliklerini (cinsiyeti, doğum ağırlığı, boyu, baş çevresi, APGAR skoru vb.) ve emzirme ile ilgili bazı özellikleri (bebeğin

aktif emmeye başlama zamanı, annenin daha önceden emzirme deneyimi olması, emzirme sayısı vb.) belirlemek amacıyla literatürden yararlanarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (29,30,99,124,126). Anket formu, 5 bölüm altında toplam 38 sorudan oluşmaktadır (EK 1). Anket formunda yer alan bazı ifadeler ve kriterler aşağıda açıklanmıştır.

Çalışmamızda gebelikte depresyon varlığı için hekim tanısı almış olma koşulu kabul edildi.

Çalışmamızda DSÖ'nün şiddete maruz kalma ve şiddet türlerinden; **fiziksel şiddet**, tokat, itmek, saçından tutup sürüklemek, yumruk atılması, boğmaya çalışmak, zarar verici aletler kullanmak gibi davranışları; **cinsel şiddet**, kadının cinsel ilişkiye zorlanması veya hayat arkadaşından korktuğu için cinsel ilişkiye girmesi, aşağılayıcı ve onur kırıcı olduğunu düşündüğü cinsel davranışlarda bulunmaya zorlanması gibi davranışları; **duygusal şiddet**, aşağılanmak, küçük düşürmek, gözünü korkutmak gibi davranışları; **ekonomik şiddet** ise hakların istismar edilmesi, para ve malın kötüye kullanılması gibi davranışları kapsayan tanımları kriter olarak ele alındı (147).

Sağlık istatistiklerinde **DDA** önemli bir parametre olarak kullanılmaya devam etmektedir. Gebelik haftasına bakılmaksızın 2500 gr altında olan tüm yenidoğanlar, DDA' lı kabul edilirler. Sebep, preterm doğum yada intrauterin gelişme kısıtlılığı olabilir (15,30,94,124,126). Bu nedenle gestasyon yaşı 37 haftadan az olan kadınlar değerlendirme dışı bırakılarak ayrı bir regresyon analizi de yapıldı (tablo7 ve tablo 16).

Tam 37.gebelik haftasından önce (**preterm**) canlı doğan her yenidoğan prematür olarak tanımlanır (15,30,94,124,126).

Literatürde kadın ve erkek bebeklerin **boy uzunluğu** ortalaması 46-54 cm, **baş çevresi** ortalaması ise en fazla 37cm olarak kabul edilirken (30,99,124,126,153) en az 32cm (99) veya 33cm (30,124,126,153) arasında görüş farklılığı vardır. Türk çocuklarına özgü ve daha yeni kaynak olması nedeniyle Neyzi ve arkadaşlarının en az

baş çevresi ölçüsü 32cm kabul edildi (99). Çalışmamızda normal boy uzunluğu ise 46-54cm, normal baş çevresi 32-37cm' dir.

**Gestasyon yaşı**, son menstrual dönemin başlangıcından itibaren doğuma kadar geçen süredeki tamamlanmış hafta olarak kabul edilir (Naegele formülü) (29,124,126). Gebelik yaşı yaklaşık 280 gün veya 40 hafta olup, son adet döneminin ilk gününden itibaren fetüsün doğumuna dek geçen bu zaman; 9 ay+10 güne karşılık gelmektedir. Gebeliğin sona ereceği tarih, son adet tarihine yedi gün ekleyip, üç ay çıkartılarak bulunabilir ve bu hesaplama Naegele kuralı olarak tanımlanır (29). Gestasyon yaşının tayininde güvenilir son adet tarihi ile erken gebelik ultrasonografisi gibi bulgular beraber kullanılabilir (124,126). Günümüzde yaygın bir şekilde, gebelik yaşı tamamlayan hafta ve gün olarak belirtilmektedir, örneğin 33 3/7 hafta, tamamlanmış 33 gebelik haftasını ve 3 günü belirtmektedir (29). Günümüzde de, özellikle gelişmekte olan ülkelerde gestasyon süresi konusunda bilgi almak güçtür (15).

**Gebelikte önerilen toplam kilo alımı** gebelik öncesi vücut kitle indeksine (VKI) bağlıdır. 1990' da, tıp enstitüsü, VKI' ne sahip gebelere, 11,5-16 kg arasında kilo almalarını önermiştir. Amerikan Pediatri Akademisi ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği 2007' de bu kılavuzu onaylamıştır (29). VKI' ya göre normal (19,8-26,0) olan gebelerin, gebelikte 11,5-16 kg arası kilo almaları normal, 11,5kg altı ve 16kg üstü kilo almaları anormal kilo alımı olarak kabul edildi (3,55,124,126).

Bebek, doğduktan sonra Virginia Apgar (1953) tarafından geliştirilen 5 standart kriter (kalp atım hızı, solunum, kas tonüsü, refleksler ve renk) yönünden değerlendirilir. Beş kriterin her birine 0' dan 2' ye kadar puan verilir. **APGAR skorunu** belirlemek için her bir kritere verilen puan toplanır. En yüksek puan 10, en düşük ise 0' dır. Eğer toplam puan 10 ise yenidoğan bebek en iyi durumdadır (29,30,126,153). APGAR skoru 7-10 olan bebeğin durumu iyidir. Ancak ağzın ve burnun aspire edilmesi, rutin bakım ve gözlem gereklidir. 4-6 puan yenidoğanın orta derecede deprese olduğunu gösterir (30,126,143,153). Yaşamın ilk 24 saati içinde yakın gözleme ek olarak, hava yolu açıklığının sağlanmasına, oksijen ve resisütasyon gereksinimi olabilir. Toplam puanı 4' ün altında olan bebek ciddi şekilde depresedir. Bu bebeğin resisütasyona ve solunumun



desteklenmesine gereksinimi vardır (30,124,126,153). APGAR skoru doğum salonundan hemen sonra hipoksik asidoz için bebeklerin acil değerlendirilmesi, canlandırma gereksinimlerinin belirlenmesi ve herhangi bir resisütatif önlemin etkinliğinin değerlendirmesi için geliştirilmiş pratik bir skora yöntemidir. APGAR skor sistemi ile değerlendirme, doğumdan sonra 1. ve 5. dakikalarda yapılır (29,72,124). Birinci dakikadaki değerlendirme, yenidoğanın ekstrauterin yaşama uyum yeteneğini gösterir. İlk dakikalardaki APGAR skoru ile bebeğin resusitasyona gereksinimi olup olmadığı belirlenir. Beşinci dakikadaki değerlendirmenin amacı, yenidoğanın durumunu özellikle resusitasyona tepkisini yeniden değerlendirmektir. Yenidoğan bebeklerde ilk bir dakika içindeki skor, beşinci dakikadaki skordan daha düşüktür. Beşinci dakika APGAR skoru, birinci dakikaya göre mortalite ve nörolojik durumu belirlemesi açısından daha anlamlıdır (29,30,72).

APGAR skoruna göre sağlık durumu ölçülen bebeğin emmesi ve emmemesi istatistiksel olarak değerlendirilmemiştir. Hastane protokolüne göre orta derecede deprese doğan bebekler, doktor istemiyle ilk 2 saat bebek odasında yakın takibe alınıp, genel durumu düzeldiğinde doğum sonu genellikle 2. saatten sonra emzirmek üzere annelere verilmektedir. Çalışmamızda orta derece deprese doğan on bebekten 9 tanesinin, 2 saat sonra da genel durumu düzelmediğinden yoğun bakıma çıkarıldı ve annelerine verilemediği için emzirme denenemedi. Genel durumu iyileşen sadece 1 bebeğe emzirme denendi ve başarılı oldu.

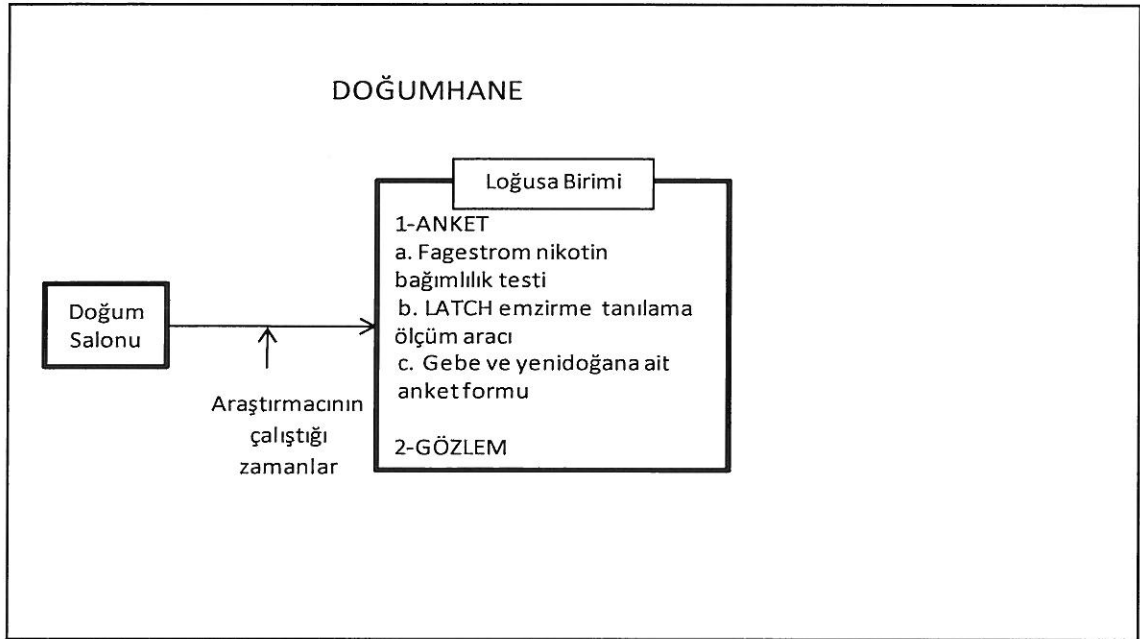
Çalışmamızda kadınların düzenli olarak günde en az 1 adet sigara içmesi sigara içti ve sigaraya aktif maruziyeti var olarak kabul edildi (151).

Çalışmamızda kadının **sigara maruziyetinin olmaması**, gebeliği boyunca sigara içmemesi hem de çevresinde sigara içilmediğini ifade eder. Kadının **sigaraya pasif maruziyetinin olması**, gebeliği boyunca çevresinde sigara içildiğini ifade eder. Kadının sigaraya **hem aktif hem de pasif maruziyetinin olması**, gebeliği boyunca sigara içmesi hem de çevresinde sigara içildiğini ifade eder (21,67).

#### 3.4.1.4. Veri toplama aracının uygulanması

Anneler doğum sonu doğum masasından 30 dk sonra loğusa birimine alındığında, kadınların sosyo-demografik, obstetrik, sigara içme, emzirme özelliklerini sorgulayan anket formu ve Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi uygulandı. Bebek, bebek odasında yenidoğan doktoru tarafından muayene edilip doğum sonu 45 dk içinde anneye emzirmesi için verildi. Anne ve bebeğin loğusa biriminde kaldığı 2-3 saat içinde ise LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı, araştırmacı tarafından gözlem yoluyla dolduruldu. Araştırmanın uygulanması şekil 10' de gösterildi.

**Şekil 10: Doğumhanede araştırmanın uygulanması**



#### 3.5. Araştırmanın Süresi:

Araştırma Şubat 2010 - Ağustos 2011 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi:**

Araştırma sonucunda elde edilen tüm veriler SPSS (İstatistical Package for Social Sciences for Windows Version 15.0) istatistik paket programına kodlanarak analiz edildi.

Bağımsız ölçümlerden oluşan ve normal dağılım gösteren annenin içtiği sigara sayısı, APGAR skoru, gestasyon yaşı vb. yenidoğana ait özellikler ve emzirme puanlarından oluşan veriler t testi ile analiz edildi. Bu veriler, sigara maruziyet gruplarına göre tek yönlü varyans analizi ile de değerlendirildi. Kategorik değer alan değişkenler Ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Çalışmamızda DDA ve emzirme ile ilişkili olduğu düşünülen bazı faktörler ile bir model oluşturularak Multivariate Logistik Regresyon analizi yapıldı.  $P < 0,05$  olasılık değerleri önemli olarak kabul edildi.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü:**

Tez önerisi verildikten sonra çalışmanın yapılabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (EK 2), İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK 3), Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan onay alındı (EK 5). Kadınlar, araştırmacı tarafından çalışmanın amacı ve anket formunun doldurulması ile ilgili bilgilendirildikten sonra, bilgilendirilmiş sözlü onamları alınan kadınlar ile çalışma gerçekleştirildi.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları:**

Literatürde bebeğin doğumdan hemen sonra emzirilmesi gerektiği belirtilmektedir (47). Hastanemizde; bebeğin doğumundan sonra plasentanın da doğumu beklenmekte ve epizyotomi onarımı yapılmaktadır. Bu işlemler annenin doğum masasından en fazla yarım saat sonra kalkıp, loğusa birimine taşınmasına imkan vermektedir. Ayrıca bebek, bebek odasından ancak yenidoğan doktoru tarafından muayene edildikten sonra anneye emzirilmesi için verilmektedir. Anne ile bebeğinin ilk buluşması doğum sonu 30-45dk' da gerçekleşmektedir. Bu nedenle, bebeğin emmeye başlama süreci en az 30 dk' dan sonra gözlemlenebildi. Ayrıca 2000 gr altında doğan bebekler, yenidoğan doktoru

tarafından muayene edilip hemen yenidoğan yoğun bakım ünitesine gönderildiği için araştırma kapsamında olan emzirme durumu değerlendirilmesine alınmadı. Çalışmamız kesitsel tipte bir araştırmadır.

#### 4. BULGULAR

Bu çalışmada bulgular iki bölümde ele alınmış olup, ilk bölümün ilk paragraflarında tüm çalışma grubuna ait özellikler ve ikinci paragraflarında DDA' lı bebeklere ait özellikler belirtilirken, ikinci bölümde sadece emmeyen bebeklere ait özellikler gösterildi.

Birinci bölümde DDA olan ve olmayan yenidoğanlar ile annelerinin özelliklerine yönelik bulgular,

İkinci bölümde ilk 3 saatte emen ve emmeyen yenidoğanlar ile annelerinin özelliklerine yönelik bulgular yer almaktadır.

##### 4.1. DDA Olan ve Olmayan Yenidoğan ile Annelerinin Özellikleri

Araştırma kapsamında toplam 488 gebenin yaş ortalaması  $25,4 \pm 5,2$  iken, bunların %43,4'ü (n=315) ilkokul/ortaokul mezunu olduğunu, %12,3'ü (n=60) gelir getiren bir işte çalıştığını ve %61,5'i (n=300) kendi ifadelerine göre gelirinin gideri ile denk olduğunu bildirdi. Gebelerin %33'ü (n=161) geniş aileye sahipti. Gebelerin %4,7'sinde (n=23) bir kronik hastalık öyküsü söz konusu iken %17,3'ünün (n=4) astımı, %17,3'ünün (n=4) guatrı, %13,0'mının (n=3) romatizması, %8,7'sinin (n=2) mide ülseri, %8,7'sinin (n=2) bel fitiği, %8,7'sinin (n=2) hepatit B' si, %8,7'sinin (n=2) gastriti, %8,7'sinin epilepsisi (n=2), %4,3' ünün (n=1) migreni ve %4,3'ünün (n=1) bronşiti olduğu bulundu. Gebelerin %2,7' sinde (n=13) sürekli ilaç kullanımı söz konusu iken, %38,5' inin (n=5) sindirim sistemi, %23,1' inin (n=3) solunum sistemi, %15,4' ünün (n=2) hormonal sistem, %15,4' ünün (n=2) sinir sistemi ve %7,6' sının (n=1) bağ-ekleme sistemi hastalıkları ilacı olduğu saptandı. Şiddete maruz kalan %6,8 (n=33) gebenin, %51,5'inin fiziksel (n=17), %3,0'mının ekonomik (n=1), %45,5'inin psikolojik (n=15) şiddete maruz kaldığı bulundu. Gebelerin %2'sinin alkol kullandığı (n=1), %99,8' inin (n=487) ise herhangi bir madde kullanmadığı tespit edildi.

Araştırmaya katılan tüm gebelerin %25,2' sinin (n=123) bebekleri 2500gr altındadır.

Çalışma grubunu oluşturan kadınların DDA' lı bebeği olma oranı 15-19 yaş grubunda %35 (n=21) iken, 35-40 yaş grubunda %13,8 (n=4) idi. Kadınların DDA' lı bebeği olma oranı hiç eğitimi olmayan kadınlarda %42,4 (n= 25) iken, üniversite mezunu olanlarda %20,6 (n=7) olduğu belirlendi. Kadınların DDA' lı bebeği olma oranı çalışan kadınlarda %33,3 (n=20) iken, geliri giderinden az olanlarda %29,0 (n=44), çekirdek ailesi olan kadınlarda %25,4 (n=83), kronik hastalığı olanlarda %17,4 (n=4), kronik hastalığından dolayı sürekli ilaç kullananlarda %7,7 (n=1) ve şiddete maruz kalan kadınlarda %51,5 (n=17) idi. Tablo 1' de DDA olan ve olmayan yenidoğanların annelerinin bazı sosyodemografik özellikleri verildi.

**TABLO 1:** DDA olan ve olmayan yenidoğanların annelerinin bazı sosyodemografik özellikleri

	DDA var		DDA yok		Toplam		İstatistik Analiz
	n	%	n	%	n	%	$\chi^2$ ; p
<b>Yaş</b>							
15-19 yaş	21	<b>35,0</b>	39	65,0	60	12,3	5,50; >0,05
20-24 yaş	41	23,3	135	76,7	176	<b>36,1</b>	
25-29 yaş	36	26,3	101	73,7	137	28,1	
30-34 yaş	21	24,4	65	75,6	86	17,6	
35-40 yaş	4	<b>13,8</b>	25	86,2	29	5,9	
<b>Öğrenim durumu</b>							
Hiç eğitimi yok	25	<b>42,4</b>	34	57,6	59	12,1	10,61; <0,05
İlkokul/ortaokul	73	25,5	242	74,5	315	<b>43,4</b>	
Lise	18	22,5	62	77,5	80	16,4	
Üniversite	7	<b>20,6</b>	27	79,4	34	7,0	
<b>Çalışma durumu</b>							
Çalışmıyor	103	24,1	325	75,9	428	87,7	1,93; >0,05
Çalışıyor	20	<b>33,3</b>	40	66,7	60	<b>12,3</b>	
<b>Ailenin aylık geliri</b>							
Geliri giderden az	44	<b>29,0</b>	108	71,0	152	31,1	1,99; >0,05
Geliri giderine denk	72	24,0	228	76,0	300	<b>61,5</b>	
Geliri giderden fazla	7	19,4	29	80,6	36	7,4	
<b>Aile yapısı</b>							
Çekirdek	83	<b>25,4</b>	244	74,6	327	67,0	0,01; >0,05
Geniş	40	24,8	121	75,2	161	<b>33,0</b>	
<b>Kronik hastalık</b>							
Yok	119	25,6	346	74,4	465	95,3	0,40; >0,05
Var*	4	<b>17,4</b>	19	82,6	23	<b>4,7</b>	
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>							
Yok	122	25,7	353	74,3	475	97,3	Fisher; >0,05
Var**	1	<b>7,7</b>	12	23,0	13	<b>2,7</b>	
<b>Şiddete maruziyet</b>							
Yok	106	23,3	349	76,7	455	93,2	11,54; <0,05
Var***	17	<b>51,5</b>	16	48,5	33	<b>6,8</b>	
<b>Toplam</b>	123	<b>25,2</b>	365	74,8	488	100,0	

\* %17,3'ü astım, %17,3'ü guatr, %13,0'ı romatizma, %8,7'si mide ülseri, 8,7'si bel fitiği, % 8,7'si hepatit B, %8,7'si gastrit, %8,7'si epilepsi, %4,3' ü migren ve % 4,3'ü bronşittir.

\*\* %38,5' i sindirim sistemi, %23,1' i solunum sistemi, %15,4' ü hormonal sistem, %15,4' ü sinir sistemi ve %7,6' sı bağ-eklem sistemi hastalıkları ilacıdır.

\*\*\*Şiddete maruz kalanların %51,5' i fiziksel, %3,0'ı ekonomik, %45,5' i psikolojik şiddete maruz kalmıştır.

Gebelerin % 41,8'i (n=204) primigravid ve %49,4'ünün (n=241) ilk doğumuydu. Gebelerin %82' si (n=400) düşük yapmamıştır. Kadınların %10' unun (n=27) daha önce DDA' lı bebeğinin olduğu bulundu. Bu kadınlarda daha önce DDA' lı bebek doğurma sayısı ortalaması 1 ve bu bebeklerin doğum ağırlıkları ortalaması ise 1827,94 ±238,43 gr' idi.

Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) eğitim alan %13,5 (n=66) gebenin %48,5'i (n=32) sağlık ocağında, %39,4'ü (n=26) Zeynep Kamil Hastanesinde, %7,6'sı (n=5) özel hastanede, %3'ü (n=2) belediye kursunda ve %1,5'i (n=1) halk eğitim merkezinde eğitim almıştır. Gebelikleri boyunca (antenatal) anne-bebek eğitimi alan %25 (n=122) gebenin %55'i (n=67) Zeynep Kamil Hastanesinde, %34,4' ü (n=42) sağlık ocağında, %9,8' i (n=12) özel hastanede ve %0,8' si (n=1) halk eğitim merkezinde eğitim almıştır.

Kadınların %67,6'sının (n=330) gebeliklerinin istekli olduğu, %4,1'inin (n=20) gebeliği süresince depresyon geçirdiği belirlendi. Kadınların %1,2'si (n=6) gebeliğinde depresyon tedavisi gördüğünü ifade etti. Kadınların %65,4' ünün (n=319) gebeliğinde Fe ve vitamin kullandığı, %68' inin (n=285) gebelikleri boyunca anormal kilo artışına (11,5kg altı ve 16kg üstü) sahip olmadığı bulundu.

Çalışma grubunu oluşturan kadınların DDA' lı bebeği olma oranı ilk gebeliği olanlarda %25,0 (n=51), üç gebelik geçirenlerde %28,4 (n=25), iki doğum yapan kadınlarda %42,8 (n=36), iki düşüğü olanlarda %40,0 (n=8) ve daha önceden DDA' lı bebeği olanlarda %48,1(n=13) idi. Kadınların DDA' lı bebeği olma oranı prekonsepsiyonel eğitim almayanlarda %26,8 (n=113) ve antenatal eğitim almayanlarda %26,2 (n=96) olduğu belirlendi. Kadınların DDA' lı bebeği olma oranı gebeliği istemeyenlerde %32,3 (n=51), gebeliğinde depresyon geçirenlerde %85,0 (n=17), gebeliğinde Fe ve vitamin kullananlarda %12,5 (n=40) ve gebeliğinde anormal kilo alanlarda %28,1 (n=80) idi. Tablo 2' de DDA olan ve olmayan yenidoğan annelerinin bazı obstetrik öyküleri ve gestasyonel özellikleri verildi.



**TABLO 2:** DDA olan ve olmayan yenidoğanların annelerinin bazı obstetrik ve gestasyonel özellikleri

	DDA var		DDA yok		Toplam		İstatistik Analiz $\chi^2$ ; p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Gebelik sayısı</b>							
1	51	<b>25,0</b>	153	75,0	204	<b>41,8</b>	0,87;>0,05
2	32	23,9	102	76,1	134	27,5	
3	25	<b>28,4</b>	63	71,6	88	18,0	
4	10	26,3	28	73,7	38	7,8	
5 ve üzeri	5	20,8	19	79,2	24	4,9	
<b>Doğum sayısı</b>							
1	66	27,4	175	72,6	241	<b>49,4</b>	3,98;>0,05
2	36	<b>42,8</b>	111	75,5	147	30,1	
3	19	24,7	58	75,3	77	15,8	
4 ve üzeri	2	8,7	21	91,3	23	4,7	
<b>Düşük sayısı</b>							
Yok	90	22,5	310	77,5	400	<b>82,0</b>	8,69;<0,05
1	25	36,8	43	63,2	68	13,9	
2	8	<b>40,0</b>	12	60,0	20	4,1	
<b>Önceki DDA'lı bebek *</b>							
Yok	58	23,9	185	76,1	243	90,0	McNemar ; <0,05
Var	13	<b>48,1</b>	14	51,9	27	<b>10,0</b>	
<b>Prekonsepsiyonel eğitim alma durumu</b>							
Aldı	10	15,1	56	84,9	66	<b>13,5</b>	3,50;>0,05
Almadı	113	<b>26,8</b>	309	73,2	422	86,5	
<b>Antenatal eğitim alma durumu</b>							
Aldı	27	22,1	95	77,9	122	<b>25,0</b>	1,01;>0,05
Almadı	96	<b>26,2</b>	270	73,8	366	75,0	
<b>Gebelik isteği</b>							
İstemedi	51	<b>32,3</b>	107	67,7	158	32,4	6,20;<0,05
İstediydi	72	21,8	258	78,2	330	<b>67,6</b>	
<b>Gebelik süresince depresyon</b>							
Geçirmedi	106	22,6	362	77,4	468	95,9	36,31;<0,05
Geçirdi	17	<b>85,0</b>	3	15,0	20	<b>4,1</b>	
<b>Gebelikte Fe ve vitamin kullanımı</b>							
Kullanmadı	83	49,1	86	50,9	169	34,6	78,38;<0,05
Kullandı	40	<b>12,5</b>	279	87,5	319	<b>65,4</b>	
<b>Gebelikte kilo alımı**</b>							
Normal	17	12,7	117	87,3	134	32,0	12,12;<0,05
Anormal	80	<b>28,1</b>	205	71,9	285	<b>68,0</b>	
<b>Toplam</b>	123	25,2	365	74,8	488	100,0	

\* Daha önce düşük doğum ağırlıklı bebek doğurup doğurmadığını bilmeyenler (n=14) ve primigravidalar (n=204) çıkarılmıştır.

\*\* Gebeliği boyunca kaç kilo aldığını bilmeyenler (n=69) çıkarılmıştır.

Bebeklerin %52,3' ünün (n=255) kız, %99,4' ünün (n=485) boyunun normal sınırlarda, %95,9' unun (n=468) baş çevresinin normal sınırlarda ve gestasyon yaşı son adet tarihi (SAT)' ne göre %91' inin (n=343), ultrason (USG)' a göre %61,3' ünün (n=299) 37 haftadan büyük olduğu belirlendi. Bebeklerin %98'inin (n=478) APGAR skoru 7 ve üzerinde olup; APGAR değerlendirme kriterlerine göre %83,8'inin (n=408) tüm vücudu pembe, %92' sinin (n=448) kalp atımı 100/dk' dan fazla, %69,3' ünün (n=338) solunumunun düzenli olduğu, %65,4' ünün (n=319) ağlayarak uyarıya yanıt verdiği, %72,7' sinin (n=354) kas tonüsünün hareketli olduğu bulundu. Sadece 1 bebekte yarı damak olduğu bulundu. Bebeklerin %49,4'ü (n=241) ilk 5 dakikada emmeye başladı, %28,1' i (n=130) ise 3 kez (ortalama 3) emdi.

Çalışma grubunda DDA' lı olma oranı erkek bebeklerde %25,3 (n=59) iken kadın bebeklerde %25,1 (n=64) idi. DDA' lı olma oranı boyu anormal olan bebeklerde %33,3 (n=1) iken baş çevresi anormal olanların tümünün DDA' lı olduğu bulundu. DDA' lı olma oranı gestasyon yaşı SAT' a ve USG' ye göre 37 haftadan küçük olan bebeklerde sırasıyla %55,9 (n=19) ve %34,9 (n=66) idi. DDA' lı olma oranı APGAR skoruna göre orta derecede deprese olan bebeklerde %90,0 (n=9) idi. DDA' lı olma oranı ilk 5 dakikada aktif emmeye başlayanlarda %2,2 (n=5) iken 2-3 saat içinde aktif emmeye başlayanlarda %95,4 (n=42) olduğu ve 1 kez emenlerde %66,7 (n=30) iken 4-5 kez emenlerde %1,6 (n=2) olduğu belirlendi. Tablo 3' de DDA olan ve olmayan yenidoğanlara ait bazı özellikler verildi.

**TABLO 3:** DDA olan ve olmayan yenidoğanlara ait bazı özellikler

	DDA var		DDA yok		Toplam		İstatistik Analiz
	n	%	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>							$\chi^2$ ; p
Erkek	59	<b>25,3</b>	174	74,7	233	47,7	0,003;
Kız	64	<b>25,1</b>	191	74,9	255	<b>52,3</b>	>0,05
<b>Boy</b>							
Normal	122	25,1	363	74,9	485	<b>99,4</b>	0,10;
Anormal	1	<b>33,3</b>	2	66,7	3	0,6	>0,05
<b>Baş çevresi</b>							
Normal	103	22,0	365	78,0	468	<b>95,9</b>	57,82
Anormal	20	<b>100,0</b>	0	0,0	20	4,1	; <0,05
<b>SAT' a göre gestasyon yaşı**</b>							
<37 hafta	19	<b>55,9</b>	15	44,1	34	9,0	24,01;
≥37 hafta	62	18,1	281	81,9	343	<b>91,0</b>	<0,05
<b>USG' ye göre gestasyon yaşı</b>							
<37 hafta	66	<b>34,9</b>	123	65,1	189	38,7	15,44;
≥37 hafta	57	19,1	242	80,9	299	<b>61,3</b>	<0,05
<b>APGAR skoru</b>							
Orta Derecede Deprese	9	<b>90,0</b>	1	10,0	10	2,0	Fisher;
İyi	114	23,8	364	76,2	478	<b>98,0</b>	<0,05
<b>Toplam</b>	123	25,2	365	74,8	488	100,0	
<b>Aktif emmeye başlama zamanı*</b>							
İlk 5 dakikada (a)	5	<b>2,2</b>	223	97,8	228	<b>49,4</b>	256,94; <0,05
İlk 15 dakikada (b)	2	4,5	42	95,5	44	9,5	
İlk yarım saatte (c)	1	3,0	32	97,0	33	7,1	
½ -1 saat içinde (d)	7	19,4	29	80,6	36	7,8	
1-2 saat içinde (e)	26	59,1	18	40,9	44	9,5	
2-3 saat içinde (f)	42	<b>95,4</b>	2	4,6	44	9,5	
Bebek hiç ememedi (g)	14	42,4	19	57,6	33	7,1	
<b>Anlamli fark</b>	<b>a,b,c&lt;d&lt;e,g&lt;f</b>		<b>a,b,c&gt;d&gt;e,g&gt;f</b>				
<b>Emzirilme sayısı*</b>							
1 kez (a)	30	<b>66,7</b>	15	33,3	45	9,7	141,89; <0,05
2 kez (b)	48	37,2	81	62,8	129	27,9	
3 kez (c)	3	2,3	127	97,7	130	<b>28,1</b>	
4 – 5 kez (d)	2	<b>1,6</b>	123	98,4	125	27,1	
Bebek hiç ememedi (e)	14	42,4	19	57,6	33	7,1	
<b>Anlamli fark</b>	<b>a&gt;b,e&gt;c,d</b>		<b>a&lt;b,e&lt;c,d</b>				
<b>Toplam</b>	97	21,0	365	79,0	462	100,0	

\*2000gr altı yoğun bakıma çıkarılan bebekler (n=26) değerlendirmeden çıkarılmıştır.

\*\*SAT'ını bilmeyenler (n=111) çıkarılmıştır.

Gebelerin % 51,4' ünün (n=251) gebelik öncesi son 3 ay sigara içtiği, içenlerin günde ortalama 12,49 adet tükettiği belirlendi. Gebelerin %48,8'inin (n=238) gebelikleri boyunca sigara içtiği, içenlerin günde ortalama 5,6 adet tükettiği saptandı. Gebelerin %6,1'inin (n=30) gebeliğin herhangi bir döneminde sigara içip bıraktığı, sigarayı bırakan gebelerin ortalama 3,6 ay, günde ortalama 8,10 adet tükettiği belirlendi. Gebelerin % 35,9' unun (n=175) aktif ve pasif şekilde sigaraya maruz kalmadığı, % 22,5' inin (n=110) sigara içtiği gibi pasif sigara dumanına da maruz kaldığı bulundu. Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testine göre gebelerin %47,9'unun (n=114) çok az bağımlı olduğu belirlendi.

Çalışma grubunu oluşturan kadınların DDA' lı bebeği olma oranı gebelik öncesi son 3 ay sigara içenlerde %47,4 (n=119), gebeliği süresince içmeye devam edenlerde %50,4 (n=120), gebeliğin herhangi bir döneminde sigara içip bırakanlarda da %20,0 (n=6) idi. Kadınların DDA' lı bebeği olma oranı gebeliğinde sigaraya maruz kalmayanlarda %1,7 (n=3), gebeliğinde sigaraya aktif şekilde maruz kalanlarda %57,1 (n=72) iken pasif şekilde maruz kalanların hiçbirinin DDA' lı bebeği olmadığı belirlendi. Kadınların DDA' lı bebeği olma oranı sigaraya çok az bağımlı olanlarda %19,3 (n=22) iken yüksek bağımlı olanlarda %95,7 (n=45) idi. Tablo 4' de DDA olan ve olmayan yenidoğan annelerinin bazı gestasyonel sigaraya maruziyet özellikleri verildi.

**TABLO 4:** DDA olan ve olmayan yenidoğanların annelerinin bazı gestasyonel sigaraya maruziyet özellikleri

	DDA var		DDA yok		Toplam		İstatistik Analiz x <sup>2</sup> ; p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Gebelik öncesi son 3 ay sigara</b>							
İçti	119	47,4	132	52,6	251	51,4	135,18; <0,05
İçmedi	4	1,6	233	98,4	237	48,6	
<b>Gebelik süresince sigara</b>							
İçti*	120	50,4	118	49,6	238	48,8	156,68; <0,05
İçmedi	3	1,2	247	98,8	250	51,2	
<b>Gebelikte sigara içiminin bırakılması</b>							
Bıraktı*	6	20,0	24	80,0	30	6,1	0,45; >0,05
Bırakmadı	117	25,5	341	74,5	458	93,9	
<b>Gebelikte sigaraya maruziyet</b>							
Maruziyet yok (a)	3	1,7	172	98,3	175	35,9	165,16; <0,05
Aktif maruziyet var (b)	72	57,1	54	42,9	126	25,8	
Aktif ve pasif maruziyet var(c)	48	43,6	62	56,4	110	22,5	
Pasif maruziyet var (d)	0	0,0	77	100,0	77	15,8	
<b>Toplam</b>	123	25,2	365	74,8	488	100,0	
<b>Anlamli fark</b>	b > c > a,d		b > c > a,d				
<b>Fagerström testine göre bağımlılık durumu</b>							
Çok az bağımlı (a)	22	19,3	92	80,7	114	47,9	110,60; <0,05
Az bağımlı (b)	15	42,8	20	57,2	35	14,7	
Orta bağımlı (c)	25	89,3	3	10,7	28	11,8	
Yüksek bağımlı (d)	45	95,7	2	4,3	47	19,7	
Çok yüksek bağımlı (e)	13	92,8	1	7,2	14	5,9	
<b>Toplam</b>	120	50,4	118	49,6	238	100,0	
<b>Anlamli fark</b>	a<b<c,d,e		a>b>c,d,e				

\*Bu gebelerin %36,7' si 3. ay, %30' u 4. ay, %16,6' sı 2. ay, %10,0' ı 5. ay ve %6,7' si 7. ay sigara içmeyi bırakmıştır.

Gebelerin gestasyon yaşı SAT' a göre ortalama 38,89 ve USG' ye göre 37,32 hafta idi. Bebeğin APGAR skoru değerlendirilmesine göre; 1. dk APGAR skoru ortalaması 8,83 ve 5. dk APGAR skoru ortalaması 9,50 idi. Gebelikte günlük içilen sigara miktarı ortalaması 5,62, LATCH' e göre emzirme skoru ortalaması 8,15 idi.

DDA' lı bebekler SAT' a göre ortalama 37,63, USG' ye göre ortalama 36,82 gestasyon yaşında olup, 1.dk ortalama 7,07 ve 5.dk ortalama 8,83 APGAR skoruna

sahipti. DDA' lı bebek annelerinin gebeliklerinde günde ortalama 16,91 adet sigara içtiği, ortalama 5,64 LATCH skoruna sahip olduğu belirlendi. Tablo 5' de anne ve yenidoğana ait bazı özelliklerin DDA' ya göre dağılımı verildi.

**TABLO 5:** Anne ve yenidoğana ait bazı özelliklerin DDA' ya göre dağılımı

	<b>DDA var</b>	<b>DDA yok</b>	<b>Genel ort.</b>	<b>İstatistik Analiz T; p</b>
	<b>X ±SD</b>	<b>X ±SD</b>	<b>X ±SD</b>	
<b>SAT'a göre gestasyon yaşı*</b>	<b>37,63±1,57</b>	<b>39,23±1,46</b>	<b>38,89±1,62</b>	<b>8,58;&lt;0,05</b>
<b>USG' ye göre gestasyon yaşı</b>	<b>36,82±1,54</b>	<b>37,49±1,37</b>	<b>37,32±1,45</b>	<b>4,53;&lt;0,05</b>
<b>1.dk APGAR skoru</b>	<b>7,07±1,12</b>	<b>9,41±1,12</b>	<b>8,83±1,51</b>	<b>20,00;&lt;0,05</b>
<b>5.dk APGAR skoru</b>	<b>8,83±1,37</b>	<b>9,72±0,66</b>	<b>9,50±0,97</b>	<b>6,90;&lt;0,05</b>
<b>Gebelikte günlük içilen sigara miktarı</b>	<b>16,91±8,83</b>	<b>1,82±3,87</b>	<b>5,62±8,59</b>	<b>-18,35;&lt;0,05</b>
<b>LATCH skoru**</b>	<b>5,64±1,67</b>	<b>8,80±1,58</b>	<b>8,15±2,02</b>	<b>17,21;&lt;0,05</b>

\*Toplam değerlendirilirken SAT'ını bilmeyenler (n=111) çıkarılmıştır.

\*\*2000gr altı yoğun bakıma çıkarılan bebekler (n=26) değerlendirmeden çıkarılmıştır

Bölüm 1'deki tablolarda DDA ile ilişkili olabileceği belirlenen bazı değişkenler çalışmamızdaki tüm bebekler için oluşturulan lojistik regresyon analizi ile tablo 6' da değerlendirildi.

**TABLO 6:** Logistik regresyon analizine göre çalışmamızdaki tüm bebeklerde DDA ile ilişkili bazı değişkenler

	$\beta$	P	Odds oranı (%95,0 güven aralığı)	
<b>Annenin yaşı (referans 35-40 yaş)</b>		0,774		
15-19 yaş	0,9	0,218	2,6	(0,6-11,7)
20-24 yaş	0,5	0,449	1,7	(0,5-7,1)
25-29 yaş	0,7	0,340	2,0	(0,4-8,4)
30-34 yaş	0,7	0,383	2,0	(0,4-9,1)
<b>Annenin öğrenim durumu (referans üniversite)</b>		0,333		
Okuryazar/okuryazar değil	0,4	0,532	1,5	(0,4-5,7)
İlkokul/ortaokul	0,2	0,694	1,2	(0,3-2,4)
Lise	0,3	0,592	1,4	(0,4-4,8)
<b>Şiddete maruz kalınması (referans maruz kalmaması)</b>	0,5	0,385	1,6	(0,5-4,7)
<b>Düşük sayısı (referans düşük olmaması)</b>	0,6	0,105	1,8	(0,9-3,7)
<b>Gebelik isteği (referans istemesi)</b>	0,1	0,740	1,0	(0,5-1,6)
<b>Gebelikte depresyon geçirmesi (referans geçirmemesi)</b>	1,3	0,053	3,7	(1,0-14,2)
<b>Gebelikte Fe ve vitamin kullanımı (referans kullanması)</b>	1,6	<b>0,000</b>	<b>4,8</b>	(2,6-8,6)
<b>Gebelikte alınan kilo (referans normal kilo alması)</b>	0,6	0,844	1,1	(0,5-1,7)
<b>USG' ye göre gestasyon yaşı (referans 37 haftadan büyük olması)</b>	0,6	0,056	1,7	(1,0-3,2)
<b>Gebelikte sigara içimi (referans içmemesi)</b>	4,0	<b>0,000</b>	<b>56,3</b>	(17,1-185,5)

Bölüm 1'deki tablolarda DDA ile ilişkili olabileceği belirlenen bazı değişkenler miadında doğan bebekler için oluşturulan lojistik regresyon analizi ile tablo 7' de değerlendirildi.

**TABLO 7:** Logistik regresyon analizine göre miadında doğan bebeklerde DDA ile ilişkili bazı değişkenler

	$\beta$	P	Odds oranı (% 95,0 güven aralığı)	
<b>Annenin yaşı (referans 35-40 yaş)</b>		0,251		
15-19 yaş	1,7	0,179	5,9	(0,4-79,4)
20-24 yaş	0,2	0,826	1,2	(0,1-12,6)
25-29 yaş	0,9	0,419	2,6	(0,2-26,8)
30-34 yaş	0,3	0,786	1,4	(0,1-16,5)
<b>Annenin öğrenim durumu (referans üniversite)</b>		0,420		
Okuryazar/okuryazar değil	0,3	0,673	1,4	(0,2-7,8)
İlkokul/ortaokul	0,4	0,476	0,6	(0,1-2,3)
Lise	0,1	0,871	1,1	(0,2-5,2)
<b>Şiddete maruz kalınması (referans maruz kalmaması)</b>	0,2	0,763	0,7	(0,1-4,2)
<b>Düşük sayısı (referans düşük olmaması)</b>	0,5	0,347	1,6	(0,5-5,0)
<b>Gebelik isteği (referans istemesi)</b>	0,5	0,212	0,5	(0,2-1,3)
<b>Gebelikte depresyon geçirmesi (referans geçirmemesi)</b>	0,9	0,329	2,6	(0,3-19,3)
<b>Gebelikte Fe ve vitamin kullanımı (referans kullanması)</b>	1,4	<b>0,001</b>	<b>4,1</b>	(1,8-9,6)
<b>Gebelikte alınan kilo (referans normal kilo alması)</b>	0,2	0,556	0,7	(0,3-1,8)
<b>Gebelikte sigara içimi (referans içmemesi)</b>	20,9	0,994	1E+009*	(0,0- )

\*1E+009 ifadesi , 1244549951,018 ile eş değerdir.

#### 4.2. İlk 3 Saatte Emen ve Emmeyen Yenidoğanlar ile Gebelerin Özellikleri

Bebeklerin % 5,3'ü (n=26) 2000gr altında doğduğundan yoğun bakıma çıkarıldı ve anneler bebeğini hiç kucağına alamadı. Bu nedenle bölüm 2' deki tüm tablolarda n=462 olarak ele alındı. Araştırmaya katılan tüm gebelerin %7,1' inin (n=33) bebekleri ilk 3 saatte emmedi.

Çalışma grubunu oluşturan kadınların bebeklerinin ilk 3 saate emmeme oranıtısı 15-19 yaş ve 35-40 yaş grubunda %3,6 (n=1) iken 25-29 yaş grubunda %11,5 (n=15) idi. Bu kadınların bebeklerinin ilk 3 saate emmeme oranıtısının hiç eğitimi olmayanlarda %6,0 (n=3) iken üniversite mezunu olanlarda %9,4 (n=3), çalışmayanlarda %7,9



(n=32), geliri giderinden az olanlarda %8,6 (n=12) ve geniş ailesi olanlarda %9,1 (n=14) olduğu belirlendi. Bu kadınların bebeklerinin ilk 3 saate emmeme orantısı kronik hastalığı olanlarda %4,8 (n=1), kronik hastalığından dolayı sürekli ilaç kullananlarda %7,7 (n=1) ve şiddete maruz kalanlarda %3,7 (n=1) idi. Tablo 7' de emziren ve emzirmeyen annelerin bazı sosyodemografik özellikleri verildi.

**TABLO 8:** Emziren ve emzirmeyen annelerin bazı sosyodemografik özellikleri\*

Yaş	Emzirme var		Emzirme yok		Toplam		İstatistik Analiz x <sup>2</sup> ; p
	n	%	n	%	n	%	
15-19 yaş	53	96,4	2	3,6	55	11,9	5,92;>0,05
20-24 yaş	155	93,4	11	6,6	166	35,9	
25-29 yaş	116	88,5	15	11,5	131	28,4	
30-34 yaş	78	95,1	4	4,9	82	17,7	
35-40 yaş	27	96,4	1	3,6	28	6,1	
<b>Öğrenim durumu</b>							0,39;>0,05
Hiç eğitimi yok	47	94,0	3	6,0	50	10,8	
İlkokul/ortaokul	281	93,0	21	7,0	302	65,4	
Lise	72	92,3	6	7,7	78	16,9	
Üniversite	29	90,6	3	9,4	32	6,9	
<b>Çalışma durumu</b>							Fisher;>0,05
Çalışmıyor	376	92,1	32	7,9	408	88,3	
Çalışıyor	53	98,1	1	1,9	54	11,7	
<b>Ailenin aylık geliri</b>							0,68;>0,05
Geliri giderden az	127	91,4	12	8,6	139	30,1	
Geliri giderine denk	270	93,4	19	6,6	289	62,6	
Geliri giderden fazla	32	94,1	2	5,9	34	7,4	
<b>Aile yapısı</b>							0,91;>0,05
Çekirdek	289	93,8	19	6,2	308	66,7	
Geniş	140	90,9	14	9,1	154	33,3	
<b>Kronik hastalık</b>							Fisher;>0,05
Yok	409	92,7	32	7,3	441	95,5	
Var**	20	95,2	1	4,8	21	4,5	
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>							Fisher;>0,05
Yok	417	92,9	32	7,1	449	97,2	
Var***	12	92,3	1	7,7	13	2,8	
<b>Şiddete maruziyet</b>							Fisher;>0,05
Yok	403	92,6	32	7,4	435	94,2	
Var*** *	26	96,3	1	3,7	27	5,8	
<b>Toplam</b>	429	92,9	33	7,1	462	100,0	

\*2000gr altı yoğun bakıma çıkarılan bebekler (n=26) değerlendirmeden çıkarılmıştır.

\*\* %17,3'ü astım, %17,3'ü guatr, %13,0'ı romatizma, %8,7'si mide ülseri, 8,7'si bel fitiği, % 8,7'si hepatit B, %8,7'si gastrit, %8,7'si epilepsi, %4,3' ü migren ve % 4,3'ü bronşit

\*\*\* %38,5' i sindirim sistemi, %23,1' i solunum sistemi, %15,4' ü hormonal sistem, %15,4' ü sinir sistemi ve %7,6' sı bağ-eklem sistemi hastalıkları ilacıdır.

\*\*\*\* Şiddete maruz kalanların %51,5' i fiziksel (n=17), %3,0'ı ekonomik (n=1), %45,5' i psikolojik (n=15) şiddete maruz kalmıştır.

Annelerin %52,6' sının (n=243) emzirme deneyimi olmadığı, %18,2' sine (n=84) travay sırasında dolantin ve türevi gibi analjezik bir ilaç uygulandığı bulundu.

Çalışma grubunu oluşturan kadınların bebeklerinin ilk 3 saate emmeme oranıtısı ilk gebeliği olanlarda %6,9 (n=13) iken 3 yada 4 gebelik geçirenlerde %8,3 (n=3) idi. 5 ve üzeri gebelik geçiren ile 4 ve üzeri doğum yapan kadınların hepsinin bebeği emdi. Kadınların bebeklerinin ilk 3 saate emmeme oranıtısı ilk doğumu olanlarda %9,4 (n= 21) iken, 3 doğum yapan kadınlarda %5,3 (n=4) idi. Kadınların bebeklerinin ilk 3 saate emmeme oranıtısı 1 yada 2 düşüğü olanlarda %7,7 (n=6), emzirme deneyimi olmayanlarda %9,9 (n=24) idi. Çalışma grubunu oluşturan kadınların bebeklerinin ilk 3 saate emmeme oranıtısı prekonsepsiyonel eğitim almayanlarda %8,1 (n=32) ve antenatal eğitim almayanlarda %7,8 (n=27) olduğu belirlendi. Kadınların bebeklerinin ilk 3 saate emmeme oranıtısı gebeliği istemeyenlerde %7,8 (n=27) idi. Gebeliğinde depresyon geçiren kadınların hepsinin bebeği emdi. Kadınların bebeklerinin ilk 3 saate emmeme oranıtısı gebeliğinde Fe ve vitamin kullananlarda %7,0 (n=22) ve travay sırasında analjezi uygulananlarda %6,0 (n=5) idi. Tablo 8' de emziren ve emzirmeyen annelerin bazı obstetrik öyküleri ve gestasyonel özellikleri verildi.

**TABLO 9:** Emziren ve emzirmeyen annelerin bazı obstetrik öyküleri ve gestasyonel özellikleri\*

	Emzirme var		Emzirme yok		Toplam		İstatistik Analiz x <sup>2</sup> ; p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Gebelik sayısı</b>							
1	178	93,1	13	<b>6,9</b>	191	41,3	1,87;>0,05
2	121	92,4	10	7,6	131	28,4	
3	77	91,7	7	8,3	84	18,2	
4	33	91,7	3	<b>8,3</b>	36	7,8	
5 ve üzeri	20	100,0	0	<b>0,0</b>	20	4,3	
<b>Doğum sayısı</b>							
1	202	90,6	21	<b>9,4</b>	223	48,3	4,24;>0,05
2	135	94,4	8	5,6	143	31,0	
3	71	94,7	4	<b>5,3</b>	75	16,2	
4 ve üzeri	21	100,0	0	<b>0,0</b>	21	4,5	
<b>Düşük sayısı</b>							
Yok	357	93,0	27	7,0	384	83,1	Fisher; >0,05
1-2	72	92,3	6	<b>7,7</b>	78	16,9	
<b>Emzirme deneyimi</b>							
Yok	219	90,1	24	<b>9,9</b>	243	<b>52,6</b>	4,94;<0,05
Var	210	95,9	9	4,1	219	47,4	
<b>Prekonsepsiyonel eğitim alma durumu</b>							
Aldı	64	98,5	1	1,5	65	14,1	Fisher; >0,05
Almadı	365	91,9	32	<b>8,1</b>	397	85,9	
<b>Antenatal eğitim alma</b>							
Aldı	109	94,8	6	5,2	115	24,9	0,51;>0,05
Almadı	320	92,2	27	<b>7,8</b>	347	75,1	
<b>Gebelik isteği</b>							
İstemedi	130	92,2	11	<b>7,8</b>	141	30,5	0,02;>0,05
İstediydi	299	93,1	22	6,9	321	69,5	
<b>Gebelik süresince depresyon</b>							
Geçirmedi	411	92,6	33	7,4	444	96,1	Fisher; >0,05
Geçirdi	18	100,0	0	<b>0,0</b>	18	3,9	
<b>Gebelikte Fe ve vitamin kullanımı</b>							
Kullanmadı	138	92,6	11	7,4	149	32,3	0,00; >0,05
Kullandı	291	93,0	22	<b>7,0</b>	313	67,7	
<b>Travay sırasında analjezi</b>							
Uygulanmadı	350	92,6	28	7,4	378	81,8	0,05; >0,05
Uygulandı	79	94,0	5	<b>6,0</b>	84	<b>18,2</b>	
<b>Toplam</b>	429	92,9	33	7,1	462	100,0	

\*2000gr altı yoğun bakıma çıkarılan bebekler (n=26) değerlendirmeden çıkarılmıştır.

Bebeklerin %97,2'sinin (n=449) doğumuna müdahale olmadığı ve %24,5'inin (n=113) emme refleksi damak uyarısı ile sağlanarak, %59,5'inin (n=275) hiçbir yöntem kullanılmadan kendiliğinden, emmeye başlatıldığı belirlendi.

Çalışma grubunda bebeklerin ilk 3 saate emmeme oranıtısı erkek bebeklerde %8,2 (n=18) iken kadın bebeklerde %6,2 (n=15) idi. Bebeklerin ilk 3 saate emmeme oranıtısı DDA' lı olan bebeklerde %4,4 (n=14) idi. Boy ve baş çevresi anormal olan bebeklerin hiçbiri emmedi. Bebeklerin ilk 3 saate emmeme oranıtısı gestasyon yaşı USG' ye göre 37 haftadan küçük olanlarda %7,0 (n=12), doğumuna müdahale olan bebeklerde %7,7 (n=1) ve emme refleksi damak uyarısıyla sağlanan bebeklerde %17,7 (n=20) olduğu bulundu. Tablo 9' da ilk üç saatte emzirilen ve emzirmeyen yenidoğanlara ait bazı özellikler verildi.

**TABLO 10:** İlk 3 saatte emzirilen ve emzirlmeyen yenidoğanlara ait bazı özellikler\*

	Emzirme var		Emzirme yok		Toplam		İstatistik Analiz x <sup>2</sup> ; p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>							
Erkek	201	91,8	18	8,2	219	47,4	0,45;
Kız	228	93,8	15	6,2	243	52,6	>0,05
<b>Doğum ağırlığı</b>							
≥2500gr	346	94,8	19	5,2	365	79,0	8,50;
<2500gr	83	85,6	14	4,4	97	21,0	<0,05
<b>Boy</b>							
Normal	426	92,8	33	7,2	459	99,4	Fisher;
Anormal	3	100,0	0	0,0	3	0,6	>0,05
<b>Baş çevresi</b>							
Normal	418	92,7	33	7,3	451	97,6	Fisher;
Anormal	11	100,0	0	0,0	11	2,4	>0,05
<b>USG' ye göre gestasyon yaşı</b>							
<37 hafta	160	93,0	12	7,0	172	37,2	0,00;
≥37 hafta	269	92,7	21	7,3	290	62,8	>0,05
<b>Doğuma müdahale</b>							
Var	12	92,3	1	7,7	13	2,8	Fisher;
Yok	417	92,9	32	7,1	449	97,2	>0,05
<b>Bebek ilk emmeye başlatılırken kullanılan yöntem</b>							
Anne sütü elle sağılarak vb. (a)	62	83,8	12	16,2	74	16,0	47,22;
Emme refleksi damak uyarısı sağlanarak (b)	93	82,3	20	17,7	113	24,5	<0,05
Hiçbir yöntem kullanılmadı (c)	274	99,6	1	0,4	275	59,5	
<b>Anlamlı fark</b>		a , b < c		a , b > c			
<b>Toplam</b>	429	92,9	33	7,1	462	100,0	

\*2000gr altı yoğun bakıma çıkarılan bebekler (n=26) değerlendirmeden çıkarılmıştır.

Çalışma grubunu oluşturan kadınların bebeklerinin ilk 3 saate emmeme oranısı gebelik öncesi son 3 ay sigara içenlerde %10,7 (n=24), gebeliği süresince içmeye devam edenlerde %11,7 (n=25), gebeliğin herhangi bir döneminde sigara içip bırakanlarda da %6,7 (n=2) idi. Kadınların bebeklerinin ilk 3 saate emmeme oranısı, gebeliğinde sigaraya maruz kalmayanlarda %2,3 (n=4) iken gebeliğinde sigaraya pasif şekilde maruz kalanlarda %6,5 (n=5) olduğu belirlendi. Kadınların bebeklerinin ilk 3 saate emmeme oranısı, sigaraya az bağımlı olanlarda %11,4 (n=4) iken çok yüksek

bağımlı olanlarda 57,2 (n=8) idi. Tablo 10' da emziren ve emzirmeyen annelerin bazı gestasyonel sigaraya maruziyet özellikleri verildi.

**TABLO 11:** Emziren ve emzirmeyen annelerin bazı gestasyonel sigaraya maruziyet özellikleri

	Emzirme var		Emzirme yok		Toplam		İstatistik Analiz x <sup>2</sup> ; p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Gebelikten önceki son 3 ay sigara*</b>							
İçti	201	89,3	24	10,7	225	48,7	8,21; <0,05
İçmedi	228	96,2	9	3,8	237	51,3	
<b>Gebelik süresince sigara*</b>							
İçti	188	88,3	25	11,7	213	46,1	12,57; <0,05
İçmedi	241	96,8	8	3,2	249	53,9	
<b>Gebelikte sigara içiminin bırakılması*</b>							
Bıraktı	28	93,3	2	6,7	30	6,5	0,01; >0,05
Bırakmadı	401	92,8	31	7,2	432	93,5	
<b>Gebelikte sigaraya maruziyet*</b>							
Maruziyet yok (a)	170	97,7	4	2,3	174	37,7	12,55; <0,05
Aktif maruziyet (b)	99	90,0	11	10,0	110	23,8	
Aktif ve pasif maruziyet (c)	88	87,1	13	2,9	101	21,9	
Pasif maruziyet (d)	72	93,5	5	6,5	77	16,7	
<b>Toplam</b>	429	92,9	33	7,1	462	100,0	
<b>Anlamli fark</b>	a> b,c, d		a <b ,c, d				
<b>Fagerström testi**</b>							
Çok az bağımlı (a)	96	84,2	18	15,8	114	47,9	16,36; <0,05
Az bağımlı (b)	31	88,6	4	11,4	35	14,7	
Orta bağımlı (c)	20	71,4	8	28,6	28	11,8	
Yüksek bağımlı (d)	35	74,5	12	25,5	47	19,7	
Çok yüksek bağımlı (e)	6	42,8	8	57,2	14	5,9	
<b>Toplam</b>	188	79,0	50	21,0	238	100,0	
<b>Anlamli fark</b>	a,b,c,d>e		a,b,c,d< e				

\*2000gr altı yoğun bakıma çıkarılan bebekler (n=26) değerlendirmeden çıkarılmıştır.

\*\*Gebeliği süresince sigara içmeyenler (n=250) değerlendirmeden çıkarılmıştır.

Emmeyen bebekler SAT' a göre 38,30, USG' ye göre 37,31 gestasyon yaşı ortalamasına sahip olup, 1.dk 8,18, 5. dk 9,06 APGAR skoru ortalamasına sahipti. Bu bebeklerin LATCH skoru ortalaması ise 4,63 idi. Emmeyen bebeklerin annelerinin

gebeliklerinde günde ortalama 9,69 adet sigara içtiği belirlendi. Tablo 11’ de anne ve yenidoğana ait bazı özelliklerin emzirmeye göre dağılımı verildi.

**TABLO 12:** Anne ve yenidoğana ait bazı özelliklerin emzirmeye göre dağılımı\*

	<b>Emzirme var</b> X ±SD	<b>Emzirme yok</b> X ±SD	<b>Genel ortalama</b> X ±SD	<b>İstatistik Analiz</b> T ; p
<b>USG’ ye göre gestasyon yaşı</b>	37,38±1,43	<b>37,31±1,38</b>	37,37±1,42	0,26; >0,05
<b>1.dk APGAR skoru</b>	9,04±1,35	<b>8,18±1,48</b>	8,98±1,37	3,51; <0,05
<b>5.dk APGAR skoru</b>	9,68±0,70	<b>9,06±1,02</b>	9,64±0,74	3,43; <0,05
<b>Gebelikte günlük içilen sigara miktarı</b>	4,44±7,35	<b>9,69±10,36</b>	4,82±7,71	-2,85; <0,05
<b>LATCH skoru</b>	8,41±1,84	<b>4,63±1,24</b>	8,14±2,05	16,10; <0,05

\*Doğum ağırlığı 2000 gr altı olan ( n=26) bebekler yoğun bakıma çıkarıldığından değerlendirilemedi.

Gebelikte sigaraya aktif şekilde maruz kalan bebeğin doğum ağırlığı ortalaması 2541gr, boy ortalaması 48,5cm, baş çevresi ortalaması 32,9, APGAR skoru 1.dk ortalaması 7,8, 5.dk ortalaması 9,1 ve LATCH emzirme skoru ortalaması 7,0’ dır. Tablo 12’ de gebelikte sigaraya maruz kalmanın yenidoğana ait bazı özelliklere ve LATCH emzirme skoruna göre dağılımı verildi.

**TABLO 13:** Gebelikte sigaraya maruz kalmanın yenidoğana ait bazı özelliklere ve LATCH emzirme skoruna göre dağılımı

<b>Sigara maruziyeti</b>	<b>Doğum ağırlığı</b> X±SD	<b>Boy</b> X±SD	<b>Baş Çevresi</b> X±SD	<b>1.dk APGAR skoru</b> X±SD	<b>5.dk APGAR skoru</b> X±SD	<b>LATCH skoru*</b> X±SD
<b>Maruziyet yok-a (n=175)</b>	3274±0,3	50,2±1,5	34,3±0,9	9,6±1,1	9,7±0,7	9,1±1,2
<b>Pasif maruziyet-b (n=77)</b>	3284±0,4	50,3±1,6	34,1±0,9	9,8±0,8	9,9±0,5	9,1±1,5
<b>Aktif maruziyet-c (n=126)</b>	<b>2541±0,5</b>	<b>48,5±1,9</b>	<b>32,9±1,1</b>	<b>7,8±1,4</b>	<b>9,1±1,1</b>	<b>7,0±2,1</b>
<b>Aktif ve pasif maruziyet-d (n=110)</b>	2705±0,6	48,8±1,7	33,2±1,3	8,2±1,5	9,2±1,1	<b>6,9±2,2</b>
<b>Analiz (n=488)</b>	F=74,97 P<0,05	F=38,11 P<0,05	F=56,22 P<0,05	F=74,85 P<0,05	F=15,68 P<0,05	F=60,74 P<0,05
<b>Anlamlı Fark</b>	a,b>d>c	a,b>d>c	a,b>d>c	a,b>d>c	a,b>d>c	a,b>c>d

\*Doğum ağırlığı 2000 gr altı olan (n=26) bebekler yoğun bakıma çıkarıldığından değerlendirilemedi.



Gebeliğinde sigara içen anne bebeklerinin %21,5'i (n=49), gebeliğinde sigara içmeyen anne bebeklerinin %78,5'i (n=179) annelerine verildiğinde ilk 5 dakikada aktif emmeye başladı. Tablo 13' de gebelikte sigara içme durumuna göre yenidoğanların aktif emmeye başlama zamanları verildi.

**TABLO 14:** Gebelikte sigara içme durumuna göre yenidoğanların aktif emmeye başlama zamanları\*

	İlk 5'	İlk 15'	İlk 30'	30'-1sa	1-2sa	2-3sa	Emmedi	Toplam	İstatstik Analiz
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n( %)	n(%)	x <sup>2</sup> ; p
<b>Sigara İçti</b>	49	23	18	16	40	42	25	213	147,60; <0,05
	(21,5)	(52,3)	(54,5)	(44,4)	(90,9)	(95,5)	(75,8)	(46,1)	
<b>İçmedi</b>	179	21	15	20	4	2	8	249	
	(78,5)	(47,7)	(45,5)	(55,6)	(9,1)	(4,5)	(24,2)	(53,9)	
<b>Toplam n(%)</b>	228 (100,0)	44 (100,0)	33 (100,0)	36 (100,0)	44 (100,0)	44 (100,0)	33 (100,0)	462 (100,0)	
<b>Toplam ** n(%)</b>	228 (49,3)	44 (9,5)	33 (7,2)	36 (7,8)	44 (9,5)	44 (9,5)	33 (7,2)	462 (100,0)	

\*Doğum ağırlığı 2000 gr altı olan ( n=26) bebekler yoğun bakıma çıkarıldığından değerlendirilemedi.

\*\*Satır yüzdesi

Bölüm 2'deki tablolarda bebeğin emzirilmesi ile ilişkili olabileceği belirlenen bazı değişkenler çalışmamızdaki tüm bebekler için oluşturulan lojistik regresyon analizi ile tablo 15' de değerlendirildi.

**TABLO 15:** Logistik regresyon analizine göre çalışmamızdaki tüm bebeklerin ilk 3 saatte emzirilmesi ile ilişkili bazı değişkenler

	$\beta$	P	Odds oranı (%95,0 güven aralığı)
<b>Annenin yaşı (referans 35-40 yaş)</b>		0,149	
15-19 yaş	1,0	0,438	2,5 (0,03-4,6)
20-24 yaş	0,2	0,988	1,1 (0,1-8,5)
25-29 yaş	0,8	0,456	2,2 (0,3-18,5)
30-34 yaş	0,1	0,912	1,1 (0,1-11,2)
<b>Annenin öğrenim durumu (referans üniversite)</b>		0,952	
Okuryazar/okuryazar değil	0,4	0,662	1,6 (0,1-4,3)
İlkokul/ortaokul	0,4	0,956	1,1 (0,2-4,1)
Lise	0,1	0,862	1,2 (0,2-4,4)
<b>USG' ye göre gestasyon yaşı (referans 37 haftadan büyük olma)</b>	0,3	0,479	1,4 (0,3-1,6)
<b>Annenin emzirme deneyimi (referans olması)</b>	1,2	<b>0,009</b>	<b>3,2</b> (1,3-7,6)
<b>Antenatal eğitim alması (referans alması)</b>	0,5	0,325	1,7 (0,6-4,6)
<b>Travay sırasında analjezi uygulanması (referans uygulanmaması)</b>	0,1	0,897	1,1 (0,3-2,7)
<b>Gebelik sürecinde sigara içimi (referans içmemesi)</b>	1,1	<b>0,022</b>	<b>3,0</b> (1,2-7,9)
<b>Bebeğin DDA' lı olması (referans DDA' lı olmaması)</b>	0,4	0,316	1,6 (0,6-3,8)
<b>Gebelik isteği (referans istemesi)</b>	0,2	0,556	1,2 (0,3-1,8)

Bölüm 2'deki tablolarda bebeğin emzirilmesi ile ilişkili olabileceği belirlenen bazı değişkenler miadında doğan bebekler için oluşturulan lojistik regresyon analizi ile tablo 16' da değerlendirildi.

**TABLO 16:** Logistik regresyon analizine göre miadında doğan bebeklerin ilk 3 saatte emzirilmesi ile ilişkili bazı değişkenler

	$\beta$	P	Odds oranı (%95,0 güven aralığı)	
<b>Annenin yaşı (referans 35-40 yaş)</b>		0,661		
15-19 yaş	0,6	0,549	0,5	(0,0-4,3)
20-24 yaş	0,3	0,693	0,6	(0,1-4,4)
25-29 yaş	0,8	0,395	0,4	(0,0-3,0)
30-34 yaş	1,5	0,204	0,2	(0,0-2,2)
<b>Annenin öğrenim durumu (referans üniversite)</b>		0,643		
Okuryazar/okuryazar değil	0,0	0,925	0,9	(0,1-6,1)
İlkokul/ortaokul	0,4	0,599	0,6	(0,1-3,2)
Lise	1,0	0,306	0,3	(0,0-2,5)
<b>Annenin emzirme deneyimi (referans olması)</b>	0,3	0,439	1,4	(0,5- 4,0)
<b>Antenatal eğitim alması (referans alması)</b>	0,1	0,752	1,1	(0,3-3,5)
<b>Travay sırasında analjezi uygulanması (referans uygulanmaması)</b>	0,1	0,774	1,2	(0,3-4,4)
<b>Bebegin DDA' lı olması (referans DDA' lı olmaması)</b>	2,3	<b>0,000</b>	<b>10,4</b>	<b>(3,1-34,9)</b>
<b>Gebelik isteği (referans istemesi)</b>	0,0	0,982	0,9	(0,3-2,6)
<b>Gebelik sürecinde sigara içimi (referans içmemesi)</b>	0,7	0,315	2,0	(0,5-8,1)

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızın tartışma kısmı, bulgular paralelinde iki bölüm olarak ele alınmıştır:

1. Bölümde DDA olan ve olmayan yenidoğan ile annelerinin özellikleri,
2. Bölümde ilk 3 saatte emen ve emmeyen yenidoğanın ile gebelerin özellikleri tartışılmıştır.

### 5.1. DDA olan ve olmayan yenidoğan ile annelerinin özellikleri

Bir çok risk faktörü DDA' yı etkilemektedir. Çalışmamızda gebelerin %25.2'sinin (n=123) bebeklerinin DDA' lı olduğu bulundu (tablo 1). Hem İstanbul ili, hem de yurtiçi ve yurtdışı çalışmalarda %4,8 ile %17 arasında DDA sıklığı rapor edilmiştir (25,29,67,128). Çalışmamızın İstanbul Anadolu yakasının en büyük Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapılması ve hastanenin bebek yoğun bakım ünitesinin olması sebebiyle, çalışma sürecinde riskli gebeliği olanların daha fazla başvurabilmesine olanak tanımıştır.

Reprodüktif yaşın uçlarındaki annelerde (<18 veya >35 yaş anne), fetal büyüme ve gelişme, doğum zamanı etkilenir ve bu annelerin daha küçük ve düşük ağırlıklı bebeğe sahibi olma eğiliminde olduğu rapor edilmektedir (129, 134). Hatta Demir ve Demir anne yaşı arttıkça bebek doğum ağırlığının da artışını istatistiksel olarak anlamlı bulurken, ileri anne yaşında (35 yaş üstü) bu artışın görülmediğini belirtmiştir (37). Fox ve ark' ın yaptığı çalışmada ise anne yaşı arttıkça, prenatal dönemde sigaraya maruz kalmanın DDA' lı bebek doğurma riskini arttırdığı ve bunun nedeninin kardiyovasküler rezervin düşmesine bağlı olarak hipoksinin yeterince kompanse edilemeyerek, nikotinin metabolizasyon hızının düşmesi olabileceği iddia edilmiştir (56). Çalışmamızda anne yaş grupları arasında DDA' lı bebek doğurması açısından bir ilişki bulunmadı (p>0,05 tablo 1). Araştırma sonucumuzla benzer çalışmalar rapor edilmiştir (18,25,111). Bu durum, çalışma grubumuzda ileri reprodüktif yaşta olan kadınların sayısının az olmasından kaynaklanabilir.

Çalışma grubunda hiç eğitimi olmayan anneler arasında DDA' lı bebek doğurma orantısının diğer öğrenim durumlarına (ilkokul ve ortaokul, lise, üniversite) göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı ( $p < 0,05$  tablo 1). Yapılan çalışmalarda DDA' nın öğrenim düzeyinin düşük olmasıyla ilişkili olduğu bildirilirken (37,129,134), Rosenberg ve Buescher' ın yaptığı regresyon analizinde de önemli bir risk faktörü olmadığı çalışma sonucumuza benzer olarak bildirilmiştir (111). Bu durum, Fenercioğlu ve ark' ın çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan kadınların gebelikte sigara içiminin daha yaygın olması nedeniyle DDA' ya yol açabileceği ile açıklanmıştır (51). Bu sonuç, eğitim düzeyi düşük olan kadınların daha az sağlık bilincine sahip olduğu, bebekleriyle ilgili konularda da daha ilgisiz davrandığına bağlanabilir.

Çalışmamızda annenin çalışma durumu, aylık gelir durumu ve aile tipi ile DDA' lı bebeği olması arasında bir ilişki bulunmadı (her biri için  $p > 0,05$  tablo 1). Buna karşın Demir ve Demir' in çalışmasında fiziksel olarak ağır işlerde çalışan annelerin bebeklerinde doğum ağırlığının belirgin derecede düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (37). Sonucumuzdan farklı olarak, yapılan çalışmalarda gelir düzeyi düşük ailelerde beslenme yetersizliğinden dolayı DDA' lı bebeğe sahip olma eğiliminin arttığı rapor edilmiştir (18, 95, 129, 134). Hatta düşük ekonomik gelire sahip olup sigara içen annelerin içmeyenlere göre daha fazla DDA' lı bebeği olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (18).

Maternal hastalık ve bu nedenle kullanılan ilaç varlığı, riskli gebelikler açısından incelenmesi gereken bir risk faktörüdür (32). Astım, tiroid hastalıkları, epilepsi, hepatit vb. maternal hastalıklar ile antiepileptikler, astım ilaçları, hormonal vb. ilaçlar erken doğuma; astımı olan ve hormonal bozukluktan kaynaklanan maternal hastalıklar intrauterin gelişme kısıtlılığı ve düşük doğum ağırlığına; (22,34,36,55,108), merkezi sinir sistemi ilaçları ise malformasyonlara neden olabilir (34). Oysa çalışmamızda sürekli ilaç kullanımını gerektiren herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar ile olmayan kadınlar arasında DDA ' lı bebek doğurması açısından bir fark bulunmadı ( $p > 0,05$  tablo 1). Çalışma sonucumuza benzer olarak, annenin gebelikte demir ve vitamin dışında ilaç kullanımının SGA' lı bebeği olması açısından anlamlı bir fark

bulunmamıştır (46). Bu durum, çalışma grubumuzdaki kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan kadınların oranının az olmasına bağlanabilir.

Aile içi şiddet, psikolojik ve ekonomik baskının yanı sıra fiziksel ve cinsel saldırılarla ortaya çıkan bir davranış tipidir (36). Gebelik sırasında istismar oranı %1 ile %20 arasında değişmektedir (7,36). Şiddetin, düşük doğum ağırlığına neden olabileceği rapor edilmiştir (29,36,55). Bu durum, şiddete maruz kalan kadının uyku ve beslenme bozukluğunun olması, yetersiz kilo alışı, prenatal eğitim için geç başvurma eğiliminde olması, sigara, alkol ve madde kullanımına olan yatkınlığı ve travmaya uğramasının neden olduğu ile açıklanmıştır (29,36,55). Benzer olarak çalışma grubumuzda da şiddete maruz kalan kadınlar arasında DDA' lı bebek doğurma orantısının şiddete maruz kalmayan kadınlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$  tablo 1). Ancak oluşturulan lojistik regresyon analizinde anlamlılık görülmedi ( $p>0,05$  tablo 6 ve tablo 7).

Annenin gebelik sayısı ve sık gebelik riskli gebelikler açısından incelenmesi gereken bir risk faktörüdür ve intrauterin gelişme kısıtlılığına sebep olduğu bildirilmiştir (32, 154). Çalışmamızda annenin gebelik ve doğum sayısı ile DDA' lı bebeği olması arasında bir ilişki bulunmadı (her biri için  $p>0,05$  tablo 2). Benzer olarak Rosenberg ve Buescher' in çalışmasında da doğum sayısı ile bebeğin kilosu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (111). Ancak Chiolero ve ark nullipar kadınların daha sık DDA' lı bebeğe sahip olduğunu belirtirken (25), Demir ve Demir multipar kadınların daha sık DDA' lı bebeğe sahip olduğunu bulmuştur. Hatta Demir ve Demir' in çalışmasında doğum sayısı arttıkça (5 doğuma kadar) bebek doğum ağırlığının da artış göstermesi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, beş ve üstünde doğum yapan annelerin bebeklerinde doğum ağırlığının düşüş gösterdiği belirtilmiştir (37).

Gebelikte sigara içiminin önceki gebeliklerde düşük sayısını artırması açısından değerlendirildiğinde annenin düşük sayısı, riskli gebelikler açısından incelenmesi gereken bir risk faktörüdür (32). Çalışmamızda iki düşük yapan anneler arasında DDA' lı bebek doğurma orantısının diğer düşük sayısı gruplarına (0,1) göre anlamlı bir şekilde

fazla olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 2). Ancak oluşturulan lojistik regresyon analizinde anlamlılık görülmedi ( $p>0,05$  tablo 6 ve tablo 7).

Daha önce DDA' lı bebeğe sahip olmanın DDA' lı bebek doğurma riskini artırdığı rapor edilmiştir (32,34,134,154). Çalışmamızda da önceden DDA' lı bebeği olan kadınlar arasında bu gebeliğinde DDA' lı bebeği olması orantısının önceden DDA' lı bebeği olmayan kadınlara göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 2). Yapılan çalışmalarda da benzer sonuç rapor edilmiştir (129,134). Bu durum, annenin önceki gebeliklerinde sürdürdüğu alışkanlıkları (yetersiz beslenme, sigara içimi, stres, çalışma hayatı, vb.) var olan gebeliğinde de devam ettirmiş olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda annenin prekonsepsiyonel ve antenatal eğitim alma durumu ile DDA' lı bebeği olması arasında bir ilişki bulunmadı (her biri için  $p>0,05$  tablo 2). Buna karşın Bloebaum ve ark ile Demir ve Demir' in çalışmasında prekonsepsiyonel bakım almada geç kalan yada hiç prekonsepsiyonel bakım almayan kadınlarda DDA' lı bebek doğurma oranının önemli derecede yüksek olduğu bulunmuştur (19,37). Bu durum, çalışma grubumuzdaki kadınların prekonsepsiyonel ve antenatal eğitim alma oranının az olmasına bağlanabilir. Doğum öncesi bakıma gebeliğin erken dönemlerinde başlatılması, gebeliğin olumsuz sonuçlanmasını önlemede daha yararlı ve etkili olmaktadır. Prekonsepsiyonel ve antenatal danışmanlıkta beslenme, sigara, vitamin alımı, egzersiz ve davranış biçimine yönelik temel bilgilendirmeler gebenin ve bebeğin yararınadır (6,29,68).

İstenmeyen gebelik sonuçlarını azaltmak ve önemli sorunları saptama olasılığını artırmak için her trimesterde en az bir kez psikososyal tarama yapılması önemlidir (29). Çalışmamızda kadınların %32,4' ü ( $n=158$ ) gebeliğini istemediğini ifade ederken (Tablo 2), Utah' da yapılan çalışmada %29,4' ü gebeliğini istemediği rapor edilmiştir (12). Çalışmamızda gebeliği istemeyen anneler arasında DDA' lı bebek doğurma orantısının gebeliği isteyen annelere göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu saptandı ( $p<0,05$  tablo 2). Ancak oluşturulan lojistik regresyon analizinde anlamlılık görülmedi ( $p>0,05$  tablo 6 ve tablo 7). Yapılan bir çalışmada benzer sonuç rapor edilmiştir (12). Çalışmamızdan

farklı olarak Bloebaum ve ark' ın çalışmasında ise gebeliğin isteksiz olması ile DDA arasında anlamlı bir ilişki rapor edilmemiştir (19).

Gebelikte sosyal desteğin az oluşu yada olmayışının ve plansız gebeliklerin depresyona neden olduğu bildirilmektedir (16). Depresyonda olan kadınlar sağlığına daha az dikkat eder, prenatal bakıma daha az uyumludur, gebelik boyunca daha az kilo alır, sigara ve madde kullanımına daha çok yatkındır. Bu olumsuzlukların yanı sıra, maternal depresyon, annenin nöroendokrin sistemini ve uterin kan akışını değiştirir ve DDA' ya neden olur (24,92). Çalışmamızda gebeliğinde depresyon geçiren kadınlar arasında DDA' lı bebek doğurma orantısının gebeliğinde depresyon geçirmeyen kadınlara göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 2). Buna karşın, Benute ve ark gebeliğinde depresyon geçiren kadınlarda DDA' lı bebeğe sahip olma açısından bir ilişki bulamamıştır (16). Çalışmamızda oluşturulan lojistik regresyon analizinde ise anlamlılık görülmedi ( $p>0,05$  tablo 6 ve tablo 7).

Gebeliğin ikinci yarısında eritrositlerde artışa ve fetüsün hızla gelişimine bağlı olarak demir gereksinimi artar. Gebelikte Fe eksikliği anemisi nedeniyle, intrauterin gelişme kısıtlılığına veya erken doğum oluşabilir. Gebelikte anemiyi önlemek için Fe alınmalıdır (36). Çalışmamızda kadınların %65,4'ünün ( $n=319$ ) gebeliğinde Fe ve vitamin kullandığı bulundu (tablo 2). 2004 yılında Birleşik Devletlerde ise gebelerin % 35,1' inin multivitamin kullandığı rapor edilmiştir. Yoksul ülkelerde ise rutin multivitamin alımı DDA ve büyüme kısıtlılığı olan fetusların sıklığını azaltmıştır (29). Çalışmamızda gebeliğinde Fe ve vitamin kullanmayan kadınlar arasında DDA' lı bebek doğurma orantısının gebeliğinde Fe ve vitamin kullanan kadınlara göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 2). Çalışmamızdaki tüm bebekleri değerlendirmek için oluşturduğumuz lojistik regresyon analizinde gebeliğinde Fe ve vitamin kullanmayan kadınların bebeklerinde DDA riskinin 4,8 kat ( $p<0,05$  tablo 6), miadında doğan bebekleri değerlendirmek için oluşturduğumuz lojistik regresyon analizinde ise 4,1 kat arttığı saptandı ( $p<0,05$  tablo 7). Çalışmamızla benzer sonuçlar rapor edilmiştir (37,46). Ancak annenin Fe ve vitamin kullanımı ile DDA' lı bebeği olması açısından anlamlı bir ilişki belirleyemeyen çalışmalar da vardır (114,129).



Yetersiz beslenen bir kadın olumsuz gebelik sonuçları açısından daha fazla risk taşımaktadır ve yetersiz kilo alan annelerin düşük ağırlıklı bebek doğurma olasılığı daha yüksektir (55,128,154). Özellikle gebelikte sigara içiminin, iştahı etkileyerek maternal nutrisyonu bozabileceği ve DDA ile ilişkili olacağı bildirilmektedir (108). Çalışmamızda gebeliğinde anormal kilo alan anneler arasında DDA' lı bebek doğurma oranının gebeliğinde normal kilo alan annelere göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 2). Ancak oluşturulan lojistik regresyon analizinde anlamlılık görülmedi ( $p>0,05$  tablo 6). Benzer olarak yapılan çalışmalarda annenin anormal kilo alımı ile DDA' lı bebek doğurması arasında anlamlı bir ilişki olduğu (19,29,37,55,128) rapor edilmiştir. Bu durum, annenin gebelikte beslenme eksikliğinin bebekte DDA' ya yol açtığı, gebelik öncesi normal vücut kitle indeksi olan kadınlarda, gebeliği sırasında 11,5 gr' dan daha az kilo alanların gebelik yaşına göre daha küçük bebek doğurma riskini arttırdığı ile açıklanabilir (29). Hatta Bloebaum ve ark' ın çalışmasında da gebelik boyunca yetersiz kilo alımının düşük doğum ağırlığına, aşırı kilo alımının (obesite) da önemli derecede yüksek yenidoğan ölümüne neden olduğu rapor edilmiştir (19). Ancak Uçar' ın çalışmasında anlamlı bir ilişki rapor edilmemiştir (129).

Çalışma grubunda bebeğin cinsiyeti ve boyu ile DDA' lı olması açısından bir ilişki bulunmadı (her biri için  $p>0,05$  tablo 3). Benzer olarak, bazı çalışmalarda da önemli bir risk faktörü olmadığı rapor edilmiştir (37,111). Ancak kadın cinsiyetinde olan bebeklerin daha fazla DDA' lı olduğunu bulan çalışmalar da vardır (25, 46). Hatta Demir ve Demir' in çalışmasında kadın cinsiyetinde olan bebeklerin erkeklere göre 156 gr daha düşük ağırlıkta doğması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (37).

DDA' lı bebeklerde baş çevresi normalden daha azdır, özellikle simetrik büyüme gösteren SGA' lı bebeklerde baş çevresinin vücuda oranla nispeten küçük olması beklenir (33). Çalışmamızda da anormal baş çevresine sahip bebekler arasında bebeğin DDA' lı olma oranının normal baş çevresine sahip bebeklere göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 3). Çalışmamızla benzer sonuç rapor edilmiştir (46,129).

DDA, doğumdan önceki yetersiz büyüme, erken doğuma veya her ikisinin kombinasyonuna bağlı olarak gelişebilir. Sigara içiminin preterm doğumların %15' inden, düşük doğum ağırlıklı infantların %20-30' undan ve tüm perinatal mortalitede %50' lik bir artıştan sorumlu olduğu düşünülmektedir (44,80). Çalışmamızda DDA' lı bebeklerin hem SAT' a hem de USG' ye göre gestasyon yaşı ortalamasının DDA' lı olmayan bebeklere göre anlamlı bir şekilde az olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 5). Çalışmamızla benzer sonuç rapor edilmiştir (46,129). Yine çalışmamızda gestasyon yaşı hem SAT' a hem de USG' ye göre 37 haftadan küçük olan bebekler arasında bebeğin DDA' lı olma orantısının gestasyon yaşı hem SAT' a hem de USG' ye göre 37 haftadan büyük olan bebeklere göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu belirlendi (her biri için  $p<0,05$  tablo 3). Benzer olarak Chiolerio ve ark, gestasyon yaşının DDA için en büyük risk faktörü olduğunu, 37 haftadan küçük (preterm) bebeklerde daha fazla DDA görüldüğünü bulmuştur (25). Buna karşın Lucas ve ark doğum ağırlığı ile gestasyon yaşı arasında bir ilişki bulamamıştır (87). Çalışmamızda oluşturulan lojistik regresyon analizinde anlamlılık görülmedi ( $p>0,056$  tablo 6 ve tablo 7). Hatta sigara içmeyle ilişkili olarak, gebeliğinde sigara içmeye devam eden kadınların erken doğum yaptığı, bebeklerin gestasyon yaşının genellikle küçük ve DDA' lı olduğu, bu kadınlarda pek çok perinatal problemler görüldüğü rapor edilmiştir (80,143). Buna karşın Horta ve ark gebelikte sigara içilmesi ve erken doğum arasında ilişki bulamamıştır (66). Yapılan çalışmalarda bu farklılık, kadınların son adet tarihini yanlış hatırlamasından veya ultrasonografinin yanlış sonuçlandırılabilirdiğinden kaynaklanabilir.

DDA' lı bebeklerde, APGAR skoruna göre orta derecede deprese olan bebeklerin daha sık olduğu ve bu bebeklere daha dikkatli bakım verilmesi, iyi kurutulması, sıcak bir çevrede minimum ısı kaybının sağlanmasının önemi bildirilmektedir (33). Çalışmamızda da APGAR skoruna göre orta derecede deprese olan bebekler arasında bebeğin DDA' lı olma orantısının iyi durumda olan bebeklere göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 3). Yine, DDA' lı bebeklerin 1.dk ve 5.dk APGAR skoru ortalamasının DDA' lı olmayan bebeklere göre anlamlı bir şekilde az olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 5). Çalışmamızla benzer sonuç rapor edilmiştir (46,129).

Bebeklerin sık emzirilmesi süt üretimini arttırdığı için önemlidir (128). Çalışmamızda DDA' lı bebeklerin daha az emdiği ( $p<0,05$  tablo 3), hatta hiç emmeyen bebekler arasında DDA' lı olmaları orantısının 2 kez,3 kez yada 4-5 kez emen bebeklere göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 3). LATCH Puanlama Sistemi ile annelerin emzirmelerinin değerlendirildiği bir çalışmada ise, emzirme sayısı arttıkça emzirme toplam puanlarının da arttığı, birinci emzirmede 7,16 olan toplam puanın, dördüncü emzirmede 9,25' e ulaştığı rapor edilmiştir (38).

Fetüsün büyüme ve gelişmesini etkileyen pek çok faktör olmakla birlikte bunlar arasında sigara içimi ve sigaraya maruz kalma; hem yaygınlığı hem de önlenabilir olması bakımından oldukça önemlidir (9,40,44,80). Çalışmamızda %51,4 (n=251) gebenin, gebelik öncesi son 3 ay sigara içtiği bulundu (Tablo 4). Yapılan çalışmalarda gebelik öncesi son 3 ayda sigara içme sıklığının %5 ile % 13 arasında olduğu rapor edilmiştir (25,29,135). Çalışmamızda gebelik öncesi son 3 ay sigara içenler ortalama günde  $12,49\pm 9,80$  (min 1-max 40) adet sigara içtiği belirlendi. Çalışmamızdan farklı olarak diğer araştırmalarda gebelik öncesi son 3 ay sigara içen kadınların günde ortalama 15-20 adet sigara içtiği rapor edilmiştir (19,104). Burada önemli olan gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların daha fazla sigara içme ve gebelik öncesi ve gebelik boyunca sigara içen annelerin doğum sonrası 7 gün içinde de aynı miktar sigara içmeye devam etme tehlikesidir (104). Çalışma grubunda gebelik öncesi son 3 ay sigara içen kadınlar arasında DDA' lı bebek doğurma orantısının gebelik öncesi son 3 ay sigara içmeyen kadınlara göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 4). Yapılan bir çalışmada benzer sonuç rapor edilmiştir (19). Bu durum, gebelik öncesi sigara içenlerin çoğu gebeliğin 4. haftasına kadar gebeliğin farkına varamadıklarından sigara içmeye devam etmeleri ile açıklanmaktadır (130). Ancak bazı çalışmalarda da annenin geçmiş sigara içimiyle DDA arasında anlamlı bir ilişki rapor edilmemiştir (25, 67).

Çalışmamızda gebelerin %48,8'inin (n=238) gebelikleri süresince sigara içtiği belirlendi (tablo 4). Sonucumuzla benzer (%33-%44) çalışmalar olduğu gibi (76,91,136), gebelikte daha az (%2,5-%28) sigara içiminin bulunduğu çalışmalar (5,9,25,29,39,59,67,90,110,128,129,131) ve daha yüksek (%86,5) sigara içiminin

bulunduğu bir çalışma da rapor edilmiştir (82). Bu durum bölgesel ve sosyokültürel farklılıktan olabileceği gibi, sigara içme durumunun ölçülüş tarzından da kaynaklanabilir. Gebelikte sigara içimi bebekte DDA' ya sebep olur (29, 34, 130, 154). Çalışmamızda sigara içen gebelerin %50,4'ünün (n=120) DDA' lı bebeğinin olduğu bulundu (tablo 4). Sigara içenler arasında çalışmamız sonucundan daha düşük olarak DDA' lı bebek insidansı %9,1-29,0, sigara içmeyenler arasında ise %4,1-15,0 olarak rapor edilmiştir (25,29,111,123,137). Bu durum, Ventura ve ark' ın açıkladığı gibi annenin sigara içmesinin DDA' lı bebeklerin %20-30' undan sorumlu olup 40,000 DDA' lı bebek doğumuna neden olduğu ile uyumludur (138).

Gebelik sırasında annenin sigara içmesi, DDA' lı bebek sahibi olma riskini artırmaktadır (29,41,60,67,80,107,110,122,128,130,135,138). Çalışma grubunda gebelik süresince sigara içen kadınlar arasında DDA' lı bebek doğurma oranının gebelik sürecinde sigara içmeyen kadınlara göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu ( $p<0,05$  tablo 4) ve gebelik süresince sigara içen kadınların bebeklerinde DDA riskinin 56,3 kat arttığı bulundu ( $p<0,05$  tablo 6). Bu sonuç genel popülasyonda sigara içme oranına örnek olarak gösterilemez çünkü çalışmamızda gebelikte sigara maruziyetinin DDA ve emzirme ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandığından toplam 488 kadın arasında sigara içen kadın sayısının yüksek olması tercih edildi. Sonucumuzdan daha az olarak birçok çalışmada, gebelik süresince sigara içen kadınların bebeklerinde DDA riskinin 0,036 kat ile 2,7 kat arasında arttırdığı rapor edilmektedir (25,35,66,67,111,137,138). Bu durumun, gebeliğinde sigara içen ve içmeyen kadınlar arasında bebek ölçülerindeki farklılığın, bebeklerin yağ miktarından değil, sigara içenlerin bebeklerinde zayıf kas miktarından kaynaklandığı (135), sigaradaki nikotinin plasentaya kolayca geçebilmesi, uterus, plasenta ve umbilikal korddaki kan damarlarını daraltması ve sigara nedeniyle oluşan karbonmonoksitin, hemoglobin ile karboksihemoglobini oluşturarak bebeğe giden oksijen ve besin miktarının azalması, bebeğin daha az gelişimi ve dolayısıyla DDA ile sonuçlanacağıyla açıklanmaktadır (34,135). Hatta, tüm kadınlar gebeliğinde sigara içmezse, DDA hızının %20, fetal gelişim kısıtlılığı hızının da %30 azalabileceğine dikkat çekilmiştir (135). Buna karşın bir çalışmada gebelikte sigara içimine göre doğum ağırlığı normal olan sağlıklı bebek ile SGA' lı bebek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık rapor edilmemiştir (129). Çalışmamızda

miadında doğan bebekleri değerlendirmek için oluşturduğumuz lojistik regresyon analizinde gebelik süresince sigara içilmesinin bebekte DDA açısından önemli bir risk faktörü olmadığı saptandı ( $p < 0,05$  tablo 7). Çalışmamızda gebelerin günde ortalama  $5,62 \pm 8,59$  (min 1-max 40) adet sigara içtiği saptandı (Tablo 5). Gebelikte çalışmamızdan daha fazla (ortalama 9-10 adet) sigara içtiğini bildiren çalışmaların (25,104,128) yanı sıra daha az (ortalama 3 adet) sigara içtiğini bildiren bir çalışma da vardır (5). Çalışmamızda DDA' lı bebek annelerinin gebelikte günlük içilen sigara sayısı ortalamasının DDA' lı olmayan bebek annelerine göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulundu ( $p < 0,05$  tablo 5). Yapılan çalışmalarda benzer sonuç rapor edilmiştir (25,51,66,67,130). Hatta bazı çalışmalarda sigara sayısı arttıkça yenidoğan bebeklerin doğum ağırlıklarının azaldığı da rapor edilmiştir (5,25,35,44,67,75,141).

Gebeler sigarayı bıraktıklarında, gebeliklerinde daha kolay nefes alıp verirler ve daha fazla enerjileri olur. Bebekler de daha fazla oksijen alır, akciğerleri daha iyi çalışır ve daha sağlıklı olurlar. Ayrıca bebekler normal doğum ağırlığına sahip olur, zamanında doğar, daha az ağlar, daha az öksürük, soğuk algınlığı, kulak enfeksiyonu, astım gibi sorunlara yakalanırlar (28,107). Gebelikte sigara içimi özellikle 16. gebelik haftasından önce (55,57), yapılamazsa ise 3. trimestrdan önce bırakılırsa, doğum ağırlığında azalmanın büyük kısmının önleneceği bildirilmiştir (108). Çünkü gebeliğin geç dönemlerinde boy ve kilo artışı daha fazla olur (34). Çalışmamızda gebelerin % 6,1'inin gebeliğin herhangi bir döneminde sigara içip bıraktığı bulundu (Tablo 4). Yapılan çalışmalarda benzer sonuçların (5,90) yanı sıra daha yüksek sonuçlara, (%46, %48,2) da rastlanmıştır ve gebelik döneminde sigarayı bırakanların %84'ü bebeğe zararı olacağından dolayı bıraktıklarını belirtmişlerdir (90,91). Çalışmamızda sigarayı bırakan gebelerin ortalama  $3,60 \pm 1,27$  (min 2-max 7) ay, günde ortalama  $8,10 \pm 6,47$  (min 1-max 20) adet sigara içtiği belirlendi. Çalışmamızda gebelikte sigara içip bırakan anneler arasında DDA' lı bebeği olması açısından bir ilişki bulunmadı ( $p > 0,05$  tablo 4). Çalışma sonucumuza benzer olarak, Mendez ve ark' ın çalışmasında ise annenin gebeliğin sadece 1. trimestrında değil de, gebeliğin geç dönemlerinde sigara içmesinin DDA ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir (93). Bu durum, annelerin %25,5' inin erken gebelik döneminde (<18 hafta) aktif sigara içmesi, gebelik öncesi sigara içenlerin çoğunun gebeliğin farkına vardıkları ilk muayeneden sonra sigarayı %50 oranında bırakmalarıyla

(67,130) ve çalışmamızda da gebelerin çoğunun ilk trimesterinde sigara içimine son vermesinden kaynaklı olduğuyla açıklanabilir (67). Bu bulgulara ek olarak Jaddoe ve ark' ın çalışmasında, gebeliğinde sigara içmeyi bırakan annelerin bebek doğum ağırlığının, sigara içmeye devam edenlerden daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (67).

Kohort çalışmasında annenin gebelikte aktif sigara içiminin DDA' ya neden olduğu rapor edilmiştir (67). Bu bilgiye uyumlu olarak çalışma grubumuzda, aktif şekilde sigaraya maruz kalan gebeler arasında DDA' lı bebek doğurma oranının diğer sigaraya maruziyet durumlarına (aktif ve pasif maruziyet, pasif maruziyet, maruziyet yok) göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$  tablo 4). Yapılan çalışmalarda benzer sonuç rapor edilmiştir (67,123,143). Hatta 19. Avrupa Solunum Sistemi Topluluğu tarafından da gebelikte sigara içimi, intrauterin gelişim kısıtlılığı ve DDA için majör risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (123). Sigara içimi ve DDA ilişkisi; karbonmonoksit seviyesindeki artış sonucu oluşan hipoksi, plasentaya giden kan damarlarında vazokonstriksiyon, sigara dumanının içerdiği siyanid, nikotin gibi bileşiklerin direkt toksisitesi düşünülmüş ve hipoksinin yeterince kompanse edilemediği, nikotinin metabolizasyon hızının düşmesi ile açıklanmıştır (56).

Gebe kadınların pasif içiciliğinin genellikle aile üyelerinin sigara içmesi ile ilişkili (143) olduğu rapor edilmesine karşın, çalışan kadının iş yerinde sigaraya maruz kalması da söz konusudur (95). Gebe kadınların bulunduğu yerde diğer insanların sigara içmesi, gebe kadınlar için çok tehlikeli olduğu ve pasif şekilde sigaraya maruz kalan gebe kadınların maruz kalmayanlara göre DDA' lı bebeği olma olasılığının %20 daha fazla olduğu rapor edilmiştir (68). Çalışmamızda gebelerin %15,8'i (n=77) pasif içicidir (Tablo 4). Yapılan çalışmalarda gebelerin %13,3 ile %35' inin pasif içici olduğu rapor edilmiştir (97,143). Çalışmamızda gebeliğinde pasif sigara maruziyeti olan annelerin bebeklerinde DDA yoktur (Tablo 4). Benzer olarak yapılan bir çalışmada kadınların, pasif içiciliğinin bebeğin doğum tarihi ve doğum ağırlığında etkisinin olmadığı rapor edilirken (143), gebelikte sigaraya pasif şekilde maruz kalmanın doğum ağırlığında düşüşe sebep olduğunu belirten birçok çalışma da vardır (29,58,66,68,135,149). Hatta

Misra ve Nguyen gebelikte pasif sigara içiminin DDA riskini 1,5-4 kat arttırdığını bulmuştur (95).

Sigara kullanımıyla ilişkili olarak en iyi belgelenmiş reproduktif sonuç, fetal büyümenin kısıtlanmasıdır (29). Ayrıca preterm bebeklerin yaşamlarının ilk yılında ölme riskinde artar (135). Çalışmamızda Fagerström nikotin bağımlılık testine göre çok az sigara bağımlılığı olan anneler arasında DDA' lı bebek doğurma oranının diğer bağımlılık gruplarına (az bağımlı, orta bağımlı, yüksek bağımlı, çok yüksek bağımlı) göre anlamlı bir şekilde az olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 4). Panaretto ve ark ise, gebe kadınların %75,6' sının sigaraya orta derecede, %40,1' inin de az bağımlı olduğunu, içilen sigara sayısı arttıkça bağımlılığın artmasını istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur (106). Dolayısıyla bu durumun içilen sigara sayısı arttıkça bebekte DDA' nın artışı ile paralel olduğu düşünülebilir.

## 5.2. İlk 3 Saatte Emen ve Emmeyen Yenidoğanın ve Gebelerin Özellikleri

Emzirmenin erken dönemde başlatılması; anne-bebek arasındaki duygusal bağın kurulmasında, emzirmenin devamlılığının sağlanmasında ve emzirme sorunlarının önlenmesinde etkili olmaktadır. Özellikle de DDA' lı bebeklerin enfeksiyona karşı daha fazla risk taşımaları nedeniyle, anne sütüne daha fazla ihtiyaçları vardır (126) ve doğumdan sonraki ilk iki saat içinde emmesi sağlanmalıdır (34). Çalışmamızda bebeklerin %92,9' u ( $n=429$ ) ilk 3 saatte emerken, %7,1' i ( $n=33$ ) emmedi. Yenidoğan bebeğin doğumdan sonra kolostrum alması immunolojik açıdan önemlidir (115) ve DSÖ' nün öngördüğü bebek dostu hastaneler için bebeklerin erkenden emzirilmeye başlatılması kriteri çalışma sonucumuzla da uyumludur (148).

Çalışmamızda anne yaş grupları arasında bebeğin ilk 3 saatte emmemesi açısından bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$  tablo 8). Sonucumuz ile benzer çalışmalar rapor edilmesine karşın (19,105), ileri yaştaki annelerin genç annelere göre daha fazla emzirdiğini belirten çalışmalar bulunmaktadır (17,55,82,96). Bu durum, genç annelerin bebek isteğindeki ikilem nedeniyle daha az emzirmesi (76,87) veya ileri yaşlardaki annelerin deneyimli ve daha bilinçli olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda annenin öğrenim durumu grupları arasında bebeğin ilk 3 saatte emmemesi açısından bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$  tablo 8). Sonucumuz Paine ve Dorea'nın çalışması ile benzerdir (105). Buna karşın, öğrenim seviyesi yüksek olan annelerin, öğrenim seviyesi düşük olan annelere göre daha fazla emzirdiğini belirten çalışmalar da vardır (17,19,55,76,82,96,115,128). Bu durum, eğitimi iyi olan kadınların emzirmenin yararlarını farkında olması (82) ve annenin daha fazla prenatal ve antenatal eğitim alma olasılığıyla emzirme tercihini olumlu yönde etkilediği ile açıklanmaktadır (87). Ayrıca, bu çalışma sonuçlarından farklı olarak Çetin ve ark, eğitim düzeyi düşük olan annelerin doğumdan sonra ilk 1 saatte bebeklerini daha fazla emzirdiğini bulmuş, bu kadınların daha çok çocuk doğurmaları ve buna bağlı tecrübeden kaynaklandığını vurgulamıştır (31).

Çalışma grubunda annenin çalışma durumu, aylık gelir durumu ve aile tipi ile bebeğin ilk 3 saatte emmemesi arasında bir ilişki bulunmadı (her biri için  $p>0,05$  tablo 8). Bu sonuçlarımızdan farklı olarak, çalışan annenin 9 aylık emzirme sürecini etkilediğini (105), emzirmeye erken başlamanın hanehalkı refah düzeyi en yüksek olan çocuklar arasında daha sık görüldüğünü (128) ve en düşük emzirme oranına sahip olan kadınların düşük gelirli olduğunu (55) belirten çalışmalar rapor edilmiştir. Hatta annenin sigara içmesinin sosyodemografik, psikososyal faktörler içinde bebekte olumsuz etkilere neden olan en önemli risk faktörü olduğu ancak patofizyolojik mekanizmaya direk etkisinin açıklanamadığı belirtilmiştir (82).

Kronik hastalığın tedavisinde sürekli kullanılan ilaçların birçoğunun emzirmeyi olumsuz etkilemesi beklenemez. Astımı olan gebeler için inhale tedaviler emzirirken güvenlidir, fakat oral ve parenteral uygulanan tedaviler emzirirken süte çok az miktarda karışabilir (36). Hipertiroidi tedavisi ve antikonvülsanlar ise emzirmede kontrendikasyon oluşturmaz (108). Dolayısıyla çalışmamızda da sürekli ilaç kullanımını gerektiren herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar ile olmayan kadınlar arasında bebeğin ilk 3 saatte emmemesi açısından bir fark bulunmadı ( $p>0,05$  tablo 8).

Çalışmamızda gebelik sayısı, düşük sayısı ve doğum sayısı ile bebeğin ilk 3 saatte emmemesi arasında bir ilişki bulunmadı (her biri için  $p>0,05$  tablo 9).



Sonucumuz Paine ve Dorea' nin çalışması ile benzerdir (105). Ancak Leung ve ark, oluşturdukları regresyon analizinde doğum sayısı arttıkça emmemeye bağlı riskin artışı anlamlı bulmuştur (82).

Daha önceden emziren annelerin, mevcut gebeliğinden sonra daha kolay emzirmeye adapte olup, yeteneklerini daha kolay kullanabileceği beklenir. Bu doğrultuda çalışma grubumuzda emzirme deneyimi olmayan anneler arasında ilk 3 saatte emmeyen bebek oranının emzirme deneyimi olan annelere göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulundu ( $p < 0,05$  tablo 9). Emzirme deneyimi olmayan annelerin bebeklerinde ilk 3 saatte emmeme riskinin 3,2 kat arttığı saptandı ( $p < 0,05$  tablo 15). Çalışmamızla benzer sonuçlar rapor edilmiştir (87,110).

Kadınların % 92'si, 2003-2008 yılları arasında gerçekleşen en son doğumunda en az bir kez sağlık personelinin (hemşire/ebe ve doktor) doğum öncesi bakım almıştır (128). Ancak çalışmamızda gebelerin %14,1' i ( $n=65$ ) prekonsepsiyonel, %24,9' u ( $n=115$ ) antenatal eğitim aldığını bildirdi (Tablo 9). Çalışma sonucumuzdan daha az (%8,6) eğitim alınan bir çalışma da rapor edilmiştir (17). Hemşirelerin, antenatal izlemde emzirme konusunda verecekleri eğitimin, annelerin emzirmeye karar verme, emzirmeye başlama ve devam ettirme davranışı kazanabilmelerinde çok etkili olması beklenir (2,17,23,43,70,110). Ancak çalışmamızda prekonsepsiyonel ve antenatal eğitim almayan kadınlar arasında bebeğin ilk 3 saatte emmemesi açısından bir ilişki bulunmadı (her biri için  $p > 0,05$  tablo 9). Bu durum, sosyal destek ve emzirmeye karşı pozitif davranışın hala gelişmediğine bağlanabilir (17). Örneğin; ilk ve orta okullarda emzirme üzerine eğitim yoktur. Ayrıca, çalışmamızda da belirtildiği gibi annelerin sadece küçük bir kısmı emzirmeyi geliştiren prekonsepsiyonel ve antenatal kurslara katılır.

Çalışmamızda gebeliğini istemeyen anneler arasında bebeğin ilk 3 saatte emmemesi açısından bir ilişki bulunmadı ( $p > 0,05$  tablo 9). Ancak yapılan çalışmalarda gebeliğini isteyen kadınların, istemeyen kadınlara göre bebeklerini emzirmeye başlamada anlamlı bir şekilde daha iyi olduğu rapor edilmiştir (12, 19). Bu durum, Bloebaum ve ark' ın çalışmasında, gebeliği isteksiz olan annelerin daha az prenatal bakım alması, gebeliğinde sigara içmesiyle fetüsün gebelikte kullanımı önerilmeyen

tütün gibi zararlı maddelere maruz kalması ve dolayısıyla bebeğin daha az emmesi ile açıklanmıştır (19).

Travay sırasında analjezi (dolantin ve türevi) uygulanan anneler arasında bebeğin ilk 3 saatte emmemesi açısından bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$  tablo 9). Ancak bazı çalışmalarda travay sırasında analjezi uygulanan gebelerin bebeklerinde apgar skorunun düşük olduğu, el ve ağız hareketleri, emmeden önce memeyi tutma ve yalama hareketleri gibi normal yenidoğan davranışlarının önemli derecede azaldığı, neonatal dönemde daha fazla ağladığı ve emmede başarısız olduğu bulunmuştur (74,119,140,142). Bebekte görülen bu olumsuz durumların görülmeişinin, çalışmamızda analjezi uygulanan annelerin oranının (%18,2) az olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Gelişmekte olan ülkelerde yaşayan geleneksel kadınların ve endüstri toplumundaki modern kadınların emzirmeye yönelik tutumunun bebeğin cinsiyetine göre değiştiği (105) beklentisine karşın, çalışmamızda bebeklerin cinsiyeti arasında bebeğin ilk 3 saatte emmemesi açısından bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$  tablo 10). Benzer olarak yapılan çalışmalarda da bebeğin cinsiyetinin emzirme oranlarını etkilemediği bulunmuştur (17,105).

DDA' lı bebekler başlangıçta sık ve etkili bir şekilde ememezler (124,126). Benzer olarak çalışmamızda DDA' lı bebeklerin daha geç emmeye başladığı ( $p<0,05$  tablo 3), başka bir ifadeyle ise 2-3 saat içinde aktif emmeye başlayan bebekler arasında DDA' lı olmaları orantısının ilk 5 dk. içinde emen bebeklere göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 3). Yine çalışmamızda DDA' lı bebekler arasında ilk 3 saatte emmeme orantısının DDA olmayan bebeklere göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 10). Sonucumuz ile benzer çalışmalar rapor edilmiştir (17,19,31,82,96,110,112). Yine çalışmamızda DDA' lı bebeklerin LATCH skoru ortalamasının DDA' lı olmayan bebeklere göre anlamlı bir şekilde az olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 5). Ancak çalışmamızdaki tüm bebekleri değerlendirmek için oluşturduğumuz lojistik regresyon analizinde önemli bir risk faktörü olmadığı saptandı ( $p>0,05$  tablo 15). Benzer olarak Leung ve ark da DDA olan bebekler arasında emmenin

DDA olmayan bebeklere göre daha sık olduğunu bulmalarına karşın oluşturdukları regresyon analizinde anlamlılık bulamamıştır (82). Ancak çalışmamızda, miadında doğan bebekleri değerlendirmek için oluşturduğumuz lojistik regresyon analizinde bebeğin DDA' lı olmasının ilk 3 saatte emme riskini 10,4 kat arttığı saptandı ( $p<0,05$  tablo 16). Bazı çalışmalarda da DDA' lı bebeklerin emmeyi daha erken bıraktığı rapor edilmektedir (19,86,96,110,113). Bu durumun DDA' lı bebeklerin daha geç emzirilmeye başlanmasından (112), anne sütünün yerini kısmen mamanın almasından (105), yetersiz süt üretimi dolayısıyla bebeklerin yeterince doymuyor olmasından (19) hatta DDA' lı bebek annelerinin sigara içmesinden (86,113) kaynaklandığını belirtilen çalışmalar bulunmaktadır. Ancak Paine ve Dorea' nın çalışmasında bebeğin doğum ağırlığı ile emzirme süreci arasında anlamlı bir ilişki rapor edilmemiştir (105). DDA' lı bebeklerde hipoglisemi erken postnatal dönemde en sık rastlanan sorundur. Hipogliseminin beyin hasarına yol açmasını önlemenin en iyi yolu, bebeği doğumdan sonra ilk 2 saat içinde beslemektir (34). Ayrıca DDA' lı bebeklerin serbest yağ asitleri, protein, kalsiyum, demir depoları ve kas kitlesi az olup, immün sistemlerinin gelişimi yetersiz olduğundan, bu bebekler erken laktasyon döneminde protein ve yağ asitlerince zengin olan anne sütünü mutlaka almalıdır (34).

USG' ye göre gestasyon yaşı 37 haftadan küçük olan bebekler arasında ilk 3 saatte emmeme açısından bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$  tablo 10). Sonucumuz ile benzer bir çalışma rapor edilmiştir (87). Fakat Ringel ve ark' ın çalışmasında term bebeklerin (37 hafta ve üzeri), preterm bebeklere göre doğum sonu 1 hafta süresince daha fazla emmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (110). Preterm bebeği olan anne sütünün içeriği, biyokimyasal olarak matür süttten farklıdır. Özellikle prematüre bebeği olan annelerin sütlerinde epidermal büyüme faktörü daha fazladır (30). Bu yüzden DDA' lı bebeklerin emzirilmeye başlanması ve sürdürülmesi ayrı bir önem taşımaktadır.

Çalışmamızda ilk emzirmeye hiçbir yöntem kullanılmadan başlatılan bebekler arasında ilk 3 saatte emmeme oranının anne sütünün elle sağılarak başlatılmasına yada emme refleksinin damak uyarı sağlanarak başlatılmasına göre anlamlı bir şekilde

az olduğu saptandı ( $p<0,05$  tablo 10). Hatta Paine ve Dorea ise biberon alan ve almayan bebeklerin, emzirme sürecinin etkilenmediğini bulmuştur (105).

Sigara içen kadınların yaklaşık % 20-30' u gebe kaldıklarında sigarayı bırakmakta fakat bunların % 70' i gebelikleri sırasında yada doğumdan sonra tekrar başlamaktadır (88). Çalışmamızda gebelik öncesi son 3 ay sigara içen anneler arasında ilk 3 saatte emmeyen bebek orantısının gebelik öncesi son 3 ay sigara içmeyen annelere göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu saptandı ( $p<0,05$  tablo 11). Sonucumuz ile benzer bir çalışma rapor edilmiştir (64,86). Bu durum, sigaranın anne üzerine olumsuz etkilerinin tamamen kaybolmadan gebelik ve doğum sonu döneme de olumsuz şekilde yansiyarak, anne sütünün içeriği ve miktarını etkilemesi (82) yada gebelik öncesi son üç ay sigara içen kadınların içmeyenlere göre daha yüksek oranda DDA' lı bebek doğurması (19) ve bu bebeklerin daha geç emmeye başlaması (17,19,31,82,96,110,112) ile ilgili olabilir.

Gebelikte sigara içen annelerin bebekleri yenidoğan döneminde olduğu gibi, çocukluk döneminde de risk altındadır. Emzirmede daha az başarı, kalıcı büyüme defisitlerine katkıda bulunabilir (108). Gebelikte sigara içiminin, emzirmenin erken döneminde bebeğin emmemesi açısından önemli bir risk faktörü olduğu bilgisine (8,26,82) paralel olarak, çalışmamızda da gebelik süresince sigara içen anneler arasında bebeğin ilk 3 saatte emmeyen bebek orantısının gebelik sürecinde sigara içmeyen annelere göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu saptandı ( $p<0,05$  tablo 11). Gebelik süresince sigara içen annelerin bebeklerinde ilk 3 saatte emmeme riskinin 3 kat arttığı bulundu ( $p<0,05$  tablo 15). Yapılan çalışmalarda sonucumuzdan daha az olarak 1,9-2,5 kat emmeme riski rapor edilmiştir (65,82). Hatta Nafstad ve ark sigara içen kadınların alt solunum yolu enfeksiyonu olan bebeklerini 0-6 ay emzirememesinin, sigara içmeyen kadınların 6 aydan fazla emzirmesine göre 2,2 kat arttığını bulmuştur (96). Çalışmamızdan daha uzun sürede emzirmeyi değerlendiren araştırmalarda da sigara içen annelerin içmeyenlere göre daha az emzirdiği belirtilmiştir (8, 26, 35, 64, 65, 68, 86). Hatta erkenden memeden kesme riskinin devamlı sigara içicilerde (gebelik öncesi, gebelik boyunca ve gebelik sonrasında), sigara içmeyen, gebelik öncesi içen, gebelikte içip bırakan ve gebelik sonrası tekrar içmeye başlayanlara göre önemli derecede daha fazla olduğu rapor edilmiştir (17,86). Bu durum, sigara içen annelerin içmeyenlere göre

daha az sağlık bilincine sahip ve emzirmeye daha az istekli olması (65,82), sigara içmelerinin bebeklerine zarar vereceği, sütlerinin yetersiz olma korkusu (110) ile açıklanabileceği gibi, nikotinin annenin hormonal sistem üzerine yada direk olarak memesine fizyolojik etkisi (86) nedeniyle daha az süt üretimine sahip olması (68) da nedenlerden biri olabilir. Bir çalışmada biyokimyasal olarak belirlenebilen ve sigara içme durumunun nesnel bir ölçümü olan kotinin anne ve kord kanında, anne sütünde bulunduğu rapor edilmiştir (104). Birçok kadın, gebelik öncesi ve gebelik sürecinde sigara içmeyi bırakırken, bazıları laktasyon boyunca içmeye devam eder (86,109,110). Laktasyon sırasında sigara içen annelerin bebekleri pasif içici gibi solunum sistemine ve sütte bulunan nikotinin gastrointestinal alana emilimiyle sigaraya maruz kalır (110). Ayrıca çalışmamızda miadında doğan bebekleri değerlendirmek için oluşturduğumuz lojistik regresyon analizinde ise gebelik süresince sigara içilmesinin bebeğin ilk 3 saatte emmemesi açısından önemli bir risk faktörü olmadığı saptandı ( $p < 0,05$  tablo 16). Benzer olarak Paine ve Dorea' nın çalışmasında da annenin gebeliğinde sigara içmesinin emzirme sürecini etkilemediği rapor edilmiştir (105). Çalışmamızda ilk 3 saatte emmeyen bebek annelerinin gebelikte günlük içilen sigara sayısı ortalamasının ilk 3 saatte emen bebek annelerine göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulundu ( $p < 0,05$  tablo 12). Benzer olarak Leung ve ark, evde sigara içen kişilerin sayısının artması ile bebeğin hiç emmesi arasında açık bir doz- cevap ilişkisi olduğunu istatistiksel olarak da anlamlı bulmuştur (82). Doz-cevap ilişkisi ise annenin içtiği sigara miktarı, sigara içimiyle emzirilme arasındaki zaman, sütteki nikotin seviyesi ve gastrointestinal alana absorbe edilen nikotin miktarına bağlıdır (110). Ayrıca annelerin içtikleri sigara miktarı ile yenidoğanın idrarındaki kotin miktarı arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve 10 kata kadar arttığı rapor edilmiştir (118).

Çalışmamızda gebeliğinin herhangi bir döneminde sigara içip gebeliğinde bırakan anneler arasında bebeğin ilk 3 saatte emmemesi açısından bir ilişki bulunmadı ( $p > 0,05$  tablo 11). Çalışmamızdan farklı olarak, gebelikte sigara içip bırakan annelerin, diğer sigara içme durumundaki annelere (gebelikte, loğusalık döneminde içen) göre emzirmeye daha erken başlamasının anlamlı olduğu rapor edilmiştir (86). Hatta gebelik sürecinde sigara içmeyi bırakmanın emzirme süresini artırabileceği bildirilmiştir (86).

Gebelik, kadının hayatında çocuğu için en iyisini bilip yapabilmesi, yaşam stilini değiştirip sağlıklı alışkanlıklar kazanması, aktif ve pasif sigara içiciliğinin zararlı etkilerinin bilincinde olması gereken bir dönemdir (71). Gebeliğe karar veren anne ve babanın intrauterin yaşamdaki çocuklarına emzirememe riskine karşı sigara içmeyerek sağlıklı bir ortam sağlamaları gerekir (82). Bu bilgiye paralel olarak, çalışma grubunda sigaraya maruz kalmayan gebeler arasında ilk 3 saatte emmeyen bebek orantısının sigaraya maruz kalanlara (aktif maruziyet, aktif ve pasif maruziyet, pasif maruziyet) göre anlamlı bir şekilde düşük olduğu saptandı ( $p<0,05$  tablo 11). Hatta çalışmamızda LATCH' e göre emzirme skoru ortalaması ise en düşük aktif ve pasif sigara dumanına maruz kalınması durumunda meydana geldiği saptandı ( $p<0,05$  tablo 13). Benzer bir şekilde Leung ve ark da hem aktif hem pasif içiciliğin emzirmeye başlayamamayla ilişkili olduğunu, aktif maruziyetteki nikotin seviyesine pasif maruziyetteki nikotinin de eklenmesinin durumu daha da ağırlaştırdığını bulmuştur. Hatta gebelik boyunca çevresel sigara dumanına maruz kalmanın emzirmeye başlayamamayla %10 daha fazla ilişkili olduğu rapor edilmiştir (82). Ayrıca, Liu ve ark pasif içiciliğe maruz kalan annelerin sigara içmeyen annelere göre bebeklerini memeden daha erken kestiklerini, (86) buna karşın Wdowiak ve ark annenin pasif içiciliğinin emzirme ve laktasyonda etkisi olmadığını bildirmiştir (143).

Intrauterin yaşamda bebek için bağımlılığa dönüşen nikotin, doğumdan sonra bebeğin yoksunluk sendromu yaşamasına neden olur. Ekstrauterin yaşamda bebek, enfeksiyonlara karşı koruyamayan, kronik hastalıklara olası bir tehdit oluşturan ve bebeğin entellektüel gelişimini baskılayan, nikotin içeren anne sütüyle beslenmeye devam eder (53). Çalışma grubunda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre sigaraya çok yüksek bağımlı olan anneler arasında ilk 3 saatte emmeyen bebek orantısının diğer sigara bağımlılık gruplarına (az bağımlı, orta bağımlı, yüksek bağımlı, çok yüksek bağımlı) göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu saptandı ( $p<0,05$  tablo 11). Annenin gebelik öncesi, gebelik boyunca ve gebelik sonrası sigara içme durumunun emzirme süresiyle olan ilişkisinin anlaşılması yanında emzirmeyi teşvik eden ve sigara bırakmayı destekleyen programların planlanması çok önemlidir (86). Sigara içen kadınların genellikle sağlıkları için daha az girişimlerde bulunmaları, kötü beslenmeleri, yetersiz kilo almaları vb. nedenlerden dolayı sütü daha az olur ve bu durum bebeklerini

daha az emzirmelerinin nedenini açıklayabilir. Bu kişiler, emzirmenin avantajları hakkında bilgilendirilmelidir (17).

APGAR skoru yüksek olan bebeklerin daha aktif emmesi beklenir. Çalışmamızda da ilk 3 saatte emmeyen bebeklerin 1.dk ve 5.dk APGAR skoru ortalamasının ilk 3 saatte emen bebeklere göre anlamlı bir şekilde az olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 12).

Çalışmamızda ilk 3 saatte emmeyen bebeklerin LATCH skoru ortalamasının ilk 3 saatte emen bebeklere göre anlamlı bir şekilde az olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 12). Yapılan çalışmalarda benzer sonuç rapor edilmiştir (11,117). Savitri ve ark' ın çalışmasında, doğumdan sonra ilk 16-24 saat içinde LATCH skoru 9 ve üzerinde olan annelerin, LATCH skoru daha düşük olanlara göre emzirme süresinin ilk 6 haftada 1.7 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (117). Bağlar ve Pek' in çalışmasında ise doğumdan sonra LATCH emzirme puanı yüksek olan bebeklerin ilk 6 aydaki emzirme durumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (11). Sonuç olarak, LATCH emzirme puanlama sisteminin emzirmenin sürdürülmesinde yol gösterici olduğu rapor edilmektedir (11,117).

Sigaraya intrauterin maruz kalınması, pasif neonatal sigaraya maruz kalım veya her ikisi de artmış infant ölüm sendromuna, astım, hospitalizasyon gerektiren respiratuvar enfeksiyonlara yol açar. Onbir yaşında bu çocuklar okuma geliştirme ve matematiksel zeka bakımından akranlarının gerisinde kalabilir (108). Bebek, gebenin sigaraya hiç maruz kalmayışı, aktif maruziyeti, pasif maruziyeti, hem aktif hem de pasif maruziyeti olmak üzere dört şekilde sigaradan etkilenir (tablo 13). Jaddoe ve ark' ın Rotterdam' da yaptığı nüfusa dayalı ileriye yönelik kohort çalışmasında tüm etnik gruplar arasında hem aktif hem pasif sigara içiminin Türk kadınları arasında daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (67). Çalışmamızda bebeğin doğum ağırlığı, boyu, baş çevresi, 1. ve 5.dk APGAR skoru ortalamasının en düşük aktif maruziyet durumunda meydana geldiği saptandı ( $p<0,05$  tablo 13). Yine çalışmamızda gebeliğinde sigaraya maruz kalmayan kadınlar arasında bebeğin doğum ağırlığı, boyu, baş çevresi, 1. ve 5. dk APGAR skoru ve LATCH skoru ortalamasının aktif maruziyeti yada hem aktif hem

de pasif maruziyeti olanların bebeklerine göre anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 13).

Çalışma grubumuzda, bebeğin en düşük doğum ağırlığı ortalamasının, annenin sigaraya aktif maruziyeti durumunda bir başka deyişle anne sigara içtiğinde meydana geldiği saptandı ( $p<0,05$  tablo 13). Sonucumuz ile benzer çalışmalar rapor edilmiştir (25,29,37,59,93,118). Çalışmamızda gebelikte sigara içiminin, gebelik haftalarına bakılmaksızın bebeğin doğum ağırlığının ortalama 733gr daha düşük olmasına neden olduğu saptanmıştır (tablo 13). Yapılan çalışmalarda benzer olarak, gebeliğinde sigara içen kadınlarda gebelik haftasına bakılmaksızın bebeğin doğum ağırlığı ortalamasının 80 ile 458 gr arasında daha düşük olduğu rapor edilirken (25, 66, 123,141), gebelik haftaları aynı olan bebeklerin doğum ağırlığı ortalamasının 187 ile 227 gr arasında daha düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (130, 137, 138). Ayrıca sadece 1. trimestrdan sonra sigara içen annelerin bebeklerinde doğum ağırlığının 197 gr daha az olduğu, annenin gebeliğinde sigara içmesinin çocukluk çağında ise fazla kilolu olma yaygınlığını artırdığı rapor edilmiştir (93). Bu durumun önemi, annenin sigara içmesinin bebeklerin doğum sonu yaşamında fiziksel ve entellektüel gelişimine olumsuz şekilde yansıdığı ile açıklanabilir (108,139). Buna karşın gebelik boyunca sigara içimi ile bebek doğum ağırlığı arasında anlamlı bir fark bulunmayan çalışmalar da vardır (104,129).

Çalışmamızda gebeliğinde sigaraya pasif şekilde maruz kalan kadınlar ile sigaraya maruz kalmayan kadınlar arasında bebeğin doğum ağırlığı ortalaması açısından bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ , tablo 13). Fakat literatürde pasif içici annelerin bebeklerinin ortalama 25-192 gr daha düşük doğum kilosuna sahip olduğu saptanmıştır (67,95,116). Hatta gebeliğin erken döneminde ( $<18$  hafta) annenin pasif sigara içiciliğinin DDA ile ilişkili olmadığı fakat, gebeliğin geç döneminde ( $\geq 25$  hafta) içiciliğinin DDA ile güçlü ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu ve DDA riskini 4,10 kat artırdığı rapor edilmiştir (67). Bu durum, çalışmamızda pasif içici annelerin sayının az oluşu ve bu annelerin DDA' lı bebeklerinin olmayışı ile açıklanabilir.

Çalışmamızda gebeliğinde sigaraya pasif şekilde maruz kalan kadınlar arasında bebeğin doğum ağırlığı ortalamasının, aktif maruz kalanların bebeklerine göre anlamlı



bir şekilde fazla olduğu bulundu ( $p<0,05$ , tablo 13). Benzer sonuç Misra ve Nguyen' in çalışmasında da görülmektedir. Misra ve Nguyen bu durumu, pasif sigara dumanına maruziyette doz-cevap ilişkisinin farklı dağılım göstermesiyle açıklamış, hatta annenin pasif sigara içiciliğinin bebeğin doğum kilosunu güçlü bir şekilde etkilemekte olduğunu ve çok zarar verdiğini belirtmiştir (95).

Doğum ağırlığı düşük olan bebeklerin boy ve baş çevresinin normalden daha az olması beklenir (34). Çalışmamızda da gebeliğinde sigaraya aktif şekilde maruz kalan kadınlar arasında bebeğin boy ve baş çevresi ortalamasının, sigaraya maruz kalmayan kadınların bebeklerine göre anlamlı bir şekilde az olduğu bulundu ( $p<0,05$  tablo 13). Sonucumuz ile benzer çalışmalar rapor edilmiştir (18,93,101). Hatta Salmasi ve ark' in meta-analiz çalışmasında pasif sigaraya maruz kalan annelerde yenidoğanların ortalama 1,75 cm daha uzun boya ve ortalama 0,11 cm daha küçük baş çevresine sahip olduğu belirtilmiştir (116). Ancak gebelikte sigara içimi ile bebeğin boy ve baş çevresi arasında anlamlı bir ilişki rapor etmeyen bir çalışma da vardır (75).

Çalışmamızda gebeliğinde sigaraya pasif şekilde maruz kalan kadınlar ile sigaraya maruz kalmayan kadınlar arasında bebeğin APGAR skoru ortalaması açısından bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$  tablo 13). Benzer olarak Salmasi ve ark' in meta-analiz çalışmasında yenidoğanların 1. ve 5. dakika APGAR skorları ile annenin pasif şekilde sigaraya maruz kalması arasında önemli bir farklılık belirtilmemiştir (116). Ancak Wdowiak ve ark, annelerin gebelikte pasif sigara içiciliğinin yenidoğan bebeğin sağlık durumunu etkilediğini, düşük APGAR skoru olan bebekler doğurduğunu bulmuştur (143). Bu durumun, çalışmamızda gebelerin pasif sigara maruziyetini doğru ifade edemiyor olması ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Literatürde normal doğum yapan annelerin ilk saat içinde emzirmeye başlatılmasının önemli olduğu rapor edilmektedir (2,23,43,70,87). Emziren annelerin annelik rolünü kabulü ile ilgili daha az çelişki yaşadığı bildirilmiştir (76). Çalışmamızda ilk yarım saatte emen bebek oranı (%66, n=305), Saka ve ark' in çalışmasındaki (kentte %41,8-kırda %33,1) orantıdan fazladır (115). Çalışmamızda bebeklerin %73,8'i (n=341) ilk 1saat içinde aktif emdi (tablo 14). Yapılan çalışmalarda, sonucumuzdan

daha az olarak, bebeklerin ilk 1 saat içinde aktif emme sıklığının %33 ile %73,8 arasında olduğu rapor edilmiştir (31,87,127,128). Emzirme sıklığındaki bu farklılıklar, hastanemizin emzirmeye verdiği önemden yada diğer çalışmaların yapıldığı kırsal, kent, bölgesel farklılıklardan, annelerin emzirmeye başlama hakkında farklı düşüncelere sahip olmasından kaynaklanabilir. Kültürel farklılıklar da annelerin emzirme davranışını etkilemekte ve anne emzirme ile ilgili kararını gebeliğinde vermektedir (76,94). Annelerin emzirmenin kontraseptif etkisi yönünden yararlanabilmek için emzirmeye istekli olmalarına karşın, bebeği için uygun bir besin olmadığı düşüncesiyle kolostrumu vermeyişinin, emzirmeye başlamada problem yarattığı ve bu durumun dünyanın birçok yerinde yaygın olduğu rapor edilmiştir (78).

Sigara içen annelerin nikotin alımlarından dolayı prolaktin konsantrasyonu ve süt salınımı azalır. Bu annelerin sütünde yağ konsantrasyonu düşüktür ve bebeklerini erken emzirememeye riskinin arttığı rapor edilmiştir (65,82). Sigara, sütün içeriğini de etkileyerek bebeğin emerken hoşuna gitmeyen tad almasına neden olur, hatta bebeğin iştahını etkiler, bebek daha az emerek daha az göğüs uyarısı sağlanır (82). Annenin sigara içmesi, anne sütündeki vitamin E düzeyini düşürür, kandan süte geçen vitamin A içeren antioksidanların transferinde olası bir sınırlılık yaratır (104). Sigara içen gebelerin kanında kotin seviyesinin yüksek olduğu, içilen sigara sayısı arttıkça anne sütünde de kotin seviyesinin anlamlı olarak arttığı rapor edilmiştir (104). Çalışmamızda gebeliğinde sigara içen anneler arasında ilk 5 dakikada aktif emmeye başlayan bebek oranının gebeliğinde sigara içmeyen annelere göre anlamlı bir şekilde az olduğu bulundu ( $p < 0,05$  tablo 14). Benzer olarak gebelikte sigara içen kadınlarda sigara içmeyenlere göre, bebeklerini 1,1 kat emzirmeye başlatamama riski olduğu ve emzirmenin kalıcı olarak 4 aya kadar başarısız şekilde etkilendiği rapor edilmiştir (82). Süt miktarının az oluşu ve içeriğindeki düşük yağ konsantrasyonu sebebiyle bebek emerken daha az beslenir. Bu nedenle besinle alınan enerji açığı (eksikliği) zamanla daha da kötüleşir ve ilave besine gereksinim duyulur (65). Yetersiz süt salınımı emzirmenin devamı için olumsuz bir etkiye sahiptir (42,78). Sigara içen annelerin sigara içmeyenlere göre bebeklerini daha erken memeden kestiği rapor edilmiştir (42,57,68, 118). Hatta bir çalışmada sütün yetersiz olmasının, annelerin yarısında emzirmeye devam edememenin en önemli nedeni olduğu belirtilmiştir (17). Ayrıca başka bir

çalışmada, sigara içen annelerin, sütünde bulunan nikotin ve diğer zararlı maddelerin, çocukları üzerindeki zararlı etkilerinden korktukları için emzirmeyi daha erken bırakabileceğinden bahsedilmiştir (42). Emzirmenin ileriye dönük etkisine bakıldığında ise, maternal sigara maruziyeti olan ve anne sütüyle yeterince beslenemeyen 9 yaşındaki çocukların bilişsel gelişiminde olumsuz etkiler olduğu rapor edilmiştir (14). Bu yönüyle emzirmeye başlama ve sağlıklı bir şekilde emzirmenin sürdürülmesi, bebeğin büyümesi, gelişmesi, sağlıklı olması ve çocukluk döneminde bilişsel gelişime katkıda bulunması açısından önemli bir unsurdur.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda gebelerin %48,8'inin (n=238) gebelikleri süresince sigara içtiği, %25,2'sinin (n=123) bebeklerinin DDA'lı olduğu, bebeklerin %73,8'inin (n=341) ilk 1 saat içinde aktif emdiği, %7,1'inin (n=33) ise ilk 3 saatte hiç emmediği belirlendi.

Önceden DDA'lı bebeği olan, gebelik öncesi son 3 ay sigara içen, gebeliğinde aktif sigara maruziyeti olan, çok yüksek sigara bağımlılığı olan annelerin bebeklerinde DDA olma durumunun daha yüksek olduğu bulundu. Günlük içilen sigara sayısı ortalaması arttıkça DDA'lı bebek doğurma durumu da artmaktadır. Anormal baş çevresi, orta derecede deprese APGAR skoru ve az sayıda emen bebeklerin DDA'lı olma durumunun daha yüksek olduğu bulundu. Bebeğin gestasyon yaşı, apgar ve LATCH'e göre emzirme skoru ortalamaları arttıkça DDA'lı bebek olma durumu azalmaktadır.

Bebeği emzirmeye başlatırken herhangi bir yöntem kullanan, gebelik öncesi son 3 ay sigara içen, sigaraya aktif maruz kalan, çok yüksek bağımlı olan annelerin bebeklerinde ilk 3 saatte emmeme artmaktadır. Günlük içilen sigara sayısı ortalaması arttıkça bebeğin ilk 3 saatte emmemesi de artmaktadır. Bebeğin apgar ve LATCH'e göre emzirme skoru ortalamaları azaldıkça ilk 3 saatte emmemesi artmaktadır. Bebeğin doğum ağırlığı, boyu, baş çevresi, 1. ve 5. dk APGAR skoru ve LATCH'e göre emzirme skoru ortalamasının, annenin sigaraya maruz kalmadığı durumda daha yüksek, sigaraya aktif maruziyet durumunda ise en düşük olduğu (LATCH'e göre emzirme skoru hariç) bulundu. LATCH'e göre emzirme skoru ortalamasının ise annenin aktif ve pasif sigara maruziyeti durumunda en düşük olduğu bulundu. Ayrıca, bebeğin ilk 5 dakikada aktif emmeye başlayamamasının annenin gebelikte sigara içmesi durumunda daha fazla olduğu saptandı.

Gebelik süresince sigara içen kadınların bebeklerinde DDA riskinin 56,3 kat arttığı bulundu. Gebeliğinde Fe ve vitamin kullanmayan kadınların bebeklerinde DDA riskinin 4,8 kat arttığı saptandı. Emzirme deneyimi olmayan annelerin bebeklerinde ilk

3 saatte emmeme riskinin 3,2 kat arttığı saptandı. Gebelik süresince sigara içen annelerin bebeklerinde ilk 3 saatte emmeme riskinin 3 kat arttığı bulundu.

Özet olarak, gebe kadınlarda sigara içme önemli bir sağlık sorunudur. Gebelikte sigara içen kadınlar arasında bebeğinin DDA' lı olması ve ilk üç saatte emmemesinin yüksek olduğu belirlendi.

Araştırmamız sonucunda saptanan bu sonuçlar ışığında;

1. Araştırmanın yapıldığı hastanede sigarayı bırakma polikliniği açılması, sigara içen gebelerin bu polikliniğe başvurması sağlanarak onlara danışmanlık ve tedavi olanakları sunulması,
2. Araştırmanın yapıldığı hastanede kadınların gebelik ve doğum sonu süreçte, sigaranın zararlı etkileri konusunda bilgilendirilerek sigara içmemelerine yönelik daha etkili eğitim verilmesi,
3. Doğum sonu dönemde DDA' lı bebeklerin emzirmeye başlatılmasına daha çok özen gösterilmesi,
4. Emzirmeye başlatılırken annelere emzirmenin öğretilmesi, emzirme için uygun bir ortam sağlanarak annelerin emzirmeye özendirilmesi ve desteklenmesi,
5. Araştırmanın yapıldığı hastanede emzirme sıklığının aylık yada yıllık olarak takip edilmesi ve kayıtlarının tutulması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Aksakal, A., Khorshid, L., 2006, Adana tek el sigara fabrikasında çalışan bireylerin sigara içme ve nikotin bağımlılıklarının incelenmesi, Bağımlılık Dergisi, 7, 57-64 s.
2. Akyüz, A., Kaya, T., Şenel, N., 2007, Annenin emzirme davranışının ve emzirmeyi etkileyen durumların belirlenmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6, 5, 331-335 s.
3. Albertsson-Wikland, K., Karlberg, J., 1997, Postnatal growth of children born small for gestational age. Acta Paediatr Supp., 423, 193-5 p.
4. Albrecht A.S., Maloni A.J., Thomas K.K., Jones R., Halleran J., Osborne J., 2004, Smoking Cessation Counseling for Pregnant Women Who Smoke: Scientific Basis for Practice for Awhonn's Success Project, JOGGN, 33, 3, 298-305 s.
5. Altıparmak, S., Atıparmak, O., Avcı, H.D., 2009, Manisa' da gebelikte sigara kullanımı;Yarı kentsel alan örneği, Türk Toraks Dergisi,10,20-5 s.
6. American Collage of Obstetricians and Gynecologist, 2005, The importance of preconception care in the continuum of women' s health care, Committee Opinion, September, No:313.
7. American Collage of Obstetricians and Gynecologist, 2006, Psychosocial risk factors: Perinatal screening and intervention, Committee Opinion, August, No:343.
8. Amir, L.H., Donath, S.M., 2002, Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding?, The Epidemiological Evidence, Birth, 29, 2, 112-123 p.
9. Andres, R.L, Day, M.C, 2000, Perinatal complications associated with maternal tobacco use, Semin Neonatol,5, 231-41 p.
10. Atasay, B., Arslan, S., 2001, Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklerasyonu, Sted, 10, 12, 457-459 s.
11. Bağlar, D., 2008, Doğumdan Sonra LATCH Emzirme puanı ile İlk 6 Aydaki Emzirme Durumu Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Danışman: Hatice Pek (Yayımlanmamış), 91 s.
12. Baksh, L., Bloebaum, L., McGarry, J., Carapezza, D., Galloway, K., Hossain, S., Satterfield, R., 2007, Births from Unintended Pregnancies and Contraceptive Use in Utah, A Pregnancy Risk Assessment Monitoring System Report, 1-8 p.
13. Bartick, M., Reinhold, A., 2010, The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United State: A Pediatric Cost Analysis, Pediatrics, 125, 5, 1048-1056 p.
14. Batstra, L., Neeleman, J., Hadders-Algra, M., 2003, Can breast feeding modify the adverse effects of smoking during pregnancy on the child' s cognitive development?, J Epidemiol Community Health, 57, 403-404 p.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

15. Behrman, R.E, Shiono, P.H,1997, Neonatal Risk Factors: Preterm, Low Birth Weight, and small for Gestational Age, (Editor: Fanaroff, A.A, Martin, R.J), Behrman' s Neonatal Perinatal Medicine, 6th , 3-12 p.
16. Benute, G.R.G., Nomura, R.M.Y., Reis, J.S., Junior, R.F., Lucia, M.C.S., Zugaib, M., 2010, Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes, Clinics (Sao Paulo), 65, 11, 1127-1131p.
17. Berović, N., 2003, Impact of Sociodemographic Features of Mothers on Breastfeeding in Croatia: Questionnaire Study, Croatian Medical Journal, 44, 5, 596-600 p.
18. Bilir, Ş., Başaran, M., 1997, Gebelikte sigaranın zararlı etkileri, Sağlık Dergisi, LII, 1-2, 3-24 s.
19. Bloebaum, L., Baksh, L., Barley, J., Streeter, N., Zinner, K., Neerings, K., Nangle, B., Mcdonald, S.P., Delavan, G., 2005, Utah PRAMS Data Book 2000-2001, Utah Department of Health, Division of Community and Family Health Services, Maternal and Child Health Bureau, Reproductive Health Program, 1-83 p.
20. Boyacı, H., Büyükgöze, B., Başyigit, İ., Yıldız, F., Ilgazlı, A., Duman, C., 2006, Fetustaki sigara dumanı maruziyetinin kord kanı kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi, Toraks Dergisi, 7 ,2, 115-119 s.
21. Bülbül, S.H., Ceyhun, A.G., 2006, Pasif Sigara İçiciliği, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 10, 3, 123-128 s.
22. Carter, R.M., Downs, D.S., Bascom, R., Dyer, A.M., Weisman, C.S., 2011, The Moderating Influence of Asthma Diagnosis on Biobehavioral Health Characteristics of Women of Reproductive Age, Maternal Child Health Journal, DOI: 10.1007/s10995-011-0749-1
23. Chang, J.H., Chan.W.T., 2003, Analysis of Factors Associated with İnitiation and Duration of Breastfeeding: A Study in Taitung Taiwan, Acta Paediatr Taiwan, 44,1, 29-34 p.
24. Chatillon, O., Even, C., 2010, Antepartum depression: prevalence, diagnosis and treatment, Encephale, 36, 6, 443-51 p.
25. Chiolero, A., Bovet, P., Paccaud, F., 2005, Association between maternal smoking and low birth weight in Switzerland: the EDEN study, Swiss Med Wkly, 135, 525-530 p.
26. Clements, M., Mitchell, E., Wright, S., 1997, Influences on breastfeeding in Southeast England, Acta Paediatr, 86, 51-56 p.
27. Connecticut Department of Public Health, 2008, Pregnancy and Smoking Fact Sheet, 2004-2006, Available from [www.ct.gov/dph](http://www.ct.gov/dph), 1-2 p.
28. Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J, Gilstrap, L.C., Hauth, J.C, Wenstrom, K.D., 2005, Williams Doğum Bilgisi, Nobel Tıp Kitabevleri Lmt. Şti., 2, 21, 750-1019 p.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

29. Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J., Spong, C.Y., 2010, Williams Obstetrik, (Çeviri Editörleri: Ceylan, Y., Yıldırım, G., Gedikbaşı, A., Aslan, H., Gül, A.), Nobel Tıp Kitabevleri Lmt. Şti., 78-604 s.
30. Çavuşoğlu, H., 2004, Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Ankara, cilt 2, 23-64 s.
31. Çetin, F. , Güneş, G. , Karaoğlu, L.,Üstün, Y. , 2005, Turgut Özal Tıp Merkezinde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12, 4 ,247-252 s.
32. Çiçek, M.N., Mungan, M., 2007, Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji, Güneş Tıp Kitabevleri, 284-408 s.
33. Dağoğlu, T., 2002, İntrauterin ve Ekstrauterin Büyüme Etkileyen Nutrisyonel Faktörler, Klinik Çocuk Forumu, 2, 1, 23 s.
34. Dağoğlu, T., Ovalı, F., 2007, Neonatoloji, Nobel Tıp Kitabevleri Lmt Şti, 2. Baskı, 99-237 s.
35. Davis, K., Baksh, L., Bloebaum, L., Streeter, N., Bohner, C., Rolfs, B., Tobacco Use Before, During And After Pregnancy, A Prenancy Risk Assesment Monitoring System Quarterly Report ,2 ,1 , 1-6, available at: [http://health.utah.gov/mihp/prams/Tobacco\\_Use.pdf](http://health.utah.gov/mihp/prams/Tobacco_Use.pdf), (Erişim Tarihi: 2011-5-28).
36. Decherney, A. H., Goodwin, T. M., Nathan, L., Laufer, N., 2010, “Current Diagnosis and Treatment” Serisi, Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi, (Çeviri Editörü: Bülent Tıraş), LANGE Tıp Kitapları, Güneş Tıp Kitabevleri, 10. Baskı, 367-1026 p.
37. Demir, D., Demir, F., 2006, Doğum ağırlığını etkileyen faktörler, Perinatoloji Dergisi, 14, 4, 188-194 s.
38. Demirhan, F., 1997, Sakarya İlinde Emzirmenin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Hatice Pek), (yayımlanmamış), 111 s.
39. Demirkaya, B., 2004, Gebelikte sigara içiminin plasenta ve yenidoğan üzerine etkileri Uzmanlık Tezi, T.C., Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.
40. Dewith, S.J, Sparks, J.W, Swark, P.B, 1997, Physical growth of low birthweight infants in the first year of life; Impact of maternal behaviours, Early Hum Dev., 3, 47, 1, 19-34 p.
41. E.A.S., Nelson, S., Cowan, A., Serra, V., Mangiaterra, MAS Study Group For WHO EURO Region, 2002, Health messages on smoking and breastfeeding in maternity hospitals of Eastern Europe, Tobacco Control, 11, 284 p.
42. Edwards, N., Sims-Jones, N., 1998, Smoking and smoking relapse during pregnancy and postpartum: Results of a qualitative study, Birth, 25, 94-100 p.



## KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

43. Ekman, K.A, Todia, W, 2003, Decision Making Regarding Breastfeeding and Bottle Feeding by Women Cared for in an Inner City Hospital, *Obstetrics and Gynecology*, 101(4-supplement 1), 20 p.
44. England, L.J, Kendrick, J.S, Gargiullo, P.M, 2001, Measures of maternal tobacco exposure and infant birth weight at term, *Am J Epidemiol*, 153, 10, 954-60 p.
45. Ersoy, İ., 2000, *Pediatric, Hekimler Birliği Vakfı, Türkiye Klinikleri, Ortadoğu Reklam ve Yayıncılık A.Ş., Ankara, Cilt 1, Seri no:2727-30 s.*
46. Eser, B., 2007, Hastanemizde doğan SGA bebek sıklığını etkileyen sosyodemografik risk faktörleri, *Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul.*
47. Eskibozkurt, F., 2008, Yetişkin eğitimi açısından yeni doğum yapmış annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi düzeyinin tespiti, *Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 1-29 s.*
48. Fagerstrom, K.- O., 1978, Measuring Degree of Physical Dependence to Tobacco Smoking with Reference to Individualization of Treatment, *Addictive Behaviors*, 3, 3-4, 235-241 p.
49. Fagerstrom, K.-O., Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., 1990, Nicotin addiction and its assesment, *Ear, Nose and Throat Journal*, 69, 11, 763-5 p.
50. Fagerstrom, K.-O., Schneider, N.G. ,1989, Measuring Nicotine Dependence: A Review of The Fagerstrom Tolerance Questionnaire, *Journal of Behavioral Medicine*,12,2, 159-182p.
51. Fenercioğlu, K.A., Yıldırım, G., Karatekin, G., Göker, N., 2009, The relationship of gestational smoking with pregnancy complications and sociodemographic characteristics of mothers, *J Turkish-German Gynecol Assoc*, 10, 148-151 s.
52. Fisher, D., 2010, Social Drugs and Breastfeeding, Handling An Issue That Isn't Black and White, Available From Health e-Learning, [http://www.health-elearning.com/resources/articles/BreastEd/Website,Articles/Social Drugs and Breastfeeding.doc](http://www.health-elearning.com/resources/articles/BreastEd/Website,Articles/Social%20Drugs%20and%20Breastfeeding.doc), 1-7 p.
53. Fisher, D., Social Drugs and Breastfeeding: Handling an issue that isn't black & white, *Health E-Learning*, available at: <http://www.health-e-learning.com/resources/articles>, (Erişim Tarihi: 2011-12-8), 1-7 p.
54. Fisher, N., Amitai, Y., Haringman, M., Meiraz, H., Baram, N., Leventhal, A., 2005, The Prevalence of Smoking Among Pregnant and Postpartum Women in İsrail: A Natioanal Survey and Review, *Elsevier, Health Policy*, 73, 1-9 p.
55. Fortner, K. B., Szymanski, L. M., Fox, H. E., Wallach, E. E., 2008, *Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetri El Kitabı, (Editör: Engin Oral), Lippincott Williams & Wilkins, 61-355 p.*

## KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

56. Fox, S.H., Koepsell, T.D., Darling, J.R., 1994, Birth weight and smoking during pregnancy-Effect modification by maternal age, *Am J Epidemiol*, 139, 1008-15 p.
57. Gilbert, E.S., Harmon, J.S., 2002, Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, (Editör:Lale Taşkın), Palme Yayıncılık, Ankara, 673-681 p.
58. Goel, P, Radotra, A, Singh, I., 2004, Effects of passive smoking on outcome in pregnancy, *J Postgrad Med*, 50,12-6 p.
59. Gomez, C, Berlin, I, Marquis, P., 2004, Expired air carbon monoxide concentration in mothers and their spouses above 5 ppm is associated with decreased fetal growth, *Preventive Medicine*, 40, 10-5 p.
60. Grange, G., Vayssiere, C, Borgne, A, 2005, Description of tobacco addiction in pregnant women, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 120, 146-51 p.
61. Gür, E., 2007, Anne Sütü ile Beslenme, *Türk Pediatri Arşivi*, 42, 11-15 s.
62. Habek, D., Habek, J.C., Ivanisevic, M., Djelmis, J., 2002, Fetal tobacco syndrome and perinatal outcome, *Fetal Diagn Ther*, 17, 367-71 p.
63. Haddock, C.K., Lando, H., Klesges, R.C., Talcott, G.W., Renaud, E.A., 1999, A study of psychometric and predictive properties of the Fagerstrom test for nicotine dependence in a population of young smokers, *Nicotine Tob Res*, 1, 59-66 p.
64. Harrison, A., Baksh, L., Bloebaum, L., Van Orman, C. , Harris, J., Hostetter, H., Breastfeeding in Utah, A Pregnancy Risk Assessment Monitoring System Quarterly Report, Available at: <http://health.utah.gov/mihp/pdf/Breastfeeding.pdf>, (Erişim Tarihi: 2011-5-27), 3, 2, 1-8 p.
65. Horta, B.L., Kramer, M.S., Platt, R.W., 2001, Maternal smoking and the risk of early weaning: A Meta-Analysis, *Am J Public Health*, 91,2, 304-7 p.
66. Horta, B.L., Victoria, C., Menezes, A.M., Halpern, R., Barros, F.C., 1997, Low birtweight, preterm births and intrauterine growth retardation in relation to maternal smoking, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 11,2, 140-151 p.
67. Jaddoe, V.W.V., Troe, E-J., W.M., Hofman, A., Mackenbach, J.P., Moll, H.A., Steegers, E.A.P., Wittman, J.C.M., 2008, Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: The Generation R Study, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 22, 162-171 p.
68. Jakab, Z., 2010, Smoking and pregnancy, *Acta Obstetricia ve Gynecologia Scandinavica*, 89, 4, 416-417 p.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

69. Jensen, D., Wallace, S., Kelsay, P., 1994, LATCH: A Breastfeeding Charting System and Documentation Tool, JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 23, 1, 27-32 p.
70. Kaewsarn, P, Moyle, W, Creedy, D, 2003, Thai Nurses' Beliefs About Breastfeeding and Postpartum Practices, J. Clin. Nurs., 12, 4, 467-75 p.
71. Karcaaltincaba, D., Kandemir, O., Yalvac, S., Güven, Es, Yıldırım, B.A., Haberal A, 2009, Cigarette smoking and pregnancy: results of survey at Turkish woman's hospital in 1,020 patients, J Obstet Gynaecol, 29, 6, 480-486 p.
72. Kelly, J.M, 1994, General Care, (eds: Avery GB, Futcher MA, MacDonald MG), In: Neonatology: Pathophysiology and Management of the Newborn, Philadelphia JB Lippincott Company, 4th edition, 301 p.
73. Kesim, M.D., 2004, Sigara ve Gebelik, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 38, 2, 7-14 s.
74. Khooshideh, M., Shahriari, A., 2009, A comparison of tramadol and pethidine analgesia on the duration of labour: A randomised clinical trial, Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 49,59-63 p.
75. Kırımı, E., Pençe, S., 1999, Gebelikte Sigara Kullanımının Fetüs ve Plasentanın Gelişimine Etkisi, Van Tıp Dergisi, 6, 1, 28-30 s.
76. Kiernan, K. , Pickett, K.E. , 2006, Marital Status Disparities in Maternal Smoking During Pregnancy, Breastfeeding and Maternal Depression, Elsevier Ltd., Social Science & Medicine, 63, 335-346 p.
77. King, F., 2000, Emzirme Konusunda Annelere Yardım, (Çeviri: Ergin S.), İzmir, 5-30 s.
78. Koçtürk, T., 2003, Foetal development and breastfeeding in early texts of the islamic tradition, Acta Paediatr, 92, 617-20 p.
79. Köksal, G., 2004, Anne Sütü ile Beslemenin Önemi ve Anne Sütünün Özellikleri, Klinik Çocuk Forumu, İstanbul, 4, 1-8 s.
80. Kutlu, R., 2008, Aktif ve pasif sigara içiciliğinin gebelik ve fetüs üzerine etkileri, Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7, 5, 445-448 s.
81. Leifer, G., 2005, Maternity Nursing—an introductory text, Elsevier Saunders, 326-327 p.
82. Leung, G.M., Ho, L.-M., Lam, T.-H., 2002, Maternal, paternal and environmental tobacco smoking and breast feeding, Paediatric and Perinatal Epidemiology, 16, 236-245 p.
83. Lightwood, J.M., Phibbs, C.S., Glantz, S.A., 1999, Short-term health and economic benefits of smoking cessation: Low birth weight, Pediatrics, 104, 6, 1312-20 p.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

84. Ling, F.W., Duff, P., 2006, Obstetrik Jinekoloji, (Çev.:Yavuz Ceylan), Nobel Tıp Kitabevleri, 34 p.
85. Lippincott Williams and Wilkins, 2002, Woman's Health and Wellness: an Illustrated Guide, Forward By Elene Kamel, MD, Anatomical Chart Company, Skokie, Illinois, Developmental, (Editor: Lesley Weeks Ochoa), (İllustrators: Down Gorski), M.A.M.S, Lik Kwong, M.F.A, Liana Bauman, MAMS, (Design: Lisa OH), 119 p.
86. Liu, J., Rosenberg, K.D., Sandoval, A.P., 2006, Breastfeeding Duration and Perinatal Cigarette Smoking in a Population-Based Cohort, American Journal Of Public Health, 96, 2, 309-314 p.
87. Lucas, A., Cole, T.J., Morley, R., Lucas, P.J., Davis, J.A., Bamford, M.F., Crowle, P., Dossetor, F.B., Pearse, R., Boon, A., 1988, Factors association with maternal choice to provide breast milk for low birthweight infants, Archives of Disease in Childhood, 63,48-52 p.
88. Lumley, J., Oliver, S., Waters, E., 2000, Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy, Cochrane Database Systematic Reviews, 2, CD001055.
89. Maloni, A.J., Albrecht, A.S., Thomas, K.K., Halleran, J., Jones, R., 2003, Implementing Evidence-Based Practice: Reducing Risk for Low Birth Weight Through Pregnancy Smoking Cessation, JOGGN, 32, 5, 676-682 p.
90. Marakoğlu, K., Erdem, D., 2007, Konya' da gebe kadınların sigara içme konusundaki tutum ve davranışları, Erciyes Tıp Dergisi, 29,1,47-55 s.
91. Marakoğlu, K., Sezer, R., 2003, Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25, 157-64 s.
92. Marcus, S.M., 2009, Depression during pregnancy: rates, risks and consequences-Mother risk Update 2008, 2009, Can J Clin Pharmacol, 16, 1, 15-22 p.
93. Mendez, M.A., Torrent, M., Ferrer, C., Ribas-Fito, N., Sunyer, J., 2008, Maternal smoking very early in pregnancy is related to child overweight at age 5-7 y, Am J Clin Nutr, 87, 1906-13 p.
94. Miller, A.W.F., Hanretty, K.P., Obstetrics Illustrated, Churchill Livingstone, Garrey, Govan, Hodge, Callander, 5. Baskı, 339-370 p.
95. Misra, D.P., Nguyen, R.H.N., 1999, Environmental Tobacco Smoke and Low Birth Weight: A Hazard in the Workplace, Environmental Health Perspectives, 107, 6, 897-904 p.
96. Nafstad, P., Jaakkola, J.J.K., Hagen, J.A., Botten, G., Kongerud, J., 1996, Breastfeeding, maternal smoking and LRTI, Eur Respir J., 9, 2623-2629 p.
97. Nakamura, M.U, Alexandre, S.M, Kuhn Dos Santos, J.F, 2004, Obstetric and perinatal effects of active and/or passive smoking during pregnancy, Sao Paulo, Med J, 6, 122, 3, 94-8 p.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

98. Neyzi, O., Ertuğrul, T., 2002, Pediatri, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul, 3. Baskı, 183-201 p.
99. Neyzi, O., Hülya, G., Furman, A., Bundak, R., Gökçay, G., Darendeliler, F., Baş, F. , 2008, Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 51, 1-14 s.
100. Nichols, F.S., Humenick S.S., 2000, ChildBirth Education, Practise Research and Theory, Second Education, 449-450 p.
101. Nusbaum, M.L, Gordon, M., Nusbaum, D., Mccarthy, M.A., Vasilakis, D., 2000, Smoke alarm: A review of the clinical impact of smoking, Prim Care Update Ob/Gyns, 7, 207-214 p.
102. Okumuş, Y., Yenal, K., 2003, LATCH Emzirme Tanılama Aracının Güvenirliliğini İnceleyen Bir Çalışma, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5, 1, 38-44 s.
103. Olds, D.L., Hendersen, C.R., Tatelbaum, R., 1994, Prevention of intellectual impairment in children of women who smoke cigarettes during pregnancy, Pediatrics, 93,2,228-33 p.
104. Orhon, F.Ş., Ulukol, B., Kahya, D., Cengiz, B., Başkan, S., Tezcan, S., 2009, The influence of maternal smoking on maternal and newborn oxidant and antioxidant status, Eur J Pediatr, 168, 975-981 s.
105. Paine, P., Dorea, J.G., 2001, Gender role attitudes and other determinants of breast feding intentions in Brazilian woman, Child:Care,Health and Development, 27, 1,61-72 p.
106. Panaretto, K.S., Mitchell, M.R., Anderson, L., Gilligan, C., Buettner, P., Larkins, S.L., Eades, S., 2009, Tobacco use and measuring nicotine dependence among urban İndigenous pregnant women, Health Care, 191, 10, 554-557 p.
107. Pregnets, 2003, Smoking Cessation for Pregnant and Post-Partum women: A Tooling for Health Professionals, 1-5 p.
108. Queenan, J.T., Hobbins, J.C., 1998, Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri, (Çeviri Editörü: Haldun Güner), Atlas Kitapçılık Ltd. Şti., Ankara, 3. Baskı, 22-286 s.
109. Ratner, R.A., Johnson, J.L., Bottorff, J.L., 1999, Smoking relapse and early weaning among postpartum women: is there an association? Birth, 26, 2, 76-82 p.
110. Ringel, S., Kahan, E., Greenberg, R., Arieli, S., Blay, A., Berkovitch, M., 2001, Breast-Feeding and Smoking Habits among Israeli Women, IMAJ, 3, 739-742 p.
111. Rosenberg, D. C., Buescher, P. A., 2002, The Association of Maternal Smoking with Infant Mortality and Low Birth Weight in North Carolina, 1999, North Carolina Public Health, State Center for Health Statistics, Study No:135.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

112. Rowe-Murray, H.J., Fisher, J.R., 2002, Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding, *Birth*, 29,124-31 p.
113. Ryan, A.S., 1997, The resurgence of breast-feeding in the United States, *Pediatrics*, 99, 1-5 p.
114. Sak, M. E., Özkul, Ö., Evsen, M., Sak, S., Evliyaoglu, O., 2009, Gebelik anemisinin perinatal sonuçlara etkisi, *Dicle Tıp Dergisi*, 36, 1, 39-42 s..
115. Saka, G. , Ertem, M., Musayeva, A., Ceylan, A., Koçtürk, T., 2005, Breastfeeding Pattern, Beliefs and Attitudes Among Kurdish Mothers in Diyarbakır, Turkey, *Actapaediatr*, 94,1303-9 p.
116. Salmasi, G., Grady, R., Jones, J., McDonald, S. D., 2010, Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses, *Acta Obstetrica and Gynecologia Scandinavica*, 89, 4, 423-441 p.
117. Savitri, P., Kumar, M.D., Money, R., Wieser, L., Havstad, S., 2006, The LATCH Scoring System and Prediction of Breastfeeding Duration, *J Hum Lact*, 22, 4, 391-397 p.
118. Schulte-Hobein, B., Schwartz-Bickenbach, D., Abt, S., Plum, C., Nau, H., 1992, Cigarette smoke exposure and development of infants throughout the first year of life: influence of passive smoking and nursing on cotinine levels in breast milk and infant' s urine, *Acta Paediatr*, 81, 6-7, 550-7 p.
119. Sekhavat, L., Behdad, S., 2009, The Effects of Meperidine Analgesia during Labor on Fetal Heart Rate, *International Journal of Biomedical Science*, 5,1, 59-62 p.
120. Semiz, O., Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S., Kılıçoğlu, S.S., 2006, Sakarya' da Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuran Gebelerin Sigara İçme Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler, *Sted Dergisi*, 15, 8, 149-152 s.
121. Sever, L., Gür, E., 2003, Sağlam Çocuk İzlemi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 73 s.
122. Shah, N.R., Bracken M.B., 2000, A systematic review and metaanalysis of prospective studies on the association between maternal cigarette smoking and preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 182, 465-72 p.
123. Stegmeier-Petroianu, A., 2009, Smoking in pregnancy and low birth weight-a synergistic effect on asthma risk in children, *European Respiratory Society, Annual Congress, Vienna, Austria, September, 12-16 p.*
124. Şirin, A., Kavlak, O., 2008, Kadın Sağlığı, Bedray Basım Yayıncılık Lmt., Şti., İstanbul, 1. Baskı, 493-832 s.
125. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı", available at: <http://www.saglik.gov.tr/ACSAB/belge/1-11574/anne-sutunun-tesviki-ve-bebek-dostu-saglik-kuruluslari-.html>, (Erişim Tarihi: 2011-18-8).

## KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

126. Taşkın, L., 2003, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara, 4. Baskı, 121-339 s.
127. Tezergil, B., 2007, Doğum Sonu Dönem Annelerin Emzirmeye İlişkin Düşünceleri ve Uygulamaları, Yüksek lisans tezi, Marmara üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 71 s. (yayımlanmamış).
128. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, Ana Rapor 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Grubu, Ankara, Türkiye, Ekim 2009, 57-176 s.
129. Uçar, F., 2007, Hastanemizde doğan SGA bebeklerin annelerindeki obstetrik risk faktörleri, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Sami Hatipoğlu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul.
130. Uncu, G., 2002, Sigaranın fertilité ve gebelik üzerine etkileri, (Editör: Özyardımcı, N.), Sigara ve Sağlık, Araştırma-İnceleme Dizisi, Bursa, Adeka İlaç A.Ş., 257-535 s.
131. Uncu, Y., 1999, Gebelikte asemptomatik bakteriüri sıklığı ve gebelik komplikasyonları ile ilişkisi, Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği ABD, Bursa.
132. UNİCEF (United Nations Children' S Fund) and WHO (World Health Organization), 2004, Low Birthweight: Country, regional and global estimates, UNİCEF, Newyork, 1-8 p.
133. United States Department of Health and Human Services, 2001, Woman and Smoking: A Report of the Surgeon General, Rockville, MD.
134. Utah Department of Health, 1997, Report on Maternal and Infant Health, Pregnancy Outcomes, 4.1-4.23 p.
135. Utah Department Of Health, Tobacco use before, during and after pregnancy, maternal and infant health program, available at: [http://health.utah.gov/mihp/pregnancy/preged/duringpreg/Tobacco\\_use.html](http://health.utah.gov/mihp/pregnancy/preged/duringpreg/Tobacco_use.html), (Erişim Tarihi: 2011-5-28)
136. Üstün, C, Malatyaloğlu, E, 2003, Gebelikte sigara kullanımının fetüs ve plasenta üzerine etkileri, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25, 157-64 s.
137. Veiga, P. V., Wilder, R. P., 2008, Maternal Smoking During Pregnancy and Birthweight: A Propensity Score Matching Approach, Matern Child Health J, 12, 194-203.
138. Ventura, S.J., Martin, J.A., Taffel, S., 1993, Advanced report of final natality statistics, Month Vital Stat Report, 44, 1-88 p.
139. Vielwerth, S.E., Jensen, R.B., Larsen, T., Greisen, G., 2007, The impact of maternal smoking on fetal and infant growth, Early Hum Dev, 83, 491-5 p.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

140. Walker, M., 1997, "Do labor medications affect breastfeeding?", *Journal of Human Lactation*, 13, 2, 131-137 p.
141. Wang, X., Tager, IB, Van Vunakis, H., 1997, Maternal smoking during pregnancy, urine cotinine concentrations, and birth outcomes, A prospective cohort study, *Int J Epidemiol*, 226, 978-88 p.
142. Watts, R.W., 2004, "Does pethidine stil have a place in the management of labour pain?", *Rural General Practitioner*, Port Lincoln, South Australia, *Australian Prescriber*, 27, 2, 34-5 p.
143. Wdowiak, A., Wiktor, H., Wdowiak, L., 2009, Maternal passive smoking during pregnancy and neonatal health, *Ann Agric Environ Med*, 16, 309-312.
144. WHO (World Health Organization) and UNİCEF, 1989, Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services, A Joint WHO/UNİCEF Statement, WHO, Geneva.
145. WHO (World Health Organization), 1998, Ten steps to successful breastfeeding, Geneva.
146. WHO and UNICEF Ortak Raporu, 1997, Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi ve Desteklenmesi, UNICEF Türkiye Temsilciliği, Ankara.
147. WHO, 2005, Adressing violence against women and achieving the millenium development goals, Available at: <http://www.who.int>. (Erişim Tarihi: 2011-10-11)
148. WHO, UNİCEF, Baby friendly hospital initiative, Available at: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>. (Erişim Tarihi: 2011-5-13).
149. Windham, G.C., Hopkins, B., Fenster, L, Swan, S.H., 2000, Prenatal active or passive tobacco smoke exposure and the risk of preterm delivery or low birth weight, *Epidemiology*, 11, 4, 427-33 p.
150. Yetiş, S., Erata, Y., Altunyurt, S., 2005, Acute effects of cigarette smoking on fetal and uterine artery, Doppler parameters and serum nitric oxide levels, *Gynecol Obstet Reprod Med*, 11, 96-98 p.
151. Yorgancıoğlu, A., Esen, A., 2000, Sigara bağımlılığı ve hekimler, *Toraks Dergisi*, 1, 90-95s.
152. Yurdakök, K., 2003, Uluslar Arası Çocuk Hakları Sözleşmesi, (Editör: Kale, G.), *Sosyal Pediatri 1. Katkı Pediatri Dergisi*, Ankara, 25, 1, 37-42 s.
153. Yücel, M., 2005, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Palme Yayıncılık, Ankara, 108 s.
154. Zuspan, F.P., Quilligan, E.J., 1995, Obstetrik ve Jinekoloji, Çağdaş Tedavi, (Çeviri Editörü: Güner Haldun), Atlas Kitapçılık Ltd. Şti., Ankara, 320-6 s.



## EK 1: Gebe ve Yenidoğana Ait Bilgi Formu

### 1- Sosyo-Demografik Veriler

1- Kaç yaşındasınız?.....

3- Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? a. Evet b. Hayır

4- Aylık geliriniz yeterli mi?

a. Gelirim giderimden az b. Gelirim giderimle denk c. Gelirim giderimden fazla

5- Öğrenim durumunuz nedir?

a. Hiç eğitimi yok b. İlkokul / ortaokul mezunu c. Lise mezunu e. Üniversite mezunu

6- Aile tipiniz;

a. Nasıl bir aile olduğumu bilmiyorum b. Aile büyüklerinden ayrı yaşıyorum c. Aile büyükleriyle birlikte yaşıyorum d. Sosyal hizmetlerden (sığınma evi gibi) faydalanıyorum

7- Kronik hastalığınız var mı? Varsa açıklayınız.....

8- Gebeliğinizde sürekli kullandığınız ilacınız var mı? Varsa açıklayınız.....

9- Aşağıdaki maddelerden kullandıklarınızı işaretleyiniz. a. Alkol b. Madde.....

10- Aşağıdaki şiddet türlerinden maruz kaldıklarınızı işaretleyiniz.

a. Cinsel b. Fiziksel c. Ekonomik d. Psikolojik

### 2- Obstetrik Öykünüz

1- Kaç gebelik geçirdiniz? (G).....

2- Kaç doğum yaptınız? (P).....

3- Kaç düşük yaptınız? (A).....

4- Yaşayan çocuk sayınız kaç? (Y).....

5- Daha önce düşük doğum ağırlıklı bir bebeğiniz oldu mu?

a. Evet ise kaç tane ve kaç gr?..... b. Hayır c. Bilmiyorum

6- Son adet tarihine göre gestasyon yaşı nedir?..... & Bilmiyorum

7- USG' ye göre gestasyon yaşı nedir?.....

8- Gebeliğiniz boyunca kaç kilo aldınız?..... & Bilmiyorum

9- Gebelik sürecinde depresyon (hekim tanısı alınmış) geçirdiniz mi? a. Hayır

b. Evet ise tedavi gördünüz mü?.

10- Gebeye travay sırasında bir analjezi (dolantin ve muadili ilaçlar) uygulandı mı? a. Evet b. Hayır

11- Bu gebeliğiniz istekli mi gerçekleşti? a. Evet b. Hayır

12- Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) eğitim aldınız mı? a. Evet ise nerede?..... b. Hayır

13- Gebeliğiniz boyunca (antenatal) eğitim aldınız mı? a. Evet ise nerede?..... b. Hayır

### 3- Yenidoğana Ait Özellikler

1- Bebeğin cinsiyeti nedir? a. Kız b. Erkek

2- Bebeğin doğum ağırlığı nedir?(kg)..... Boyu nedir?(cm).....

Baş çevresi nedir?(cm).....

3- Anatomik bozukluk var mı? (tavşan dudak, yarık damak vb yazınız).....

4- Bebeğin doğumuna müdahale var mı? a. Hayır b. Evet

**5- Apgar skorlarını değerlendirme tablosuna göre bebeğin her bir bulgusunu karşısına işaretleyiniz.**

BULGU	0 PUAN	1 PUAN	2 PUAN
Apperence (Deri rengi)	soluk	gövde pembe	Tüm vücut pembe
Pulse (Kalp atımı)	yok	<100/dk	>100/dk
Grimace (Uyarıya yanıt)	yok	yüz buruşturma	ağlama
Activity (Kas tonüsü)	flask	hafif fleksiyon	hareketli
Respiration (Solunum)	yok	zayıf, düzensiz	düzenli

**6- Bebeğin Apgar Skoru Değerlendirilmesine göre; 1.dk apgar skoru.....5.dk skoru.....**

**4- Sigara Kullanımına İlişkin Veriler**

- 1. Gebeliğinizden önceki son 3 ay sigara içtiniz mi?** a. Evet ise günde kaç tane içiyordunuz? ..... b. Hayır
- 2. Gebeliğiniz süresince sigara içtiniz mi?** a. Evet ise günde kaç tane içiyordunuz? ..... b. Hayır
- 3. Gebeliğinizde sigara içip bıraktınız mı?** a.Evet ise ne zaman bıraktınız?..... günde kaç tane içiyordunuz?..... b.Hayır
- 4. Yanınızda (evde-işte-sosyal hayatta..vb) sigara içen biri var mı?** a.Evet b. Hayır
- 5. Gebeliğinizde sigaraya maruz kalma durumu;**
  - a. Anne sigara içmiyor ve pasif sigara dumanına maruz kalmıyor
  - b. Sadece anne sigara içiyor, pasif sigara dumanına maruz kalmıyor
  - c. Anne aktif sigara içiyor ve pasif sigara dumanına maruz kalıyor
  - d. Anne sigara içmiyor ama pasif sigara dumanına maruz kalıyor

**5-Emzirmeye İlişkin Veriler**

- 1. Doğum sonu bebek anneye verildiğinde aktif emmeye başlama zamanı;**
  - a. İlk 5 dakikada b. İlk 15 dakikada c. İlk yarım saatte d. ½-1 saat içinde
  - e. 1-2 saat içinde f. 2-3 saat içinde g. Bebek hiç emmedi
- 2. Daha önceden emzirme deneyimi var mı?** a. Evet b. Hayır
- 3. Bebek ilk emmeye başlatılırken kullanılan yöntemler nelerdi?** a. Anne sütü elle sağılarak b. Emme refleksi damak uyarısı ile sağlanarak c. Hiçbir yöntem kullanılmadan kendiliğinden aktif emmeye başladı
- 4. Bebeği 3 saat boyunca kaç kez emzirdi?** a. 1 kez b. 2 kez c. 3 kez d. 4 kez e. 5 kez f. Hiç emmedi

## EK-2 (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurul Kararı)



### Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul (Danışma Komisyonu)

ETİK KURUL (Danışma Komisyonu)

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT  
Klinisyen Doktor (Başkan  
Yardımcısı)  
Çocuk Nefroloji ve Hastalıkları Anabilim  
Dalı  
Nöroloji Bilim Dalı Başkanı  
Tel: +90 222 229 29 79 / 4360 - 2709  
Tel & Faks: +90 222 229 00 62  
E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr  
E-Mail: maaksit@hotmail.com

Sayı: 2010 / 100  
Konu:

06 TEMMUZ 2010

Prof. Dr. Bekir YAŞAR  
Klinisyen Doktor  
Çocuk Cerrahi Anabilim Dalı  
E-Mail: byasar@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Ömer ÇOLAK  
Biyokimya Uzmanı  
Biyokimya Anabilim Dalı  
E-Mail: ocolak@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Demet ÖZBABAĞLIK  
Klinisyen Doktor  
Nöroloji Anabilim Dalı  
E-Mail: demet@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Serap İŞIKSOY  
Patoloji Uzmanı  
Patoloji Anabilim Dalı  
E-Mail: bdesi@superonline.com

Doç. Dr. Fatma Sultan KILIÇ  
Farmakoloji Uzmanı (Raporör)  
Farmakoloji Anabilim Dalı  
E-Mail: fskilic@ogu.edu.tr


Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU  
Deontoloji Uzmanı  
Deontoloji Anabilim Dalı  
E-Mail: elcioglu@ogu.edu.tr

Ecz. Ömer ALTUĞER  
Eczacı  
Eğitim Uygulama ve Araştırma  
Hastanesi  
E-Mail: eczaltug@yahoo.com

Sayın. Yrd.Doç.Dr.Özlem ÖRSAL  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu

Tarafınızdan yürütülmekte olan "Gebelikte sigara kullanımının bebek doğum ağırlığı ve emzirmeye etkisi" başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

  
Prof. Dr. M. Arif AKŞİT  
Etik Kurul Başkan Yardımcısı  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Tel: +222 229 37 70 / 229 29 79 - 4690  
Faks: +222 229 37 72

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik  
Kurulu  
Meselik Kampüsü (Yerleşkesi)  
26480-1 NİĞİS-EBR

## EK-2.1 (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurul Kararı)

### ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL (DANIŞMA KOMİSYONU) KARARI

21 MAYIS 2010 76) KONU BAŞLIK	(PR-10-21-05-04): "Gebelikte sigara kullanımının bebek doğum ağırlığı ve emzirmeye etkisi"
21 MAYIS 2010 GÖRÜŞ: 76	21.05.2010 tarihli kişisel görüş dikkate alınmıştır.
21 MAYIS 2010 KARAR: 76	Kişisel görüş temelinde çalışma olumlu olarak nitelendirilmiştir. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı - Neonatoloji Bilim Dalına görüşe gönderilmiştir.

Prof. Dr. M. A. AKŞİT  
Pediyatri Uzmanı

Prof. Dr. B. YAŞAR  
Genel Cerrahi Uzmanı

Prof. Dr. Ö. ÇOLAK  
Biyokimya Uzmanı

Prof. Dr. D. ÖZBABALIK  
Neonoloji Uzmanı

Prof. Dr. S. İŞIKSOY  
Patiyoloji Uzmanı

Doç. Dr. F. S. KILIÇ  
Farmakoloji Uzmanı

Doç. Dr. Ö.ELÇİOĞLU  
Diyetoloji Uzmanı

Ecz. O. ALTUGER  
Eczacı

  
A. Arif Akşit  
Prof. Dr. M. Arif AKŞİT  
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

**EK-3 (İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü' nün Anket Uygulama İzni)**



T.C  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI :SG.B104İSM.4344743/ *1467*  
KONU :Anket İzni hk

*15* /04/2010

ZEYNEP KAMIL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
BAŞTABİBLİĞİ

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Nazlı SOYLU'nun "Gebelikte Sigara Kullanımının Normal Doğum Yapan Kadınlarda Bebek Doğum Ağırlığı ve Emzirmeye Etkisi" konulu tez çalışmasını Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, protokol örneği ektedir. Çalışmanın uygulanması sırasında protokol dışına çıkılmaması için gerekli özenin gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

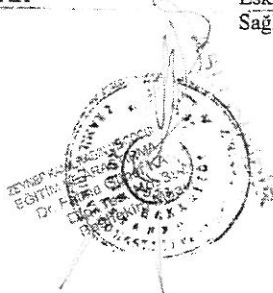
Uz. Dr. İbrahim TOPCU  
Müdür a.  
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK: Protokol Örneği

**Gereği İçin:**  
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hast. EAH

**Bilgi İçin:**  
Eskişehir Osmangazi  
Sağlık Bil.Ens.

T.C  
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Baştabibliği  
Tarih: 22.04.2010  
No: 22.04.2010  
*6781*



*Bilimsel Araştırma Danışmanı  
Kampanya Şefi*  
*[Signature]*

İstanbul Sağlık Müdürlüğü-Strateji Geliştirme Birimi  
Tel: 212 453 08 74 / 212 453 39 24 Faks: 212 453 39 89  
E-posta: istanbul.strateji@gmail.com / strateji.gelistirme@sm34.gov.tr

## EK-4 (İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü' nün Protokol Yazısı)

### PROTOKOL

#### Taraflar:

#### Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü* arasında düzenlenmiştir.

**Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:** *Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EAH*  
**Çalışmanın adı:** *"Gebelikte Sigara Kullanımının Normal Doğum Yapan Kadınlarda Bebek Doğum Ağırlığı ve Emzirmeye Etkisi"*

**Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler** .....*Nazlı SOYLU*dur.

#### Konusu:

#### Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

#### Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

#### Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda .....*3 ay*.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) **Başlangıç:** *14.04.2010* / **Bitiş:** *14.07.2010*

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

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

#### İhtilafların çözümü:

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

#### Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez ....vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

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

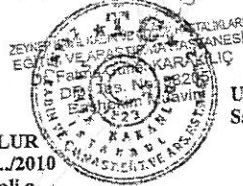
#### Ek Bilgi:

Taraflar:  
*02/04/2010*

Adı-Soyadı

*Nazlı SOYLU*

*Nazlı SOYLU*



OLUR

*02/04/2010*

Vali a.

*Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU*  
Sağlık Müdürü

*02/04/2010*  
Uz. Dr. İbrahim TOPCU  
Sağlık Müdür Yardımcısı

**EK-5 (Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi)  
nin Anket Uygulama İzni)**


ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
BAŞHEKİMLİĞİNE ;

İSTANBUL

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dağınhane 'de kendisine davet edildiğiyim. " Gebelikte sigara kullanımının bebekte doğum için ligina ve emzirmeye olan etkisi " adlı tezimi ajantın nede uygulayarak başlamak istiyorum.

Gereğini yaptırmasını saygılarımla arz ederim.

22.03.2010

  
Nazlı SEYLİ



ASLININ AYNI DİR

ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
Tarih: / /  
No: 88298  
Hekim: Muavini

Uygundur / 4 4 2010

ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
Doç. Dr. AKIN ERYERKİN  
Dip. Tes. No: 33987  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Soru  
Başhekim Yardımcısı

Emel Laleli  
Doç. Dr. Akın Eryerkin  
Kadın Hastalıkları ve Doğum  
Başhekim Yardımcısı

## ÖZGEÇMİŞ

### Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı	: Nazlı Soylu
Doğum tarihi ve yeri	: 30.05.1986, Merzifon
Uyruğu	: TC
Medeni durumu	: Bekar
Meslek	: Hemşire

### Eğitim durumu

İlk ve orta öğrenimimi 1992-2000 yılları arasında, lise öğrenimini ise 2000-2004 yılları arasında Merzifon Yabancı Dil Ağırlıklı Lise' de tamamladım. 2004-2008 yıllar arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik bölümünü bitirdim. 2009 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı' nda yüksek lisansa başladım.

### Mesleki Deneyim

2009 yılında başlamış olduğum Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Doğumhanesinde halen çalışmaktayım.

### Bilimsel Etkinlikler

1 ve 2. Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresine (sertifikalı), Kişiler Arası İletişim Kongresine (KTU-sertifikalı), Zeynep Kamil Hastanesi Neonatal Resüsitasyon Programına (sertifikalı), anne sütü, hastane enfeksiyonları, EKG, yenidoğan bakımı, hastaya invazif girişimler gibi çeşitli konularda hizmet içi eğitimlere katıldım. TÖMER İngilizce kursu (diplomalı) ve Merzifon Özel Bilgisayar kursunu (sertifikalı) tamamladım.



