

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

**SİVAS İL MERKEZİNDE SİGARA İÇEN VE İÇMEYEN
ANNELERİN VE BEBEKLERİNİN BAZI ÖZELLİKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Tezi Hazırlayan
Büşra CESUR (ÇAKICI)**

**Tezi Yöneten
Yrd.Doç.Dr.İskender GÜN**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Temmuz 2007
KAYSERİ**

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

**SİVAS İL MERKEZİNDE SİGARA İÇEN VE İÇMEYEN
ANNELERİN VE BEBEKLERİNİN BAZI ÖZELLİKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Tezi Hazırlayan
Büşra CESUR (ÇAKICI)**

**Tezi Yöneten
Yrd.Doç.Dr.İskender GÜN**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Temmuz 2007
KAYSERİ**

Yrd.Doç.Dr.İskender GÜN Danışmanlığında **Büşra ÇAKICI** tarafından hazırlanan “**Sivas İl Merkezinde Sigara İçen ve İçmeyen Annelerin ve Bebeklerinin Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması**” adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

19/07/2007

JÜRİ

İmza

Başkan : Prof.Dr.Yusuf ÖZTÜRK

Üye : Prof.Dr.İnci GÜLMEZ

Üye : Yrd.Doç.Dr.İskender GÜN (Danışman)

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Meral AŞÇIOĞLU

TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanmasının her aşamasında desteğini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, bilgi ve birikimleriyle bana yardımcı olan, beni yönlendiren çok değerli hocam ve danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. İskender Gün'e teşekkür ederim.

Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na başladığım ilk günden beri yardımlarını esirgemeyen, eğitimime katkıları olan tüm hocalarıma teşekkür ederim.

Bana gösterdiği sınırsız sevgi, hoşgörü ve destekten dolayı sevgili eşime;

Bugünlere gelmemde büyük katkıları olan ve haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim anneme ve babama;

Dualarını hiçbir zaman esirgemeyen anneannem ve dedeme;

Birlikte çalıştığım iş arkadaşlarım ve dostlarıma;

Bu tezin hazırlanması aşamasında emeği geçen herkese teşekkür ederim.

SİVAS İL MERKEZİNDE SİGARA İÇEN VE İÇMEYEN ANNELERİN VE BEBEKLERİNİN BAZI ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

ÖZET

Bu araştırma sigara içen ve içmeyen annelerin ve bebeklerinin bazı özelliklerinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, Sivas il merkezinde bulunan toplam 4 sağlık ocağında yürütülmüştür. Gebeliğin herhangi bir döneminde sigara içme sıklığı % 17 kabul edilerek örnek büyüklüğü 235 kişi olarak hesaplanmıştır. Son yıl içerisinde doğum yapmış annelerden 235 sigara içen ve 235 sigara içmeyen toplam 470 anneye erişilerek anket uygulanması planlanmıştır. Araştırma kapsamına alınan sağlık ocaklarında görev yapan ebelerin gebe ve lohusa izlem kartlarından basit tesadüfi örnekleme ile kadınlar belirlenmiştir. Kadınlara, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara anket uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi için Ki-kare testi; ortalamaların karşılaştırılması için Student t testi yapılmıştır. Önemlilik değerlendirilmesinde $p < 0,05$ düzeyi anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmada, sigara içen 95, içmeyen 245 olmak üzere toplam 340 kadına ulaşılabilmektedir. Gebelik boyunca sigara içen annelerde içmeyenlere göre gebelikte rahatsızlık geçirme oranının, gebeliğin daha erken dönemde sonlanması, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Sigara içen annelerin emzirme döneminde %80'inin sigara içmeye devam ettikleri ve bu annelerin büyük çoğunluğunun bebeklerini daha kısa süre ve daha az sıklıkta emzirdikleri, ek gıdalara daha erken dönemlerde başladıkları görülmüştür. Sigara içen annelerin bebeklerinde anomali görülme oranı ve hastalanma sıklığı daha fazladır. Araştırmaya katılan annelerin çoğunluğu sigara içiminin kendine ve bebeğine getirebileceği zararlar konusunda bilgi sahibi değildi. Annelerin gebeliklerinde sigara ile ilgili sağlık personelinin aldıkları danışmanlığın çok düşük yüzdelerde olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak sigara içiminin olumsuz etkileri nedeniyle sigara içen anneler ve bebeklerinde içmeyenlere göre daha fazla sağlık sorunu yaşanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sigara içme, Gebelik, Doğum, Düşük doğum ağırlığı, Doğumsal anomali, Emzirme

COMPARISON OF SOME CHARACTERISTICS OF SMOKER AND NON SMOKER MOTHERS AND THEIR BABIES IN SIVAS CENTER

ABSTRACT

This research was carried out to comparison of some characteristics of smoker and non smoker mothers and their babies.

Research was conducted in 4 health center in Sivas city center. It was accepted as smoking prevalence in any period of pregnancy as 17 % and sample size was calculated as 235 mothers. It was planned to access 235 smoker and 235 nonsmoker mothers within the mothers that gave birth in last year and to apply a questionnaire. From the pregnancy and puerperium monitoring cards of selected health centers midwives with random sampling sample group was stated. Women were informed about study and a questionnaire applied to acceptors. Chi square and student t test were used for statistical analysis. $P < 0,05$ accepted as statistically significant.

During the study 95 smoker and 245 nonsmoker totally 245 mothers were accessed. Disorders during pregnancy, premature termination of pregnancy, birth of low birth weight babies were higher in smoker mothers. It confirmed that 80 % of smoker mothers continue to smoking during lactation, most of these mothers breastfed their babies shorter and fewer; and started artificial foods sooner. Congenital anomaly and getting ill rates were higher in smoker mothers' babies. Most of mothers have no idea about harm of smoking for own and their babies health. To taking counseling during pregnancy from health personnel were very low ratios.

As a result, because of negative consequences of smoking, smoker mothers and their babies experiencing more health problems than nonsmokers.

Key Words: Smoking, pregnancy, Birth, low birth weight, congenital anomaly, breast feeding

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. TÜTÜN VE SİGARANIN TARİHÇESİ.....	3
2.2. SİGARANIN İÇERDİĞİ MADDELER.....	4
2.2.1. Yanmamış Tütün	4
2.2.2. Sigara Dumanının Öğeleri	5
2.3. SİGARA BAĞIMLILIĞI	8
2.4. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE YAYGINLIK.....	9
2.5. SİGARANIN ZARARLARI.....	12
2.5.1. Kanser	13
2.5.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.....	14
2.5.3. Koroner Kalp Hastalığı ve Diğer Kalp Hastalıkları.....	15

2.6. PASİF SİGARA İÇİMİ	15
2.7. SİGARANIN KADIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ	16
2.8. GEBELİKTE SİGARA İÇİMİNİN ANNE SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ.....	18
2.8.1. Sigara ve Anne Sütü İle Beslenme.....	20
2.9. GEBELİKTE SİGARA İÇİMİNİN FETÜS SAĞLIĞINA ETKİLERİ	22
2.10. GEBELİKTE SİGARA İÇİMİNİN BEBEK SAĞLIĞINA ETKİLERİ.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	39
6. KAYNAKLAR	49
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO LİSTESİ

Sayfa no

Tablo 2.1.	Yanmamış/İşlenmiş Tütünde Bulunan Kanserle İlişkili Kimyasal Maddeler..	5
Tablo 2.2.	Sigara Dumanındaki Kanserle İlişkili Kimyasal Maddeler.....	6
Tablo 2.3.	Sigara ve Kanser İlişkisi Üzerine Büyük Kohort Araştırmalarının Ana Özellikleri	13
Tablo 4.1.	Annelerin Sigara İçme Durumuna Göre Sosyo-Demografik Özellikleri.....	28
Tablo 4.2.	Annelerin Sigara İçme Durumlarına ve Gebelik Öykülerine Göre Dağılımı...	28
Tablo 4.3.	Annelerin Sigara İçme ve Gebeliğin Sonlanma Haftasına Göre Dağılımı.....	29
Tablo 4.4.	Annelerin Gebelik Sırasında Sigara İçme ve Rahatsızlık Geçirme Oranlarının Dağılımı	29
Tablo 4.5.	Annelerin Gebelikte İçilen Sigara Miktarına ve Rahatsızlık Geçirme Durumlarına Göre Dağılımı.....	30
Tablo 4.6.	Gebelik Sırasında Sigara İçen Annelerin Trimestirlere ve Rahatsızlık Geçirme Durumlarına Göre Dağılımları	30
Tablo 4.7.	Yenidoğan Bebeklerin Gebelikte Sigara İçme Durumuna ve Doğum Kilosuna Göre Dağılımları	31
Tablo 4.8.	Gebelikte Sigara İçme Durumunun Yenidoğan Bebeklerin Ağırlık ve Boy Ölçümleri Üzerine Etkisinin Dağılımı.....	31
Tablo 4.9.	Yenidoğan Bebeklerin Sigara İçilen Trimesterlere ve Doğum Ağırlıklarına Göre Dağılımları	32
Tablo 4.10.	Eşin Anne İle Aynı Ortamda Sigara İçmesine ve Annelerin Gebelikte Yaşadığı Rahatsızlıklara Göre Dağılımları.....	33
Tablo 4.11.	Eşin Aynı Ortamda Sigara İçmesine ve Bebeklerin Doğum Ağırlıklarının Göre Dağılımı	33

Sayfa no

Tablo 4.12.	Araştırma Kapsamına Alınan Annelerin Sigara İçme ve Emzirme Özelliklerine Göre Dağılımı	34
Tablo 4.13.	Sigara İçiminin Ek Gıdaya Başlama Zamanı Üzerine Etkisinin Dağılımı.....	35
Tablo 4.14.	Sigara İçiminin Bebeğin Hastalanma Sıklığı ve Anomalili Doğma Üzerine Etkilerinin Dağılımı.....	35
Tablo 4.15.	Sigara İçme Durumuna Göre Annelerin Gebelikte Geçirdiği Rahatsızlıkların Dağılımı	36
Tablo 4.16.	Gebelikte Sigara İçme Durumuna Göre Annelerin Sigaranın Gebelikte Kendilerine Vereceği Zararlar Konusundaki İfadelerinin Dağılımı	37
Tablo 4.17.	Gebelikte Sigara İçme Durumuna Göre Annelerin Sigaranın Bebeğe Vereceği Zararlar Konusundaki İfadelerinin Dağılımı	38
Tablo 4.18.	Annelerin Gebelikte Herhangi Bir Sağlık Personelinden Sigara ile İlgili Danışmanlık Alma Durumlarının Dağılımı	38

KISALTMALAR

AAP	: Amerikan Pediatri Akademisi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACTH	: Adenokortikotropik Hormon
ÇSD	: Çevresel Sigara Dumanı
DDA	: Düşük Doğum Ağırlığı
EMR	: Erken membran rüptürü
IUGR	: İnter Uterin Gelişme Geriliği
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PEMR	: Preterm Erken Membran Rüptürü
TNSA-1993	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993
TNSA-2003	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Henüz tam anlamıyla kontrol edilememiş bir sağlık sorunu olan sigara içme alışkanlığı hem sigara içen kişiyi hem de onun içtiği sigaranın dumanına maruz kalan kişilerin sağlığını tehdit etmekte ve önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir.

Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sigara içenler her geçen gün çoğalmış ve sigara içen insanların yaşamında ana besin maddeleri kadar önem kazanmıştır. Gelişmiş ülkelerde yapılan ciddi deneysel çalışmalarda, sigara içmekte olan insanlarda meydana gelen hastalıklar, bireylerin sigaraya ödedikleri paraların miktarı ve yaşamlarına yaptığı ters etkilerin ailelerde neden olduğu sayısız ekonomik zararlar istatistiklerle açık olarak belirlenmiştir. Bireylerde oluşan hastalıkların tedavisi için aileler ve hükümetlerin harcadıkları paraların miktarı ürkütücü ve korkutucudur.

Başta sigara olmak üzere tütün ürünlerinin kullanılması ciddi hastalıklara ve ölümlere yol açmaktadır. Toplum da bir yandan giderek artan sayıda acı çeken insanlar diğer yandan da üretim kaybı ve daha yüksek sağlık harcamaları şeklinde bedel ödemektedir. Dolayısıyla, tütün ya da sigaraya bağlı oluşan halk sağlığı sorunlarını çözmek kolay değildir. Çünkü, tütün kullanımı bağımlılık yapar; bazı gruplar, kültür ve ekonomik faaliyetler kullanılmasını teşvik eder; başlama ile ölüm arasında büyük bir zaman aralığı vardır.

Hizmet sunulan aileleri, gebeleri ve çocukları risk faktörleri açısından değerlendirmek ve riskli olanların sorunlarına yönelmek, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin önemli bir göstergesidir.

Risk faktörü, anormal bir tehlikenin gelişmesi ile ilgili olduğu bilinen bir grup yada kişinin sahip olduğu özellikler yada durumlardır. Özellikle gebeler ve çocuklar risk faktörlerine daha duyarlı ve korunmasızdırlar. 1978 yılında Alma-Ata'da yapılan konferansta, anneler ve bebekler başta olmak üzere yüksek risk gruplarının özel gereksinimleriyle ilgili kararlar alınmış, risk altındaki grupların sistematik olarak tanımlanması, bu gruplara ulaşılması, sürekli bakımın sağlanması ve hastalığa neden olan faktörlerin elimine edilmesi önerileri kabul görmüştür.

Gebelikte sigara kullanımı dünyanın çoğu bölgesinde olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Nikotin, kullanım sıklığının yüksekliği ve bilinen teratojen ajanlardan olması nedeniyle, ayrıca halk sağlığına etkileri önlenebilir nitelikte olduğu için mücadele edilmesi gereken önemli etkenlerdendir.

Bu çalışmada, sigara içen ve içmeyen annelerin ve bebeklerinin çeşitli özelliklerinin karşılaştırılması ve sigaranın fetus üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sigara kullanımı, günümüzde bir biyo-sosyo-psikolojik zehirlenme hali olarak tarif edilmektedir. Sigara alışkanlığı, bireylerin birbirlerini etkilemesiyle bir sosyal zehirlenme ve ortaya çıkardığı tolerans hali, fizik ve psikolojik bağımlılık yapma özelliğiyle de aynı zamanda bir psikolojik zehirlenme durumudur (1) .

2.1. TÜTÜN VE SİGARANIN TARİHÇESİ

Dumanın keyif verici olarak kullanılmasının öyküsü, tarih öncesi dönemlere uzanmaktadır. Tütün tarımının Milattan Önce (M.Ö) 6000 yılında Amerika kıtasında başladığı ve bu tarihten 4,500 yıl sonra Orta Amerika'da yaşayan, Mayalar'ın tütün kullandığı tarih kitaplarına geçmiştir. Yerliler önceleri kuru tütün yapraklarını sararak veya ufalayarak ilkel pipolarında kullanmaktaydı. Bazılarının ise tütünden yapılmış sakızları çiğnedikleri, tütün tozlarını derilerine sürdükleri veya lavman gibi kullandıkları anlaşılmaktadır (2).

Kristof Kolomb, XV. Yüzyıl sonlarında Batı Hint adalarına geldiği zaman, yerlilerin "Tobaccos" olarak isimlendirdiği bir bitki yaprağını sararak yakıp dumanını zevkle içlerine çektiklerini görmüş ve faydalı olur düşüncesiyle bu bitkinin tohumlarını

dünyaya taşımıştır. Tütünün diğer ülkelere yayılması daha çok denizciler aracılığıyla olmuştur (2).

Gemicilerin kolaylıkla alıştığı tütün, XVI. Yüzyılın başlarında Avrupa'ya götürülerek orada ekilmeye başlandı. Kısa sürede tütün kullanma alışkanlığı Avrupa'ya yayıldı. Amerika yerlilerinin bu "büyük" keşfinin uygar dünyayı tutsak etmesi böyle başlamıştır. Anadolu'ya ilk kez XVII. Yüzyıl başında Avrupa'dan gelen tütün, toplum içinde yaygın bir kullanım alanı buldu. XVII. yüzyılın sonlarında, ülkede tütün üretimine izin verildi (3).

Tütün, kutuplar ve Ekvator bölgeleri dışında, dünyanın her yerinde üretilmekte; bu nedenle de kolaylıkla elde edilip çeşitli biçimlerde tüketilebilmektedir. Tütünün değişik kullanılış biçimleri arasında enfiye, tütün çiğneme, nargile, pipo, puro ve sigara bulunmaktadır. Ancak, günümüzde tütünün en yaygın tüketim biçimi sigaradır (4).

1960-1985 yıllarını kapsayan bir araştırmaya göre, dünyada sigara tüketimi her yıl % 2.1 oranında artmaktadır. Bu artış hızı, dünya nüfusundaki artışın üstündedir (3).

Tütün, tüm ülkeler için en önemli halk sağlığı problemidir. Ülkemizin de içinde bulunduğu coğrafya, dünya tütün tüketiminde birinci sırayı almaktadır. Dünyada yaşı 15'in üzerinde olan 1.2 milyar kişi (her üç eriştikten birisi) tütün bağımlısı olup bunların % 80'i orta ve gelişmekte olan ülkelere aittir (4).

2.2. SİGARANIN İÇERDİĞİ MADDELER

Sigara önlenebilir mortalite ve morbitide nedenlerinden biridir. İçerdiği 6000 kimyasal madde ile insan hayatını tehdit eden sigaranın, hücre üzerinde farmakolojik, mutajenik, kanserojenik, toksik ve inflamatuvar etkileri vardır (5, 6).

Sigara dumanının bileşimi, tütünün bileşiminden oldukça farklıdır. Bu farkın nedeni tütünün yanması (piroliz) sonucu tütün içindeki kimyasal bileşiklerin kısmen veya tamamen yeni bileşiklere dönüşmesidir (7).

2.2.1. Yanmamış Tütün

Yanmamış tütünde yaklaşık 2.500 kimyasal madde saptanmıştır. Yanmamış-işlenmiş tütündeki maddeler, Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu tarafından açıklanmış olup bu maddelerden kanser ile ilişkili olanlar Tablo 2.1'de verilmiştir (8).

Tablo 2.1. Yanmamış/İşlenmiş Tütünde Bulunan Kanserle İlişkili Kimyasal Maddeler (8)**İnsanlarda kanserle nedensel ilişkisi olan maddeler**

- Arsenik
- Krom (Heksavalan bileşikler)
- Nikel

İnsanlarda olası kanserojen maddeler

- Benzo[a]piren
- Kadmiyum

İnsanlarda kanserojen olduğuna ilişkin yeterli ya da hiç veri olmayan, ancak deney hayvanlarında kanserojen oldukları konusunda yeterli veri bulunan maddeler

- Alfa-Heksaklorosikloheksan
- Kurşun (inorganik)
- N-Nitrozometilamino-1-(3-primidil)-1-butanon
- N-Nitrozomorfolin
- N-Nitrozodietanolamin
- N-Nitrozonikotin
- N-Nitrozopirperidon
- N-Nitrozopirolidin

Sigaranın yanan ucunda sıcaklığın 980-1050 °C olduğu saptanmıştır. Sigara dumanı bir aerosoldür. Çapları genellikle 0.1 ile 1 mikron arasında değişen sıvı ve katı partiküllerle gazlardan oluşmaktadır. Dumanın bileşimi tütünün türüne, sigaranın gevşek veya sıkı yapılmasına, nem derecesine, kalınlığına ve kâğıdına göre ve sigaranın filtreli olup olmamasına göre değişmektedir. Sigara dumanı içeri çekildiği sırada çıkan dumanla, arada kalan zaman sırasında dışa giden duman arasında ve ayrıca sigara yakıldığında başlangıçta çıkan dumanla, sigaranın bitimine yakın çıkan duman arasında bileşim bakımından fark gösterilmiştir (7).

2.2.2. Sigara Dumanının Öğeleri

Sigara dumanı tütün bitkisi yapraklarının yanması sonucu oluşur. Tütün yandığında, ana akım (main stream) ve yan akım (side stream) adı verilen iki duman oluşur (8). Yan akım dumanı sigara kendiliğinden yanarken havaya yayılan dumandır. Yan akım dumanı odada ki dumanın % 85'ni oluşturmaktadır. Sigara içenin akciğerlerinden atılan

dumana ise ana akım sigara dumanı (main stream) denilmektedir ve odadaki dumanın % 15'ni oluşturmaktadır. Birçok toksik gaz yan akım dumanında, ana akım dumanına göre daha yüksek konsantrasyondadır (7).

Sigara dumanı, gaz ve parçacık (partikül) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Doğal bir çalışma odasında $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ olan parçacık düzeyi, odada sigara içildiğinde $200 \mu\text{g}/\text{m}^3$ 'e, yoğun sigara içilmesi durumunda ise $500-1000 \mu\text{g}/\text{m}^3$ 'e ulaşmaktadır. Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu tarafından sigarada bulunan, kanserojen olduğu saptanan maddeler ve kanser yapıcı etkilerinin dereceleri, Tablo 2.2'de belirtilmiştir (8).

Tablo 2.2. Sigara Dumanındaki Kanserle İlişkili Kimyasal Maddeler (8)

İnsanlarda kanserle nedensel ilişkisi olan maddeler	İnsanlarda olası kanserojen maddeler
<ul style="list-style-type: none"> • 4-Aminobifenil • Arsenik • Benzen • Krom • Nikel • Vinilklorür 	<ul style="list-style-type: none"> • Benzo[a]piren • Kadmiyum • Dibenz[a,h]antrasen • Formaldehid • N-Nitrozodietilamin • N-Nitrozodimetilamin
<p>İnsanlarda kanserojen olduğuna ilişkin yeterli ya da hiç veri olmayan, ancak deney hayvanlarında kanserojen oldukları konusunda yeterli veri bulunan maddeler</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Asetaldehid • Benzo[b]floranten • Benzo[j]floranten • Benzo[k]floranten • Para-krezol • DDT • Dibenz[a,h]akridin • Dibenz[a,j] akridin • 7-H-Dibenzo[c,g] • Dibenzo[a,e]piren • Dibenzo[a,h]piren • Dibenzo[a,f]piren • Dibenzo[a,i]piren • Hidrazin • Ideno[1,2,3-cd] piren • 5-Metilkrizen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurşun (organik) • 2-Nitropropan • Üretan • N-Nitrozodietanolamin • N-Nitrozodi-n-propilamin • 4-[N-Nitrozometilamino]-1-[3-piridil]-1-butanon • N-Nitrozometiletilamin • N-Nitrozonornikotin • N-Nitrozopiperidin • N-Nitrozopirrolidin • Orto-Toluidin • N-Nitrozodi-n-butilamin

Tablodan da görüldüğü gibi, sigara dumanında, insanlardaki kanserle nedensel ilişkisi gösterilmiş altı kimyasal madde tanımlanmıştır. Ayrıca, insanlar için olası kanserojen altı kimyasal madde belirlenmiştir. Kanserojenik etkisi insanlarda gösterilememekle birlikte, deney hayvanlarında etkileri saptanmış olanlarla, bu sayı 60'a ulaşmaktadır.

Sözü edilen maddeler, yan akım dumanında, ana akım dumanından daha çoktur. Bu durum sigara içilen kapalı yerlerde havanın kanserojenik olmasına yol açmaktadır (3, 8).

Katran: Sigara yakıldığında inhale edilen kahverengi partiküllere verilen ad olup, sigara içenlerin parmaklarını ve dişlerinin sararmasından sorumludur. İçilen sigara markası ile içerdiği katran miktarı değişmektedir. Zararlı etkileri fark edildikten sonra sigaralardaki ortalama katran miktarı 30 mg' dan 11 mg' a düşürülmüştür. Akciğer kanseri gelişmesinde sigara dumanında bulunan katran ve içerdiği benzaprin epoksit maddesinin önemli olduğu ve bu maddenin akciğer hücrelerinde tümör baskılayıcı genlerin DNA yapısını bozduğu saptanmıştır (9).

Nikotin: Tütünün çok karakteristik bir komponentidir. Sigara kullanma alışkanlığındaki rolü nedeniyle de ayrı öneme sahiptir. Nikotin alışık olmayan kişilerde iş verimini ve dikkat süresini artırır, anksiyete ve depresyonu yatıştırır, uyanıklılık ve canlılık verir. Fakat aynı zamanda alışkanlık yapan toksik bir alkoloiddir (10).

Tütünün ortalama yüzde 1-3'ünü nikotin oluşturur. Ancak, bir sigarada bulunan yaklaşık 20 mg nikotinin önemli bölümü yanarak başka maddelere dönüştüğünden, her sigara ile insan vücuduna 1- 2.5 mg nikotin girer (8).

Nikotin, insanda güçlü fiziksel bağımlılığa yol açar. Ayrıca nikotinin düşük dozları uyarıcı, yüksek dozları depresyon yapıcı ve felç edici etki gösterir. Nikotin, beynin nikotinik reseptörlerini uyararak, santral ve otonom sinir sistemini etkiler; ruhsal durum, öğrenme, konsantrasyon ve performans değişiklikleri yapar. Bunun yanında, nikotinin salgılanmasına yol açtığı değişik kimyasal maddeler, kalp atım hacmini, kan basıncını, kalp hızını, kanın pıhtılaşmasını, oksijen tüketimini ve vazokonstrüksiyonu artırır (8).

Karbonmonoksit (CO): Karbonmonoksit, sigara dumanının gaz fazında bulunur (8). CO oksijen taşınması ve kullanımını etkiler. Sigara dumanı % 2-6 oranında karbonmonoksit içerir (10).

Karbonmonoksitin oksijenle birleşme gücü oksijene oranla 200 kere daha fazladır. Bu nedenle solunumla vücuda alınan karbonmonoksit, kanda hemoglobinle kolayca birleşerek karboksihemoglobin yapar. Bu durum dokulara oksijen taşıma kapasitesini düşürür. Hiç sigara içmeyen kişilerde, çevre faktörlerine bağlı olarak, karboksihemoglobin düzeyi % 2'ye kadar çıkabilir. Karboksihemoglobinin kısa sürede % 10'un üstüne çıkmasına neden olan karbonmonoksit solunması, sağlığı etkiler. Kanda karboksihemoglobin düzeyinin % 20'ye ulaşması, ani rahatsızlıkların ortaya çıkmasına neden olur. Sigara tiryakilerinin kanında yaklaşık % 15 oranında karboksihemoglobin bulunabileceği belirtilmektedir (11).

2.3. SİGARA BAĞIMLILIĞI

Bağımlılık, bir maddenin kullanıldığında görülen zihinsel, fiziksel etkileri nedeniyle sürekli ve sık bir şekilde kullanılmasıdır (12).

DSÖ madde bağımlılığını "kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelere belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı" olarak tanımlar.

İlk içilen sigaralardan alınan "haz" nikotinin uyarıcı etkilerine bağlıdır. Bağımlılık adayı bireyler aynı uyarıcı etkiyi elde edebilmek için tekrar tekrar sigara içmeye başlar. Kısa sürede "tolerans" gelişerek aynı etkiyi elde etmek için gereken sigara miktarı artar (9).

Sigara içme veya dumanının solunması zamanla kişide kuvvetli psikişik ve zayıf fiziksel bağımlılık oluşturur. Farmakolojik kanıtlar tütünde esas bağımlılık yapan maddenin nikotin olduğunu göstermişlerdir. Sigaradaki nikotinin bağımlılıktan sorumlu tutulma nedenleri arasında psikoaktif oluşu ve pozitif pekiştirici (keyif verici) etkisi, sigara dışı yollarla uygulanan nikotinin de bağımlılık yapması ve nikotini azaltılmış sigaraların rağbet görmemesi sayılabilir (13).

Sigaraya bağımlılık davranışının gelişmesinin ve bırakılmamasının nedeninin, içerdiği nikotin maddesi olduğu hem hayvan hem de insan deneylerinde gösterilmiştir (9).

Nikotin tütün dumanından pulmoner dolaşıma hızla emilir, daha sonra hoşnutluk verici etkilerini oluşturmak üzere nikotinik kolinerjik reseptörler üzerine etki ettiği beyine doğru hızla hareket eder, bu da bir nefesten sonra 10 ile 15 saniye içinde olur. Sadece birkaç saat için bile olsa tütün mevcut olmadığı zaman, endişe huzursuzluk, konsantre olmakta zorluk, gerginlik, açlık, tütün arzusu, bozulmuş uyku ve bazı kişilerde depresyon gibi yoksunluk semptomları sıklıkla meydana gelir (14).

Nikotin yokluğunda oluşan disfori, depresyon, uykusuzluk, sinirlilik, öfke, gerginlik, huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü, kalp atış hızında düşme, iştah artışı veya kilo alma gibi belirtiler tekrar alınmasıyla kaybolur (6).

2.4. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE YAYGINLIK

Sigara içme bireyin vazgeçemediği, sağlığını bozan alışkanlıklardan en ciddi olanıdır ve bugün tüm dünyada yaygın bir sorundur (15).

Tütün ve mamullerinin tüketimi Dünya’da yaygınlaşmaya devam etmektedir. "Epidemi" olarak da tanımlanan bu durum için tütün sorununun "küresel bir sorun" olduğu ifadeleri de kullanılmaktadır. Küresel bir sorun olarak tanımlanan bu hastalık açısından aslında "gelişmiş" ve "gelişmekte olan" ülkeler arasında farklılıklar bulunmaktadır (16).

20. yüzyıla kadar çoğunlukla gelişmiş ülkelerde yüz milyon ölüm tütün nedeniyle meydana gelmiştir. Günümüzde ise gelişmiş ülkelerin birçoğunda sigara içme eğilimlerinde azalma olurken gelişmekte olan ülkelerde sigara tüketimi artmaktadır (15, 17).

Dünya genelinde sigaraya bağlı sağlık zararlarının 200 Milyar \$ olduğu Dünya Bankası tarafından saptanmıştır. Ülkemize 8-10 Milyar \$ zarar verdiği hesaplanmaktadır.

1970- 1985 yılları arasında dünyada global olarak sigara tüketimi % 7.1 oranında artarken İngiltere’de % 25, ABD’de % 9 oranında azalmıştır. Ülkemizdeki artış oranı ise yaklaşık % 10 dolayındadır. Bu oran Asya ülkelerinde ortalama % 22 iken Latin Amerika’da ve Afrika’da daha yüksektir. Bu da sigara tüketiminin daha çok gelişmekte olan ülkelerde arttığını göstermektedir (18).

ABD’de sigara tüketimi 1981’den 2000’e kadar % 32.8 oranında azalırken, Türkiye’de 1985-2000 yılları arasında % 89 oranında artmıştır. Avrupa’da erkeklerin % 38’i kadınların % 23’ü sigara içmektedir. On bir Doğu Avrupa ülkesinde erkeklerin % 50’den fazlası sigara içmektedir. Sadece 5 Avrupa ülkesi (Finlandiya, İzlanda, İtalya,

İsveç, Slovenya) erişkinlerde sigara içme prevalansını son yıllarda % 25'in altına çekmeyi başarmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000 yılında yapılan bir çalışmada erkeklerin % 25.7'sinin, kadınların % 21.0'inin sigara içtiği saptanmıştır (19).

Dünyada 2000 yılında sigara nedeniyle öldüğü tahmin edilen insan sayısı, yarısı gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, 4 milyon olarak tahmin edilmektedir (20). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2020 yılında sigaraya bağlı hastalıklar yüzünden ölümlerin yılda 10 milyon dolayında olacağını hesaplamaktadır (21).

Türkiye kişi başına sigara tüketimi yönünden Avrupa ülkeleri arasında Yunanistan'dan sonra ikinci sırada, dünya tütün üretiminde ise beşinci sırada yer almaktadır (12, 22).

Dünya Bankası raporlarına göre 1990- 1997 yılları arasında dünyada sigara içiminin en hızlı arttığı ikinci ülke Endonezya'yı izleyen Türkiye'dir (23). On yedi milyon kişinin sigara tüketicisi olduğu ülkemizde, her yıl 100 bin insanımız sigaraya bağlı gelişen hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirmektedir (24).

1988'de tüm ülkeyi kapsayan PIAR araştırmasında, erişkinlerde sigara içme oranının % 43 olduğu gözlenmiştir. Oran erkeklerde ürkütücü boyutlara (% 62.8) ulaşırken kadınlarda % 24.3 olarak belirlenmiştir. Londra'da yaşayan Türk erkeklerinde % 74 gibi yüksek oran tespit edilmiştir. Amerika'da son 10 yılda erişkin nüfusta sigara içim prevalansı % 28.1'den % 24.1'e gerilemiştir (6, 8, 22, 24, 25).

PIAR araştırmasında sigara içme ölçütü olarak "paket taşıma" alınmıştır. Oysa DSÖ'nün sigara tiryakiliği tanımı "her gün düzenli şekilde en az bir sigara içmek" şeklindedir. Bu durumun ölçüt alınması durumunda ülkemizde sigara içme oranı daha yüksek çıkacaktır (6, 8).

Gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşı 12- 16'dır. Her gün dünyada 80.000-100.000 gencin tütün bağımlısı olduğu bildirilmektedir. 1999 yılında yapılan bir çalışmada, gelişmiş ülkelerde 13-15 yaşları arasındaki gençlerde sigara içme oranının % 10-33 arasında değişmekte olduğu gösterilmiştir (4).

İngiltere'de düzenli olarak sigara kullanan kişilerde 1974-1994 yıllarında sigara içen kişi oranında erkeklerde % 51'den % 28'e, kadınlarda % 41'den % 26'ya düşüş olmuştur. Ancak burada da 1994'den beri sigara içen gençlerin sayısında büyük bir artış olmaktadır (26).

Türkiye'de ise farklı çalışmalarda gençlerde ortalama sigaraya başlama yaşları 11-18 yaş arasında bulunmuştur.

Emri ve arkadaşlarının 2002 çalışmasına göre ülke genelinde 15 yaş üstü erişkin nüfusta sigara içme prevalansı % 35.8 (erkeklerde % 50.9, kadında % 25.5) bildirilmiştir (4).

2006 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların üçte birinden daha fazlasının (% 36.7) sigara içtiği, öğrencilerin büyük çoğunluğunun (% 80.1) sigara içmeye 17 yaşından önce başladıkları ve sigara içme sıklığının yaş arttıkça arttığı tespit edilmiştir (27).

Türkiye genelinde, 1997 OECD verilerine göre, 15 yaş ve üstü erkeklerin % 51'i sigara içerken, kadınlarda bu oran % 49'dur. Bu veriler de kadınlar arasında sigara kullanımının yıllar içinde arttığını göstermektedir (9).

TNSA 2003 verilerine göre tüm 15-49 yaş arasındaki evlenmiş kadınların yüzde 28'i ara sıra ya da düzenli olarak sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Yaş yapısına bakıldığında, 20-34 yaş grubundaki kadınlarda sigara içme daha yaygındır. Kentte yaşayan kadınların sigara içme prevalansı kırdaki yaşayanlara göre daha yüksektir (sırasıyla yüzde 33 ve 15). Batı Anadolu bölgesinde yaşayan kadınların ve en az lise eğitimi olan kadınların sigara içme prevalansı daha yüksektir (sırasıyla yüzde 32 ve 44). Gebelik durumuna göre bakıldığında ise, gebe kadınların yüzde 15'i ve emziren kadınların yüzde 20'si sigara içtiklerini belirtmişlerdir (28).

İngiltere'de kadınların % 19'u gebelikleri boyunca sigara içmektedirler (29).

Sigara alışkanlığı, kanser ölümlerinin en önemli nedeni olup, gelişmiş ülkelerdeki erkeklerde görülen kanserlerin % 45'i, tüm nüfustaki kanserlerin % 30'u sigaraya bağlıdır. Akciğer kanseri ölümlerinin % 90'ı, kronik obstruktif akciğer hastalığı ölümlerinin % 90'ı koroner kalp hastalığı ölümlerinin % 30'u sigarayla ilgilidir (30).

ZY Xu ve arkadaşları tarafından Çin'de yapılan vaka-kontrol çalışmasında akciğer kanserinin birincil nedeni sigara içme olarak bulunmuştur (31).

Tüm bilinen karsinojenler arasında sigara (tütün) en fazla ölüme yol açan etkidir. Akciğer kanserlerinin % 83'ü ve tüm kanser ölümlerinin % 30'nun nedeninin sigara olduğu düşünülmektedir (32).

Türkiye'de 1965- 1992 yılları arasında akciğer kanserinden olan ölümler erkeklerde % 25'ten % 40'a, kadınlarda % 12'den % 17'ye yükselmiştir (23).

2006 yılında Manisa İli Yılmaz ve Sart kasabalarında kanser vakalarını etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, akciğer kanserinin fazla görüldüğü Yılmaz Kasabası'nda sigara içme oranı Sart Kasabası'na göre yüksek bulunmuştur. Sigarayı halen içenler ve bırakmış olanlarda ortalama sigara içme süresi ve içilen sigara miktarı Yılmaz kasabasında Sart kasabasına göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca Yılmaz kasabasında filtreli ve filtresiz sigara içme oranı Sart kasabasındakinden yüksektir. Vaka kontrol ve kohort çalışmaları filtresiz ve yüksek katranlı sigaraların uzun süre kullanımının, filtreli ve düşük katranlı sigaraların uzun süreli kullanımından daha yüksek akciğer kanseri riski taşıdığını öne sürmektedirler (32).

2.5. SİGARANIN ZARARLARI

Sigaranın insan sağlığına verdiği zararlar sayılamayacak kadar çoktur. Sigara nedenli meydana gelen ölümler; terör, AIDS, trafik kazası vb. ölümlerden 5- 10 kat daha fazladır (33).

Tütünün sağlığa olan zararlarından ilk kez 1665 yılında söz edilmiş ve kısa sürede tüm dünyaya yayılan tütünün ekimi ve kullanımına yasaklamalar getirilmiştir. Tüm yasaklamalara rağmen 17. yüzyılda hemen hemen bütün Asya ve Avrupa'da çok yaygın olduğu görülmüş, zamanla büyük bir ekonomik ve politik güç haline gelmiş ve günümüzde de sağlık açısından yenilmesi zor bir sorun olarak karşımıza çıkmıştır (34).

Sigaranın getirdiği zararlar, sigaraya başlama yaşının, bir günde içilen sigara sayısının, sigaranın katran ve nikotin içeriği veya filtre tipi gibi özelliklerinin ve sigara dumanını inhale etme sıklığı ve derinliği gibi sigara içme tarzının da içinde bulunduğu bir takım faktörlere bağlıdır (10, 33, 35). Sigaranın sağlığa zararları 50 yılı aşkın bir süreden beri bilinmektedir (36). Sigara dünyadaki en zararlı maddelerden biridir ve pek çok sistem hastalığı ve kanser türü ile ilişkisi kesin olarak gösterilmiştir (6). Bunların başlıcaları öldürücü hastalıklar olan kanserler, kronik bronşit, amfizem ve koroner kalp hastalığıdır (37).

2.5.1. Kanser

Sigara – kanser ilişkisini gösteren ilk çalışmalar 1950 ‘de yayımlandı. Daha sonraki birçok araştırma, ilk bulguları doğruladı.

Bu araştırmaların özellikle sekizi, izlenen kişi sayısı ve izleme süresi yönünden önemlidir; bu sekiz kohort araştırmasının özellikleri, Tablo 2.3’de görülmektedir (8).

Tablo 2.3. Sigara ve Kanser İlişkisi Üzerine Büyük Kohort Araştırmalarının Ana Özellikleri (8)

Araştırma	Başlangıç tarihi	Örnek büyüklüğü	İzleme süresi ve ölüm sayısı	İzlemin ölümler açısından tamamlanma (%)
Amerikan Kanser Topluluğu (9 Eyalet Araştırması)	1952	204.547 erkek (187.783)	44 ay/11.870 ölüm	98,9
Kanada Araştırması	1955-1995	207.397 kişi (yaş 30 +) 92.000	6 yıl/ 9.491 erkek ölümü 1.794 kadın ölümü	Yok
İngiliz Hekimler araştırması	1951	34.440 erkek (yaş 20+) 6.194 kadın (yaş 20+)	20 yıl/ 10.072 ölüm 22 yıl/ 1.094 ölüm	99,7 99
Amerikan Kanser Topluluğu (25 Eyalet Araştırması)	1959-1960	1.078.894 kişi Birinci izleme 440.558 erkek, 562.671 kadın (yaş 35-84) İkinci izleme 358.422 erkek 483.519 kadın	4,5-5 yıl/ 26.488 erkek, 16.773 kadın ölümü	97,4 (kadın) 97,9 (birinci izlemedeki erkekler)
ABD Emekli Askerler Araştırması	1954	293.598 erkek (yaş 31-84) (248.046)	16 yıl/ 107.563 ölüm	Yaşam durumunun tümü araştırılmış, ölüm raporlarının % 97,6’sı elde edilmiştir.
Kaliforniya araştırması	1954-1957	68.153 erkek (yaş 31-84)	5-8 yıl 107.563 ölüm	Yok
İsveç araştırması	1963	27.342 erkek/ 27.782 kadın (Yaş 18-69)	10 yıl/ 5.655 ölüm (2.962 otopsi)	Yok
Japonya araştırması	1965	122.261 erkek/ 142.857 kadın (Yaş 40 +)	16 yıl/ 51.422 ölüm	Tümü

Bugünkü verilere göre hastalık ve ölümlerin en önemli önlenebilir nedeni olarak tanımlanan sigara alışkanlığı, kanser ölümlerinin en büyük tek nedenidir.

Sigaranın, tüm kanserlerin % 30'uyla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Dünyada hızla artan akciğer kanserinin % 80-90'ından sigara sorumludur. Sigaranın değişik kanserlerle ilişki derecesi şöyle özetlenebilir:

Başlıca neden olduğu kanserler : Akciğer ,ağız ,larinks, farinks, özofagus.

Katkıda bulunduğu kanserler : Mesane , böbrek, pankreas.

İlişkili olduğu kanserler : Mide, serviks (3, 8).

Kadınlarda en sık görülen kanserler sırasıyla; meme kanseri, serviks kanseri, kolorektal kanser, mide kanseri ve akciğer kanseridir. Erkeklerde ise en sık görülen akciğer kanseri ve bunu izleyen mide kanseri, koleraktal kanser, ağız kanseri, farinks kanseri ve prostat kanseridir (38, 39).

2.5.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KOAH (kronik bronşit ve amfizem), geri dönüşsüz ve ilerleyici özellikte hava akımı obstrüksiyonu ve akciğerlerin zararlı partikül ve gazlara karşı anormal inflamatuvar yanıtı ile karakterize bir hastalıktır (40). KOAH için en önemli risk faktörü sigaradır (41). KOAH'a bağlı ölümlerin % 80'i sigara içimi nedeniyledir (9).

1950'li yıllarda, KOAH'la ilgili majör risk faktörleri olarak hava kirliliği ve tekrarlayan solunum sistemi infeksiyonları kabul edilirdi. Epidemiyolojik verilerin birikmesiyle 1964 yılında yayımlanan bir raporda; "sigara içimi, kronik bronşitin en önemli nedenidir ve kronik bronşit ile amfizeme bağlı ölüm riskini artırır" ifadesi yer aldı. Daha sonra yapılan zaman içinde uzunlamasına çalışmalar sonucunda, FEV₁ ile sigara içimi süresi ve miktarı arasında doz-yanıt ilişkisinin olduğu ortaya çıktı. Böylece sigara içimi ile akciğer fonksiyonları arasındaki bu doz-yanıt ilişkisinin, yaş ilerledikçe KOAH gelişme riskinin artışından sorumlu bir mekanizma olduğu kesin olarak gösterilmiş oldu (42).

Sigara içen kadınlarda kronik bronşit ve amfizemi içeren kronik obstrüktif akciğer hastalığından ölüm riski belirgin bir şekilde artmaktadır. Amerikan 2. Kanser Önleme Çalışması'nda kronik obstrüktif akciğer hastalığı relatif riskini sigara içenlerle içmeyenler kıyaslandığında 12.8 kat yüksek bulmuştur. Risk günde içilen sigara sayısı arttıkça artmaktadır (43). Sigara içen kişilerde günde içilen sigara sayısı arttıkça kronik bronşit prevalansı da artmaktadır. Sigara içicilerinin % 50'sinde kronik bronşit gelişmektedir (44). KOAH tedavisinde sigaranın bırakılması ve uzun süreli oksijen tedavisi dışında hastalığın ilerleyici seyrini etkileyen bir yöntem bilinmemektedir (40).

2.5.3. Koroner Kalp Hastalığı ve Diğer Kalp Hastalıkları

Sigara alışkanlığı hem kadınlar hem de erkekler arasında kalp damar hastalıklarının ana etkenlerinden biridir (8). Sigara dumanında bulunan özellikle nikotin ve karbonmonoksit kalp ve damar sistemine zarar verir (45).

Sigara içimini takiben vücuda dağılan nikotin kan basıncını ve kalp atım hızını yükseltir; vazokonstriksiyon ve yüksek kan karbonmonoksit düzeyi nedeni ile kan oksijen taşıma kapasitesi düşer. Kan fibrinojen ve trombosit seviyeleri artarak koagülasyon (pıhtılaşma) kolaylaşır. Tüm bu etkenler ateroskleroz, koroner kalp hastalığı, myokard infarktüsü, felç ve tromboz olasılığını artırır (26).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan retrospektif bir araştırmada, ölümlle sonuçlanan hastalık, sigara içenlerde içmeyenlere göre ortalama % 77 daha fazla bulunmuştur. Bu oran koroner kalp hastalığı için % 78, serebrovasküler hastalıklar için % 52, diğer kalp-damar hastalıkları için % 100'dür (8).

2.6. PASİF SİGARA İÇİMİ

Uzun yıllar sigara içenin yalnızca kendisine zarar verdiği düşüncesiyle insanların sigara içerken aldıkları sağlık risklerinin kişisel bir sorun olduğu düşünülmüştür. Ancak sigara içmese bile çevresel sigara dumanı (ÇSD) etkilenimi sonucunda akciğer kanseri gelişebildiğinin kanıtları literatüre 1981 yılında sigara içen erkeklerle evli olan Japon kadınlarla yaptığı çalışmada Hirayama tarafından ortaya konulmuştur. ÇSD yalnızca içen kişiyi değil aynı zamanda sigara içen kişi ile aynı ortamda bulunan diğer insanları da etkilemektedir. Oysa İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25.maddesi sağlık hakkını bir temel insan hakkı olarak tanımlamıştır. Dolayısıyla sağlıklı bir çevrede yaşamak da temel bir insan hakkıdır (46).

Pasif içicilik, filtreli ya da filtresiz, düşük katranlı ya da nikotinli sigara dumanına maruz kalma, dumanın oranı, kapalı yerin boyutu, solunan miktar, maruz kalma süresi gibi değişik faktörlerden etkilenmektedir. 1980'lerin başlarında yapılmış epidemiyolojik çalışmalarda kocası sigara içen ancak kendisi içmeyen kadınlarda akciğer kanseri gelişme riskinin eşi ve kendisi sigara içmeyen kadınlardan 1.2- 2 kez yüksek olduğu saptanmıştır (47).

Sigara içilen ortamlarda bulunan kişiler, sigara içmeseler bile, sigara içen kişiler kadar etkilenmektedir (48, 49).

Sigara içmeyenlerin % 63.3'ünün her gün, % 34.5'inin en az haftada 10 saat, % 19.9'unun ise haftada 40 saat pasif içici olduğu saptanmıştır. Sigara içtiği için ölen her dokuz kişi, sigara içmediği halde dumanını soluyan bir kişinin de ölümüne neden olmaktadır (48).

Pasif içicilik sigara içmeyenlerde birçok olumsuz sağlık olaylarına neden olur. Sigara içmeyenlerde ikinci el sigara dumanına maruz kalma ile akciğer kanseri riskinde % 20 – 30 ve kalp hastalıkları riskinde % 25 artış olmaktadır (50).

Prenatal dönemde pasif sigara dumanına maruz kalma aktif içicilik gibi bebeğin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Kendisi sigara içmeyen ve günde 7 saat ya da daha fazla pasif sigara dumanına maruz kalan gebelerde düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme riski 1.8 kez, preterm doğum eylemi 1.6 kez ve 35 haftadan küçük gestasyonel yaşta bebek dünyaya getirme riski 2.4 kez artmıştır (47).

Gebelikte içilen sigaranın etkileri bebeklik dönemini aşmakta, büyümeyi ve eğitimdeki başarıyı da olumsuz olarak etkilemektedir (51, 52).

2.7. SİGARANIN KADIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Sigara alışkanlığı öncelikle erkekler arasında yayılmış olduğundan, sigaranın neden olduğu sağlık sorunları da öncelikle erkeklerde gözlenmiştir. Ancak zamanla kadınlar da sigara içmeye başlayınca sigaranın yol açtığı çeşitli sağlık sorunları kadınlarda da görülmeye başlanmıştır (36).

ABD'de 2001 yılında yayınlanan "Kadın ve Sigara" adlı özel raporda, sigara kullanımının kadın sağlığı üzerindeki etkileri 86 başlık halinde belirtilmiştir. Bunların başlıcaları şu şekildedir (36, 53):

- Kadınlar arasında sigara kullanılmasının yaygınlaşması sonucu son 20 -30 yılda kadınlar arasında sigaraya bağlı nedenlerle ölümlerde önemli bir artış olmuştur.
- Kadınlardaki akciğer kanserlerinin % 90'ı sigaraya bağlıdır ve sigara içen kadınlarda akciğer kanserinden ölüm olasılığı 20 katına kadar yükselmektedir.
- Sigara kullanan kadınlarda koroner kalp hastalığı riski artmaktadır. Risk artışı oral kontaseptif kullanan kadınlarda daha fazladır.
- Kadınlarda KOAH'a bağlı ölümlerin % 90'dan fazlası sigaraya atfedilmektedir.
- Sigara içen kadınlarda menstruasyon bozuklukları daha fazla görülmekte, sigara içenler daha erken yaşlarda menopoza girmektedir.
- Sigara içenlerde osteoporoz olasılığı daha fazladır.
- Sigara içen kadınlarda peptik ülser, safra kesesi hastalıkları, Chron hastalığı olasılığı daha fazladır.
- Sigara içen kadınlarda katarakt daha erken yaşta meydana gelir.
- Sigara içen kadınların cildi daha erken yaşta kırışmaya başlar.

Sigara içen kadınlarda akciğer kanserinden başka serviks uteri kanseri, mesane kanseri, larinks kanseri, ağız – yutak kanserleri ile böbrek ve pankreas kanserleri de sık görülmektedir (36, 54-56).

Sigara germ hücrelerini olumsuz etkileyip, konsepsiyon oranını düşürerek infertiliteye neden olabilmektedir (57).

Sigara kullanımı ile hem primer hem de sekonder infertilite arasında ilişki bulunmuştur. Sigara içen kadınlarda gebelikle ilgili hormonal sistemde değişiklik olmakta , bu durum "corpus luteum "un oluşumunu, tubal fonksiyonu ve implantasyonu olumsuz etkilemek suretiyle gebeliğin başlamasını güçleştirmektedir (36). Bu nedenlerle sigara içen kadınlarda sigara içmeyen kadınlara göre infertilite problemleri daha fazladır (36, 58).

Sigara içenlerde osteoporoz olasılığı daha fazladır. Sigara içen postmenopozal evredeki kadınlarda kortikal kemik kaybı % 1.02 iken içmeyenlerde % 0.69'dur (59). Buna bağlı olarak sigara içen kişiler osteoporoz ve buna bağlı kırık sorunları ile karşı karşıyadır (55, 56).

2.8. GEBELİKTE SİGARA İÇİMİNİN ANNE SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Gebelikte sigara içimi, gebelik ile ilişkili mortalite ve morbidite için önlenemez önemli bir risk faktörüdür (60). Sigara içen gebelerde spontan abortus, ektopik gebelik, plasenta previa, ablasyo plasenta, erken membran rüptürü, prematür doğum ağrıları ve doğum, hipertansiyon, preeklampsi görülebilmektedir (37, 52, 61-63) . Bu kötü sonuçlar maternal yaşla, günlük içilen sigara sayısı diğer medikal/obstetrik risklerin bulunmasıyla artabilir (52). Sigara kullanan kadınlarda ektopik gebelik olasılığı 1.5 – 2.5 kat artmıştır (57).

Konsepsiyon zamanında annenin sigara kullanmasının ektopik gebelik riskinde artmaya neden olduğu hem Coste ve arkadaşları (1991), hem de Philips ve arkadaşları (1992) tarafından bulunmuştur (64). Bu konu ile ilgili mekanizma çok açık olmamakla birlikte, sigara kullananlarda tubal transportun yavaşlaması sonucu fertilize olan ovumun uterusu ulaşmadan tüplerde yerleştiği şeklinde açıklama yapılmaktadır (36).

Gebelik sırasında sigaranın yol açtığı önemli etkilerden birisi de düşüklere. ABD' de 574 düşük olgusunun incelendiği bir vaka- kontrol çalışmasında sigara içenlerde spontan düşük olasılığının 1.8 kat yüksek olduğu bulunmuştur (36, 57).

Sigara içimi bir kadının plasental problemlerle karşılaşma riskini yaklaşık olarak ikiye katlar. Bu plasental problemler; Plasenta previa ve ablasyo plasentayı içermektedir (1, 65). Gebelikte sigara içimi fetüste karboksihemoglobin düzeyini artırarak, oksijen taşıma kapasitesini azaltır. Bu durumu kompanse edebilmek için plasenta, büyüyerek internal osu kadar ulaşır ve plasenta previanın oluşumuna neden olur (57, 66).

Plasenta previa riski sigara içen gebelerde 1.5-3 kat fazladır. Risk içilen sigara sayısı ile artmakta, öte yandan gebelik sırasında sigaranın bırakılmış olması riskte azalma sağlamaktadır.

Plasenta previa olgularında en büyük tehlike fazla kan kaybına bağlı hemorajik şok, fibrinogenopeni, trombositopeni ve anemidir. Ayrıca bu olgularda erken membran rüptürü, prematüre eylem, Prezentasyon ve pozisyo bozukluğu, uterin sinusların havaya maruz kalması nedeni ile hava embolisi, postpartum kanama, postpartum enfeksiyon ve aşırı kanamaya bağlı anoksi sonucu plasentanın uterus duvarından erken ayrılması sonucu fetal ölüm görülebilir (63).

Sigara içen gebelerde uteroplazental kan akımı azalmıştır. Bu durum nikotinin ve karbonmonoksitin uterus damarlarına vazokonstriktör etkisi sonucu gelişir (1). Uteroplazental yetmezlik sonucu gelişen desidual nekroz plasentanın erken ayrılmasına (ablasyo plasentaya) neden olur (57, 64, 66). Sigara içen gebelerde sigara içmeyenlere oranla ablasyo plasenta olasılığı 1.4 ile 2.4 kat daha fazla bulunmaktadır. Ablasyo plasentada da risk içilen sigara sayısı ile artmakta, gebelik sırasında sigaranın bırakılmış olması riskte azalma sağlamaktadır (36). Geniş prospektif çalışmalardan toplanan bilgilere göre; sigara içimini bırakan gebelerde, sigara içmeye devam edenlere göre ablasyo plasenta sıklığı % 23, plasenta previa sıklığı da % 33 azaldığı belirlenmiştir (1).

Erken membran rüptürü (EMR) fetal zarların doğum başlamasından en az bir saat önce yırtılması ve amnion sıvısının akmasıdır, böylece fetüs ve dış ortam arasındaki bariyer yıkılmış olur. EMR 37. gebelik haftasından önce meydana gelirse, **preterm erken membran rüptürü (PEMR)** denir (63, 67, 68, 69). Sigara içen kadınlarda EMR (Erken Membran Rüptürü) ve PEMR(Preterm Erken Membran Rüptürü) daha sık görülmektedir (70). 1995 yılında yapılan ”**Preterm Erken Membran Rüptüründe Risk Faktörleri**” adlı çalışmada günde 10 taneden fazla sigara içmenin PEMR açısından önemli bir risk faktörü olduğu ortaya çıkmıştır (71).

Sigara kullanımı vücuttaki C vitamininin kullanımını azaltarak askorbik asit seviyesini membran fibrillerin kollajen sağlamlığını bozmaktadır. Ayrıca gebelikte sigara kullanımı sigaranın yapısında bulunan kadmiyumun trofoblastlarda, metal bağlayıcı bir protein olan metallothioneini artırarak bakırın bağlanmasına yol açtığı ileri sürülmektedir. Sonuç olarak beslenme eksikliği ve sigara içimi kollajenin çapraz bağlanmasını bozarak EMR riskini artırmaktadır (72).

Sigara içimi antepartum kanama, erken membran rüptürü, spontan preterm eylem mekanizmalarına bağlı preterm doğum riskini arttırmaktadır. Egawa ve arkadaşları sigara kullanımının, myometriumdaki oksitosin reseptör sayısını arttırarak myometriyumun oksitosine kontraktıl yanıtını arttırdığını ve bu şekilde preterm doğum riskini arttırdığını bildirmişlerdir (73-75).

Sigaranın serumdaki askorbid seviyesini düşürmesi, vajinadaki pH'ı artırması erken doğumu hazırlayıcı faktörlerdendir. Ayrıca sigaranın içerisinde bulunan karbonmonoksit, anne kanındaki karboksi hemoglobinin oranını artırarak anne ve fetusta distres oluşturup ACTH ve katekolamin salgılanmasını stimüle edip doğum ağrılarını başlatmaktadır (57, 76, 77).

2005 yılında DSÖ'nün "Tütün Üretimini Düzenlenmesi Kanada Raporu" adlı çalışmasında sigara içiminin hala Kanada'da gerçekleşen prematür ölümlerin önlenebilir birinci sebebi olduğu belirtilmiştir (78).

Perkins ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da, sigara içen annelerde prematürite için relatif riskin anlamlı derecede yükseldiği bulunmuştur. Bu annelerin bebeklerinde doğum ağırlığının ortalama 207 gr düştüğü ve bu düşüşün maternal serum kotinin seviyeleri ile korele olduğu gösterilmiştir.

Sigara ve preeklampsi ilişkisi birçok kez araştırılmıştır. Sigara içmenin ağır ve hafif preeklampsi riskini azalttığı; ancak preeklampitik kadınlarda, günde 10 tane ve daha fazla sigara içmenin perinatal mortalite, dekolman plasenta ve fetal gelişme geriliğini artırdığı gösterilmiştir (79, 80).

Gebelikte sigara kullanımı annenin endokrin durumunu etkilemektedir. Genel olarak sigara annede stres hormonlarını artırmakta ve tiroid dokusunda iyot alımının ve organifikasyonunu etkilemektedir (81).

2.8.1. Sigara ve Anne Sütü İle Beslenme

Sigara içimi anne sütünü azaltabilir ve yenidoğan, sigaranın anne sütüne kolaylıkla geçebilen zararlı bileşiklerine maruz kalır (64).

Gebelikte sigara içen annelerin bebeklerine anne sütü verme sürelerinin içmeyen annelerden daha kısa olduğu görülmüştür. Zaten perinatal sorunlarla doğan bu bebeklerin anne sütünün yararlarından da mahrum kalmalarının sağlık sorunlarını arttıracığı düşünülmektedir (82).

Sigara içen anne emzirmeli mi? Sigara içmenin emziren anneler ve bebeklerine yaptığı toplam yararlı veya zararlı etki nedir? Bu sorular tam olarak cevaplanamamıştır. Sigara alışkanlığı bırakılması zor bir alışkanlıktır. Bir çalışmada, gebeliğinde sigarayı bırakmış kadınların % 60'dan fazlasının doğumu izleyen aylarda tekrar sigara kullanmaya

başladıkları belirtilmiştir. Bu kadınların yarısı ilk 4 ayda tekrar sigara içer hale gelmiştir. Ayrıca bu kadınların çoğu 6 haftadan daha az emzirmiştir (83).

2001 yılında Amerikan Pediatri Akademisi, anne sütünün bebek için keşfedilen üstün yararları nedeni ile sigara içme ve anne sütü ile besleme hakkındaki düşüncelerini değiştirmiştir. Bu zamana kadar süt üretimini azaltması, bebeklerin kilo almasını engellemesi ve sık solunum yolu enfeksiyonlarına yol açması nedeni ile nikotin; emziren anneler için kontrendike ilaçların başında sayılmıştır. Bu tarihte, komite anne sütü ile geçen nikotinin zararlı olduğuna dair bir çalışma olmadığını belirterek, sigara içmeyi bırakamayan kadınların emzirerek; emzirmemelerine göre bebeklerine daha az zarar verdiklerini belirtmişlerdir. Anne sütü ile geçen nikotin emzirme yolu ile geçen zararlı ilaçlar listesinden çıkarılmıştır. Hatta bir çalışmada, sigara içen annelerin bebeklerini emzirmelerinin solunum yolu enfeksiyonlarına karşı koruyucu etki yapabileceği belirtilmiştir (84).

Anne sütüyle bebeğe geçen nikotin ve kotinin seviyelerinin, günlük sigara tüketim miktarı, kişisel sigara içme alışkanlıkları, emzirmeden önce sigara içme sıklığı ve son sigara içimi ile emzirme arasındaki süreye bağlı olduğu gösterilmiştir. Son sigara içme süresi ile emzirme arası süre ne kadar kısa ise, sütle nikotin ve kotinine maruz kalma oranı artmaktadır. Bununla birlikte, bebeğe sütle geçen nikotin, annenin sigarayı içine çekme derinliğine de bağlıdır. Sigara içen bir annenin sütünde, nikotin konsantrasyonları; 0.5 ve 120 ng/ml arasında seyretmektedir. Sadece anne sütü ile beslenen bir 6 kg lık bir bebekte, günde 6 defa 150 ml beslenirse, alınan nikotin miktarı 1.4 ve 750 ng/saat/kg olarak hesaplanmıştır. Bu ölçümler, bebeğin pasif içici de olup olmadığına göre, alınan nikotin miktarlarına göre geniş varyasyonlar göstermektedir. Ancak bu seviyeler, sigara içen erişkin bir insan tarafından solunan nikotinin yirmide birinden azdır (85).

Erişkin insanlarda, nikotin, gastrointestinal yolla alınırsa (örneğin sütle veya çiğnenerek), solunum yoluyla alınmasına göre emilimi azalmaktadır. Bu olay, sindirim sistemi ile alınan sigaranın toksik metabolitlerinin, karaciğerde ilk geçişte elimine edilmesine bağlanmaktadır. Ancak solunan nikotinin akciğerlerden absorpsiyonu çok hızlı olmaktadır ve tama yakın miktardadır. Bebekler ve çocuklarda ise, sindirim yoluyla alınan nikotin için, ilk geçişte eliminasyon, karaciğer işlevlerinin tam gelişmemesine bağlı olarak yeterince gerçekleşmemektedir. Bu durumun sonucunda

toksik metabolitler sindirim sistemi yoluyla dahi fazla miktarda alınabilmektedir. Özellikle küçük yas grubu bebeklerde, sindirim yoluyla alınan sigaranın toksik metabolitlerinin, sağlık üzerine etkilerini ortaya çıkaracak yeni çalışmalara ihtiyaç vardır (85, 86).

Çoğu çalışmada sigara içen annelerin prolaktin düzeyleri azaldığı için annelerin erken mamaya başladığı, daha az süt üretimi yaptıkları ileri sürülmüştür. Bu annelerde süt inmesi refleksi (let down refleksi) daha zayıftır (87). Ancak bu annelerde kan prolaktin seviyelerinin, sigara içmeyen annelerin kan prolaktin seviyeleriyle karşılaştırıldığı bir çalışma yapılmamıştır. Bir çalışmada ise, emziren kadınlarda somostatin seviyesinin azalması gerekirken, sigaraya bağlı olarak yükseldiği gösterilmiştir. Bu annelerin günlük süt miktarlarının 250-300 cc daha az olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, emzirirken sigara içen annelerin, psikolojik nedenlere bağlı olarak da özellikle emzirmeye başlamada ve sürdürmekte güçlük yaşadıkları belirtilmiştir. Sigara içen prematür doğum yapmış annelerde yapılan bir çalışmada, bu annelerin hem daha az süt ürettikleri; hem de sütlerinde yağ içeriğinin sigara içmeyen annelerin sütlerine göre daha az olduğu tespit edilmiştir. Sigara içen annelerin sütlerinin bu içerik farkının da, bebeklerin az kilo alması nedeniyle, erken ek besinlere geçişte önemli olabileceği vurgulanmıştır (87, 88).

Annenin sigara içmesiyle geçen nikotinin, akut olarak fazla dozda alınmasıyla bebekte apneik ataklar, aşırı uyarılma ve kusmalara neden olabileceği gösterilmiştir (85). Hatta günde 15 sigaradan fazla sigara içen annelerin, bebeklerinde gastrointestinal yolla nikotin zehirlenmesine de yol açabileceği belirtilmiştir (85, 89) .

2.9. GEBELİKTE SİGARA İÇİMİNİN FETÜS SAğLIğINA ETKİLERİ

Sigara öylesine büyük bir halk sağlığı sorunudur ki, çocukları için her türlü fedakrlığı yapabilen anneler bile gebelik sürecinde sigara içme alışkanlıklarından vazgeememektedirler.

Annelerin sigara içiminin fetüse olan etkileri üzerine 1950'lerden beri yoğun bir şekilde çalışılmaktadır (90).

Sigaranın bildirilen tüm etkilerinin sebep sonuç ilişkisini göstermek mümkün olmasa da hem içen anne için, hem de anne karnında sigaraya maruz kalan bebek için son derece zararlı olduğunu gösteren yeterli kanıt mevcuttur (91).

Çok sayıda çalışma, gebelik döneminde sigara içiminin doğum öncesi ve sonrası gelişimi olumsuz yönde etkilediğini, daha yüksek fetal mortalite, morbidite ve bilişsel gelişim geriliğine neden olduğunu ortaya koymuştur (91).

Prenatal dönemde çevresel sigara dumanına maruz kalan bebeklerin baş çevresinde ve tüm fetal uzunluklarında azalma görülmektedir. Sigara yüzünden oluşan kronik hipoksi kemik matriks sentezinin ve plasental sentezin supresyonuna neden olabilmektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda etanol ve sigaranın fetal iskelet gelişimini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (92).

1990 yılında yapılan prospektif ve kontrollü bir çalışmada, sigaraya maruz kalma ile özellikle fetal dönemdeki büyümenin etkilendiği ve çocukların sonraki yaşlardaki gelişimlerinin de boy ve kilo olarak geri kaldığı gösterilmiştir (91).

Sigara kullanımı öncelikle plasentayı etkileyerek fetüsün intrauterin büyümesini engellemekte ve düşük doğum tartılı bebekler meydana gelmektedir. Sigaranın vazodilatör aminleri azaltarak dokularda hipoksiye ve beslenme azlığına sekonder değişiklikler yaptığı ve organ disfonksiyonlarına yol açtığı iyi bilinmektedir (93).

1000 anne üzerinde yapılan bir çalışma sonucunda gebeliği boyunca sigara içen annelerin bebeklerinin; doğum ağırlığı, boy ve baş çevresi ölçümlerinin, sigara içmeyen annelerin bebeklerine göre anlamlı oranlarda düşük olduğu saptanmıştır (91).

2.10. GEBELİKTE SİGARA İÇİMİNİN BEBEK SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Çevresel sigara dumanına maruziyet, çocuklarda ağırlıklı olarak solunum sistemi olmak üzere bir dizi olumsuz etkiye yol açmaktadır. 1999 yılında DSÖ'nün bir raporuna göre çocuklar çevresel sigara dumanına istemleri dışında, çocukların yaşadıkları veya oyun oynadıkları ortamlarda erişkinlerin sigara içmeleri sonucunda maruz kalmaktadırlar (38). Annesinin veya diğer ebeveyninin sigara içmesi sonucunda sigara dumanına maruz kalan çocuklarda doğumdan sonraki dönemde görülen sağlık riskleri artmaktadır. Bu riskler; ani bebek ölüm sendromunda artış riski, fiziksel gelişimin geri kalması, bilişsel ve davranışsal gelişimin geri kalması, çocukluk dönemi kanserleri görülmesi riskinin artışıdır. (38).

Doğum ağırlığı perinatal mortaliteye neden olan önemli faktörlerdendir. DDA'lı bebeklerin neonatal dönemde ölüm hızları normal ağırlıktaki bebeklerden 40 kat daha fazladır. DDA'lı bebeklerin karşılaşılabilecekleri komplikasyonlar arasında; hipoglisemi, hipokalsemi, hipoksi, asidoz, hipotermi, polisitemi, ani bebek ölümü sendromu, alerji,

astım ve wheezing, çocukluk çağı kanserleri, nörogelişimsel ve davranış sorunları vb (90, 94, 95). Düşük doğum ağırlıklı 160 bebeğin izlendiği bir çalışmada; eğer bebekler daha hafif bir sigara dumanına maruz kalıyorlarsa (1-19 sigara/gün) sigara içilmeyen ortamdaki bebeklere göre 2.9 kat, ağır sigara dumanına maruz kalıyorlarsa (20 sigara/gün ve üzeri) 4.5 kat daha fazla solunum yolu hastalıkları için hastaneye yatırılma gereksinimi gösterdikleri saptanmıştır (95).

Anne karnında sigaraya maruz kalan bebeklerde 5. dakika apgar skorlarının, içmeyen annelerin bebeklerinden daha düşük olduğu görülmüştür. Bu bebeklerde, fetusun kalp debisini kontrol edebilmesi için çok önemli olan kalp hızını değiştirme yeteneğinin azalmış olduğu belirlenmiştir. Anne sigara içiminin bir diğer etkisi bebekte hemoglobin ve hematokrit değerlerini arttırmasıdır ki bu bulgunun artmış polisitemi riski ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (82).

Anne karnında sigaraya maruz kalan bebeklerde çoklu doğumsal anomali varlığının daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Orofasiyal yarıklar üzerinde en çok durulan anomalilerdir. Sigara ile ilişkisi olduğu düşünülen diğer doğumsal anomaliler düşük ayak, optik sinir hipoplazisi, omfalosel, parmak sayı anomalileri, kriptorşidizm, hidrosefali ve mikrosefalidir (82).

Sigara içen kişide olduğu gibi, anne karnında karşılaşmada da en çok etkilenen sistem solunum sistemidir. Oslo'da 1992 yılında doğan 3754 çocuk iki yıl izlenmiş, annesi sigara içen yenidoğanların akciğer fonksiyonlarının azalmış olduğu ve bronş obstrüksiyon atağı sıklığının bu çocuklarda artmış olduğu saptanmıştır (82).

Annenin sigara içmesiyle geçen nikotinin, akut olarak fazla dozda alınmasıyla bebekte apneik ataklar, aşırı uyarılma ve kusmalara neden olabileceği gösterilmiştir. Hatta günde 15 sigaradan fazla sigara içen annelerin, bebeklerinde gastrointestinal yolla nikotin zehirlenmesine de yol açabileceği belirtilmiştir (85, 89).

Anne sigara içimi, ani bebek ölümü görülme riskini arttıran önemli etkenlerden biridir. Gebelikte sigara içen annelerin bebeklerinde ani bebek ölüm riskinin artmış olduğu ve doğumdan sonra infantların çevresel sigara dumanına maruz kalması ile de ani bebek ölüm sendromu insidansı arasında ilişki olduğu birçok epidemiyolojik çalışma ile gösterilmiştir (82, 96). Bir çalışmada ani bebek ölümü risk artışının içilen sigara sayısı ile orantılı olduğu bildirilmiştir (82).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma sigara içen ve içmeyen annelerin ve bebeklerinin bazı özelliklerini karşılaştırmak amacıyla yapılan, bir vaka – kontrol çalışmasıdır.

Bu araştırma Ocak 2006- Şubat 2007 tarihleri arasında Sivas il merkezi sağlık ocaklarında yapılmıştır.

Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini Sivas il merkezinde bulunan sağlık ocaklarına kayıtlı, son bir yılda doğum yapmış anneler oluşturmaktadır. Sivas il merkezinde toplam 19 sağlık ocağı bulunmaktadır.

Sivas il merkezinde 2005 yılında gerçekleşen canlı doğum sayısı 4801'dir. Yine Sivas il merkezinde 2003 yılında yapılmış olan bir çalışmada gebeliğin herhangi bir döneminde sigara içme sıklığı % 17, doğum anında sigara içme sıklığı % 9 olarak saptanmıştır (60).

Örnek Seçimi ve Uygulama

Sivas il merkezinde bulunan toplam 19 sağlık ocağından küme örnekleme ile 4 sağlık ocağı seçilmiştir ve araştırma bu sağlık ocaklarında yürütülmüştür.

2003 yılında yapılmış olan çalışmada saptanan sigara içme sıklığına dayalı olarak Epi Info 6.0 programı ile örnek büyüklüğü 235 kişi olarak hesaplanmıştır. Son yıl içerisinde doğum yapmış annelerden 235 sigara içen ve 235 sigara içmeyen toplam 470 anneye ulaşılması; gebelikleri sırasında sigara içme ve gebelik, doğum, doğum sonrasında anne

ve bebeğe ilişkin çeşitli özellikleri sorgulayan 33 sorudan oluşan bir anketin yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanması planlanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan sağlık ocaklarında görev yapan ebelerin gebe ve lohusa izlem kartlarından basit tesadüfi örnekleme ile kadınlar belirlenmiştir. Kadınlara, alışma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul edip etmedikleri sorulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara anket uygulanarak veriler toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen annelerin yerine sıradaki bir diğer anne alınmış; bu yolla toplam belirlenen sayıya ulaşılmaya çalışılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 10.0 paket programı kullanılmıştır. Tablolarda sayılar yüzdelerle birlikte; ortalamalar standart sapmalarla birlikte verilmiştir. Verilerin istatistiksel analizi için Ki-kare testi Student t testi kullanılmıştır. Önemlilik değerlendirilmesinde $p < 0,05$ düzeyi anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Bu araştırmada öngörülen sayıda sigara içen kadına ulaşılamamış olması en önemli sınırlılığıdır. Ayrıca ulaşılmış olmasına rağmen araştırmaya katılmayı kabul etmeyen kadınlar da olmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan 95 sigara içen anne ile 245 sigara içmeyen anneye uygulanan formlar ve formlardan elde edilen verilerin istatistiksel analizlerinin sonuçları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan annelerin % 46,8'i 15-24 yaş arasında , %27,4'ü 25-34 yaş arasında ve % 10,6'sı 35 yaş ve üstündedir.

Annelerin eğitim durumları değerlendirildiğinde % 7,6'sının herhangi bir okuldan mezun olmadıkları, %70,9'unun ilk ve ortaokul mezunu oldukları, %21,5'inin ise lise ve üniversite mezunu olduğu; mesleklerine bakıldığında da %93,5'inin ev hanımı olduğu ve %6,5'inin herhangi bir işte çalıştığı tespit edilmiştir.

Annelerin gebelik öyküleri değerlendirildiğinde; annelerin % 41,8'inin primipar, % 58,2 sinin multipar olduğu; % 22,9'unun yaşamları boyunca en az bir kez abortus geçirdikleri, %70'inin planlı bir gebelik yaşadığı, % 30'unun ise gebeliklerini planlamadıkları saptanmıştır.

Sigara içen annelerin sigara kullanma süreleri ortalaması $8,3 \pm 5,1$ yıldır. Sigara içen annelerin yaş ortalaması $27,6 \pm 6,3$ yıl, sigara içmeyen annelerin yaş ortalaması $25,2 \pm 5,3$ yıldır ve annelerin yaş ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur ($t=3,365$, $p < 0, 01$).

Tabloda, sigara içme durumuna göre annelerin sosyo demografik özelliklerinin dağılımı gösterilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Annelerin Sigara İçme Durumuna Göre Sosyo-Demografik Özellikleri

Demografik özellikler	Sigara İçme Durumu				X ²	p
	İçiyor		İçmiyor			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
15-24	30	31,6	129	52,7	12,410	<0,01
25-34	51	53,7	94	38,4		
35 ve üzeri	14	14,7	22	9,0		
Meslek					0,318	>0,05
Çalışmıyor	90	94,7	228	93,1		
Çalışıyor	5	5,3	17	6,9		
Eğitim Durumu					0,587	>0,05
Okul bitirmemiş	7	7,4	19	7,8		
İlk-Ortaokul Mezunu	65	68,4	176	71,8		
Lise- Üniversite Mezunu	23	24,2	50	20,4		

Tabloda sigara içme durumuna göre annelerin gebelik öykülerinin dağılımı Tablo 4.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Annelerin Sigara İçme Durumlarına ve Gebelik Öykülerine Göre Dağılımı

Annelerin Gebelik Öyküleri	Sigara İçme Durumu		t	p
	Sigara İçen (X ± SD)	Sigara İçmeyen (X ± SD)		
Toplam gebelik sayısı	2,7±1,6	1,9±1,1	4,35	< 0,001
Düşük sayısı	1,3±0,7	1,2±0,4	0,815	> 0,05
Canlı doğum sayısı	2,3±1,3	1,8±1,1	3,227	< 0,01
Yaşayan çocuk sayısı	2,3±1,3	1,8±1,0	3,357	< 0,01

Araştırma bulgularına göre toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça annelerde sigara içimi artmaktadır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sigara içen annelerde düşük sayısı içmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur ancak aradaki fark anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Sigara içme durumuna göre gebeliğin sonlanma haftasının dağılımı Tablo 4.3'de gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Annelerin Sigara İçme ve Gebeliğin Sonlanma Haftasına Göre Dağılımı

Gebeliğin Sonlandığı Hafta	Annenin Sigara İçme Durumu				X ²	p
	İçiyor		İçmiyor			
	Sayı	%	Sayı	%		
37 hafta ve altı (Preterm Doğum)	26	27,4	13	5,3	32,812	< 0,001
38 hafta ve üstü (Term Doğum)	69	72,6	232	94,2		

Sigara içen annelerin % 27,4'ünün, sigara içmeyen annelerin ise % 5,3'ünün gebelikleri 37 hafta ve öncesinde sonlandığı tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

Sigara içme durumuna göre annelerin gebelikte rahatsızlık geçirme oranlarının dağılımı Tablo 4.4'de gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Annelerin Gebelik Sırasında Sigara İçme ve Rahatsızlık Geçirme Oranlarının Dağılımı

Gebelikte Rahatsızlık	Sigara İçme Durumu				X ²	p
	İçiyor		İçmiyor			
	Sayı	%	Sayı	%		
Geçirdi	38	40,0	25	10,2	40,259	< 0,001
Geçirmedi	57	60,0	220	89,8		

Tabloda görüldüğü gibi sigara içen annelerin %40'ı gebelikte bir rahatsızlık geçirirken, sigara içmeyen annelerin %10,2'si bir rahatsızlık geçirmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

Gebelikte içilen sigara miktarına göre gebelikte rahatsızlık geçirme durumu dağılımı Tablo 4.5’de verilmiştir.

Tablo 4.5. Annelerin Gebelikte İçilen Sigara Miktarına ve Rahatsızlık Geçirme Durumlarına Göre Dağılımları

Gebelikte içilen sigara miktarı	Gebelikte rahatsızlık					
	Geçirdi		Geçirmedi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gebelikte içmedi	7	24,1	22	75,9	29	100,0
1-10 sigara/gün	14	35,0	26	65,0	40	100,0
10 sigaradan fazla	17	65,4	9	34,6	26	100,0
Toplam	38	40,0	57	60,0	95	100,0
$X^2= 10,438 \quad p < 0,01$						

Gebelik döneminde sigara içmeyen annelerde rahatsızlık geçirme oranı daha düşükken, gebelikte içilen sigara miktarı arttıkça rahatsızlık geçirme oranı da artmaktadır ve aradaki fark istatistiksel açıdan önemlidir ($p < 0,01$).

Sigara içme durumuna göre annelerin gebelikte rahatsızlık geçirme oranlarının sigara içilen trimestrlara göre dağılımı Tablo 4.6’da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Gebelik Sırasında Sigara İçen Annelerin Trimestrlara ve Rahatsızlık Geçirme Durumlarına Göre Dağılımları

Trimesterlere Göre Sigara İçme Durumu		Gebelikte Rahatsızlık				X^2	p
		Geçirdi		Geçirmedi			
		Sayı	%	Sayı	%		
1.Trimester	İçen	27	45,8	32	54,2	2,154	> 0,05
	İçmeyen	11	30,6	25	69,4		
2.Trimester	İçen	24	50,0	24	50,0	4,043	< 0,05
	İçmeyen	14	29,8	33	70,2		
3.Trimester	İçen	22	55	18	45,0	6,477	< 0,05
	İçmeyen	11	30,6	39	70,9		

1. trimesterde sigara içen annelerde rahatsızlık görülme oranı %45,8 iken, sigara içmeyenlerde daha düşük (%30,6) olarak bulunmuş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. 2. ve 3. trimesterde de benzer şekilde sigara içen annelerde rahatsızlık görülme oranı sigara içmeyen annelere göre daha yüksek bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0,05$).

Gebelikte sigara içme durumunun yenidoğan bebeklerin doğum kilosuna üzerine etkisinin dağılımı Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Yenidoğan Bebeklerin Gebelikte Sigara İçme Durumuna ve Doğum Kilosuna Göre Dağılımları

Sigara İçme Durumu	Doğum Kilosu				X ²	p
	2500 gr ve üstü		2499 gr ve altı			
	Sayı	%	Sayı	%		
İçiyor	74	77,9	21	22,1	28,908	< 0,001
İçmiyor	236	96,3	9	3,7		

Tablo incelendiğinde düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranı, gebeliğinde sigara içmeyenlerde %3,7 iken, sigara içenlerde bu oran %22,1’e çıkmıştır ($p < 0,001$).

Gebelikte sigara içme durumunun yenidoğan bebeklerin ağırlık ve boy ölçümleri üzerine etkisinin dağılımı Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Gebelikte Sigara İçme Durumunun Yenidoğan Bebeklerin Ağırlık ve Boy Ölçümleri Üzerine Etkisinin Dağılımı

Yenidoğanın ağırlık ve boy ölçümleri	Sigara İçen (X ± SD)	Sigara İçmeyen (X ± SD)	t	p
Doğumdaki Ağırlığı (kg)	2,9±0,6	3,4±0,5	7,435	<0,05
Şu anki ağırlığı	7,1±3,9	6,8±3,4	0,683	>0,05
Doğumdaki Boyu (cm)	48,3±2,8	50,3±2,04	7,130	<0,05
Şu anki Boyu	57,2±9	58,1±8,1	0,884	>0,05

Tabloda gebeliğinde sigara içen annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalamasının içmeyen annelerden 1,5 kg daha düşük, doğum boyu ortalamasının 2 cm daha kısa olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($P < 0,05$) ancak şu anki ağırlıkları ve boylarına bakıldığında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Yenidoğan bebeklerin doğum ağırlıklarının sigara içilen trimesterlere göre dağılımı Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Yenidoğan Bebeklerin Sigara İçilen Trimesterlere ve Doğum Ağırlıklarına Göre Dağılımları

Trimesterlere göre sigara içme durumu		Doğum Ağırlığı				X ²	p
		2500 gr ve üstü		2499 gr ve altı			
		Sayı	%	Sayı	%		
1. Trimester	İçen	42	71,2	17	28,8	4,069	< 0,05
	İçmeyen	32	88,9	4	11,1		
2. Trimester	İçen	33	68,8	15	31,3	4,712	< 0,05
	İçmeyen	41	87,2	6	12,8		
3. Trimester	İçen	28	70	12	30	2,501	> 0,05
	İçmeyen	46	83,6	9	16,4		

Gebelikte sigara içimi ile düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski trimesterlere göre değerlendirildiğinde her üç trimesterde da düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskinin sigara içen annelerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İlk iki trimesterde aradaki fark istatistiksel olarak da önemli iken üçüncü trimesterdaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır.

Sigara içen annelerin eşlerinin sigara içme durumlarına bakıldığında % 45,6'sının sigara içtiği, günlük içtikleri sigara miktarına bakıldığında %40,4'ünün 1-10 adet arasında, % 46,3'ünün 21-30 adet arasında, %13,3'ünün de 31 adet ve daha fazla sigara içtiği ve bu sigara içen eşlerin %63,2'sinin eşleri ile aynı ortamda sigara içtikleri tespit edilmiştir.

Eşin anne ile aynı ortamda sigara içiminin annenin gebelikte yaşadığı rahatsızlıklar üzerine etkisinin dağılımı Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Eşin Anne İle Aynı Ortamda Sigara İçmesine ve Annenin Gebelikte Yaşadığı Rahatsızlıklara Göre Dağılımları

Gebelikte rahatsızlık	Eşin Aynı Ortamda Sigara içme durumu				X ²	p
	İçiyor		İçmiyor			
	Sayı	%	Sayı	%		
Geçirdi	88	70,4	26	12,1	16,048	< 0,001
Geçirmedi	37	29,6	189	87,9		

Tabloda da görüldüğü gibi eşi aynı ortamda sigara içen kadınların eşi aynı ortamda sigara içmeyenlere göre daha yüksek oranda gebeliklerinde rahatsızlık geçirmişlerdir (p<0,001).

Eşin aynı ortamda sigara içme durumuna göre bebeklerin doğum ağırlıklarının dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11. Eşin Aynı Ortamda Sigara İçmesine ve Bebeklerin Doğum Ağırlıklarına Göre Dağılımları

Eşin Aynı Ortamda Sigara İçme Durumu	Doğum Kilosu				X ²	p
	2500 gr ve üstü		2499 gr ve altı			
	Sayı	%	Sayı	%		
İçiyor	100	80	25	20	30,693	< 0,001
İçmiyor	210	97,7	5	2,3		

Anne ile aynı ortamda sigara içen eşlerin bebeklerinde DDA oranı %20 iken, içmeyenlerin bebeklerinde DDA bebek oranı %2,3’tür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p< 0,001).

Sigara içen annelerin emzirme döneminde %80’inin sigara içmeye devam ettikleri tespit edilmiştir. Gebelik döneminde sigara içmeyen annelerin oranı % 30,5 iken gebeliklerinde 1-10 adet arasında sigara içen annelerin oranı %42,1; 10 adetten daha fazla sigara içen annelerin oranı ise % 27,4 olarak bulunmuştur.

Sigara içiminin emzirme üzerine etkilerinin dağılımı Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. Araştırma Kapsamına Alınan Annelerin Sigara İçme ve Emzirme Özelliklerine Göre Dağılımı

Emzirme Özellikleri	Sigara İçme Durumu				X ²	p
	İçiyor		İçmiyor			
	Sayı	%	Sayı	%		
Emzirme Süresi						
10 dk ve daha az	70	73,7	107	43,7	24,704	< 0,001
11 – 30 dk	25	26,3	138	56,3		
Emzirme Sıklığı						
7 kez ve daha az	54	56,8	47	19,2	46,492	< 0,001
8 kez ve daha fazla	41	43,2	198	80,8		
Gece Emzirme Durumu						
Emzirdi	88	92,6	239	97,6	4,505	< 0,05
Emzirmedi	7	7,4	6	2,4		

Araştırmamıza göre sigara içen annelerin büyük çoğunluğunun bebeklerini 10 dk ve daha kısa sürelerle emzirdikleri, sigara içmeyen annelerin ise çoğunun 11-30 dk arasında emzirdikleri tespit edilmiştir ($p < 0,001$).

Bebeklerin emzirilme sıklıkları incelendiğinde sigara içen annelerin içmeyenlere oranla daha az sıklıkta bebeklerini emzirdikleri görülmüştür ($p < 0,001$).

Sigara içmeyen annelerin %2,4’ü bebeklerini geceleri emzirmezken bu oran sigara içen annelerde %7,4’e çıkmıştır ($p < 0,05$).

Sigara içiminin ek gıdaya başlama zamanı üzerine etkisinin dağılımı Tablo 4.13’de verilmiştir.

Tablo 4.13. Sigara İçiminin Ek Gıdaya Başlama Zamanı Üzerine Etkisinin Dağılımı

Ek Gıdaya Başlama Zamanı	Sigara içme durumu				X ²	p
	İçiyor		İçmiyor			
	Sayı	%	Sayı	%		
4. ay ve daha önce	47	49,5	65	26,6	16,312	< 0,001
5.ay ve daha sonra	48	50,5	180	73,5		

Sigara içen annelerin %49,5'i daha erken dönemde ek gıdaya başlarken, sigara içmeyen annelerde erken dönemde ek gıdaya başlama oranı %26,6'ya düşmektedir (p<0,001).

Sigara içiminin bebeğin hastalanma sıklığı ve anomalili doğma üzerine etkilerinin dağılımı Tablo 4.14'de verilmiştir.

Tablo 4.14. Sigara İçiminin Bebeğin Hastalanma Sıklığı ve Anomalili Doğma Üzerine Etkilerinin Dağılımı

Bebeğin Hastalanma Sıklığı ve Anomalili Doğma Durumu	Sigara İçme Durumu				X ²	p
	İçiyor		İçmiyor			
	Sayı	%	Sayı	%		
Bebekte Hastalanma Sıklığı					98,616	< 0,001
Hastalandı	50	52,6	14	5,7		
Hastalanmadı	45	47,4	231	94,3		
Bebekte Anomali Durumu					6,831	< 0,01
Var	4	4,2	1	0,4		
Yok	91	95,8	224	99,6		

Sigara içen annelerin bebeklerinde anomali görülme oranı %4,2 iken, içmeyen annelerin bebeklerinde bu oran %0,4'tür (p<0,01).

Bebeklerde hastalanma sıklığı incelendiğinde de benzer şekilde sigara içen annelerin bebeklerinin içmeyenlere oranla daha sık hastalandığı tespit edilmiştir ve fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0,001).

Sigara içme durumuna göre annelerin gebelikte geçirdiği rahatsızlıkların dağılımı Tablo 4.15’de verilmiştir.

Tablo 4.15. Sigara İçme Durumuna Göre Annelerin Gebelikte Geçirdiği Rahatsızlıkların Dağılımı

Rahatsızlık Geçirme Durumu	Sigara İçme Durumu			
	İçiyor (n=95)		İçmiyor (n=245)	
	Sayı	%	Sayı	%
Rahatsızlık Geçirmedim	57	60,0	220	89,8
Erken Doğum	13	13,7	7	2,9
Düşük Tehditi	16	16,8	6	2,4
Preeklampsi- Eklampsi	3	3,2	1	0,4
Plasenta previa	1	1,1	0	0
Ablasyo plasenta	2	2,1	0	0
Erken Membran Ruptürü	2	2,1	1	0,4
Diğer(Anemi, Hipertansiyon)	1	1,1	10	4,1

*Anneler birden fazla yanıt verdikleri için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tabloda görüldüğü gibi annelerin gebelikte geçirdiği rahatsızlıklardan erken doğum, düşük tehditi, preeklampsi- eklampsi, plasenta previa, ablasyo plasenta, erken membran rüptürünün sigara içen annelerde içmeyenlere göre daha yüksek oranda görülmüştür. Anemi ve hipertansiyon sıklığı ise sigara içmeyenlerde daha yüksek oranda tespit edilmiştir.

Gebelikte sigara içme durumuna göre annelerin sigaranın gebelikte kendilerine vereceği zararlar konusundaki ifadelerinin dağılımı Tablo 4.16’da verilmiştir.

Tablo 4.16. Gebelikte Sigara İçme Durumuna Göre Annelerin Sigaranın Gebelikte Kendilerine Vereceği Zararlar Konusundaki İfadelerinin Dağılımı

Annelerin İfadeleri	Sigara İçme Durumu			
	İçiyor (n=95)		İçmiyor (n=245)	
	Sayı	%	Sayı	%
Zararı yok	1	1,1	5	2,0
Bilgim yok	46	48,4	95	38,8
Düşük riski yaratır	17	17,9	104	42,5
Erken doğum riski olur	18	19,0	26	10,6
Vajinal kanamalara neden olur	5	5,3	43	17,6
Gebelikte nefes darlığı, çabuk yorulma, halsizlik gibi belirtiler sık görülür.	37	39,0	53	21,6

*Anneler birden fazla yanıt verdikleri için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin çoğunluğu sigara içiminin kendisine getirebileceği zararlar konusunda bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmiştir.

Sigara içen anneler en fazla oranda gebelikte nefes darlığı, çabuk yorulma, halsizlik gibi belirtilerin sık görülebileceğini belirtirken (%39,0), içmeyen anneler en fazla oranda düşük riski yaratabileceğini belirtmişlerdir. Sigara içiminin hiçbir zararının olmadığını belirten gebelerin oranı sigara içenlerde %1,1 iken içmeyenlerde %2 olmuştur.

Gebelikte sigara içme durumuna göre annelerin sigaranın bebeğe vereceği zararlar konusundaki ifadelerinin dağılımı Tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.17. Gebelikte Sigara İçme Durumuna Göre Annelerin Sigaranın Bebeğe Vereceği Zararlar Konusundaki İfadelerinin Dağılımı

Annelerin İfadeleri	Sigara İçme Durumu			
	İçiyor (n=95)		İçmiyor (n=245)	
	Sayı	%	Sayı	%
Zararı yok	2	2,1	8	3,3
Bilgim yok	43	45,3	81	33,1
Bebek düşük kilolu doğar	21	22,1	74	30,2
Bebek sakat doğabilir (yarık damak – dudak vb. anomalili)	19	20,0	33	13,5
Bebek erken doğar	15	15,8	39	15,9
Bebek doğduktan sonra sık hastalanır	13	13,7	57	23,3
Bebeğin büyümesi daha yavaş olur	11	11,6	31	12,7

*Anneler birden fazla yanıt verdikleri için yüzdeler n üzerinden alınmıştır

Araştırmaya katılan annelerin çoğunluğu sigara içiminin bebeğe getirebileceği zararlar konusunda bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmiştir. Her iki gruptaki annelerin bebekte gelişebilecek riskler konusunda, en fazla oranda verdikleri yanıtın “bebek düşük kilolu doğar” şeklinde olduğu saptanmıştır.

Annelerin gebelikte herhangi bir sağlık personelinden sigara ile ilgili danışmanlık alma durumlarının dağılımı Tablo 4.18’de verilmiştir.

Tablo 4.18. Annelerin Gebelikte Herhangi Bir Sağlık Personelinden Sigara ile İlgili Danışmanlık Alma Durumlarının Dağılımı

Danışmanlık Alma Durumu	Sigara İçme Durumu				X ²	p
	İçiyor		İçmiyor			
	Sayı	%	Sayı	%		
Aldı	11	11,6	7	2,9	10,386	< 0,05
Almadı	84	88,4	238	97,1		

Tablo incelendiğinde annelere gebeliklerinde sigara ile ilgili sağlık personelinden alınan danışmanlığın çok düşük yüzdelerde olduğu görülmektedir (p<0,05).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

DSÖ 2002 verilerine göre gelişmiş ülkelerdeki kadınların yaklaşık %20'si sigara içerken, gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların yaklaşık %9'u sigara içmektedir. Bu kadınların çoğu sigara içmeye gebe kaldıklarında da devam etmektedirler (97).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA- 2003) sonuçları, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993 (TNSA-1993) sonuçları ile karşılaştırıldığında, son on yılda kadınlar arasında sigara içmenin daha yaygın hale geldiği görülmektedir. Genel olarak, evlenmiş kadınlar arasında sigara içenlerin payı yüzde 18'den yüzde 28'e çıkarak iki kattan daha fazla artmıştır (28, 98).

2006 yılında "Sakarya'da Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuran Gebelerin Sigara İçme Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler" başlıklı çalışmada gebelerin yüzde 20,0'ı sigara kullandığını, yüzde 80,0'ı ise kullanmadığını belirtmiştir (61).

TNSA 2003 verilerinde gebelikte sigara içme oranı %15 olarak bulunmuştur. Bu bulgular ülkemizde gebe kadınlar arasında sigara içiminin yaygın bir davranış ve önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşündürmektedir (28).

Sigara içen annelerin sigara kullanma süreleri ortalaması $8,3 \pm 5,1$ yıldır.

PIAR'ın 1988 verilerine bakıldığında, ev kadınlarını içeren grupta sigara kullanım oranı %19 olarak hesaplanırken çalışan grupta bu oranın %60 civarında olduğu

görülmektedir. Bilir ise ev kadınlarındaki sigara içme oranını %30 çalışan kadınlarda ise %50'ler düzeyinde bildirmiştir (8, 99).

Bizim çalışmamızda ise çalışan kadınlardaki içicilik oranı ev hanımlarından düşük bulunmuştur. Bunun nedeni araştırmamıza katılan kadınların büyük çoğunluğunun (%93,5) ev hanımı olmaları olabilir.

Sigara içimi ile gebelik komplikasyonlarının arttığını ifade eden birçok çalışma mevcuttur. Gebelikte sigara içiminin annede artmasına neden olduğu komplikasyonlar, artmış düşük tehdidi, erken membran rüptürü, prematür doğum, preeklampsi- eklampsi, plasenta previa, dekolman plasenta olarak sayılabilir.

Gebelikte sigara içiminin prematür eylem insidansını arttırdığını belirten yayınlar mevcuttur. Egawa ve arkadaşları sigara içiminin, myometriumdaki oksitosin reseptör sayısını arttırarak myometriyumun oksitosine kontraktıl yanıtını arttırdığını ve bu şekilde prematür doğum riskini arttırdığını bildirmişlerdir (100).

Bilir 2005 yılında yayınladığı makalesinde, sigara içen gebelerin %7'sinin 37 haftadan önce doğum gerçekleştirdiğini günlük sigara sayısının artmasıyla da bu riskin daha çok arttığını ifade etmektedir (36).

Bu çalışmada da sigara içen annelerin içmeyenlere göre daha yüksek oranda prematüre eylem yaşadıkları tespit edilmiştir.

Gebelikte sigara içiminin plasental problemlere neden olduğunu bildiren çeşitli çalışmalar mevcuttur. Akdeniz ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptığı bir çalışmada, gebelik süresince sigara kullanımının plasenta previa gelişimi riskini arttırdığını bulmuşlardır (65).

Çalışmamızda sigara içmeyen annelerde plasenta previa görülmezken, içen annelerde plasenta previa görülme sıklığı %1,1, ablasyo plasenta görülme sıklığı ise %2,1 olarak tespit edilmiştir.

Gebelikte sigara içiminin, erken membran rüptürü riskini arttırdığı çeşitli araştırmacılar tarafından ortaya atılmıştır (71). Çalışmamızda, sigara içen annelerde erken membran rüptürü daha fazla görülürken (%2,1) içmeyenlerde daha az oranda (%0,4) görülmüştür.

Ayrıca çalışma bulgularımıza göre, gebelikte geçirilen bu rahatsızlıklar sigara içen annelerde içmeyenlere göre daha yüksek oranda görülürken, sigara içimi arttıkça rahatsızlık geçirme oranının da arttığı tespit edilmiştir. ($p < 0,01$)

Çalışmamızda sigara içiminin trimestrlara göre dağılımı incelendiğinde sigara içen annelerin her üç trimestirda da içmeyenlere oranla daha yüksek oranda rahatsızlık geçirdiği tespit edilmiştir.

Annenin sigara içmesi ile bebeğin düşük doğum ağırlığı (DDA) sorunu ile doğması arasında nedensel ilişki gösterilmiştir. Annenin sigara içiyor olması doğum ağırlığının beklenenden yaklaşık 150-200 gram daha az olmasına yol açmaktadır. Bunun sigara içmenin sonucunda oluşan hipoksi nedeniyle olduğu kabul edilmektedir (62).

Demir ve arkadaşlarının 2006 yılında yapmış oldukları çalışmada sigara kullananlara göre, sigara kullanmayanların bebeklerinin doğum ağırlıkları daha fazla olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (101).

Bilir 2005 yılında yayınladığı çalışmasında DDA bebek oranının, sigara içmeyenlere göre yaklaşık 3 kat daha fazla olduğunu ifade etmiştir (36).

ABD’de sigara içen annelerden doğan bebeklerin %12’si DDA iken, içmeyen annelerin bebeklerinin %7,5’inin DDA’na sahip olduğu tesbit edilmiştir (102).

Marakoğlu ve Sezer’in Sivas’ta yaptıkları çalışmada gebeliklerinde sigara içen annelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlığı %12, hiç içmemiş veya gebelik öncesi bırakanlarda %4 olarak bulunmuştur Gebelik esnasında sigara içmeyi sürdürenlerin bebeklerinin hiç içmemiş veya gebelik öncesi bırakmış olanların bebeklerine göre ortalama 112 gr daha düşük ağırlıkta doğdukları görülmüştür (60).

Bu çalışmanın sonucunda da düşük doğum ağırlığı görülme oranı gebelik boyunca sigara içen annelerden doğan bebeklerde içmeyen annelerden doğan bebeklere göre yüksek ve iki grup arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0,001$).

Gebeliğinde sigara içen annelerin bebeklerinin doğum ağırlığının içmeyen annelerden 1,5 kg daha düşük, doğum boyunun 2 cm daha kısa olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Ancak şu anki ağırlıkları ve boylarına bakıldığında ağırlık ve boy gelişimlerinin sigara içmeyen annelerden doğan bebeklerle benzer özellikte olduğu görülmüş, fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu durum annenin bebeği emzirme süresi, sıklığı, ek gıda

verme özellikleri ve annenin beslenme durumuna bağlı olabilir. Buna göre sigara içen annelerden doğan bebeklerin yenidoğan döneminde uygun şekilde beslenmeleri, emzirme özelliklerine dikkat etmeleri, uygun ek gıdalara uygun zamanlarda başlamaları ve annenin kendi beslenmesine özen göstermesi durumunda boy ve ağırlıkça normal gelişime kavuşabilecekleri söylenebilir.

Çalışmamızda gebelikte sigara içimi ile düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski trimesterlere göre değerlendirildiğinde her üç trimesterde da düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskinin sigara içen annelerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çevresel sigara dumanı, yalnızca içen kişiyi değil aynı zamanda sigara içen kişi ile aynı ortamda bulunan diğer insanları da etkilemektedir. Çocukların çevresel sigara dumanından evde başta anne babalarının, çocuk bakımı ile ilgilenen kişilerin sigara içmesi dolayısıyla etkilenmektedirler (46).

Artan sigara içme oranları, bir yandan da Türkiye'de pasif içicilerin de sayısının oldukça fazla olduğunu göstermektedir. Ancak, Türkiye genelinde pasif içicilik sıklığına yönelik yapılmış geniş kapsamlı bir çalışma yoktur. Bölgesel yapılmış çalışmalarda Türk evlerinin ancak %25'inde sigara içilmediği belirtilmiştir (89).

Kaneita ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada anneler arasında sigara içme prevalansını %17,1, babalar arasında ise %63,5 olarak, anne ve babaların evde sigara içme oranlarını ise % 37,5 olarak tespit etmişlerdir (103).

Konya'da yapılan çalışmada tüm gebelere, eşlerinin gebelik döneminde evde yanlarında sigara içme durumu sorulduğunda %45,5'i evet içti, %0,5i ara sıra içti cevabını vermişlerdir (62).

Çalışmamızda sigara içen eşlerin %63,2 sinin eşleri ile aynı ortamda sigara içtikleri tespit edilmiştir. Bu durum çevresel sigara dumanı ve gebelikteki zararlar konusunda önemli bir eğitim ihtiyacının varlığını göstermektedir.

Çalışmamızda eşi aynı ortamda sigara içen kadınların eşi aynı ortamda sigara içmeyenlere göre daha yüksek oranda gebeliklerinde rahatsızlık geçirmişlerdir ($p<0,001$).

Sigara içmeyen ancak çevresel sigara dumanından etkilenen hamile kadınların bebeklerinin yaklaşık 10-110 gr arasında ortalama 35 gr daha düşük ağırlıkla doğduğunu yapılan çalışmalar göstermektedir (104).

Doğum ağırlığının bu kadar düşük düzeyde azalmış olmasının sağlık üzerine olan etkileri tam bilinmemekle birlikte çok fazla sayıda bebek bu bilinmeyen etkiyle karşı karşıyadır. ABD'nde düşük doğum ağırlıklı doğan çocukların %52'sinin çevresel sigara dumanı etkilenimi sonucunda olduğu tahmin edilmektedir (105).

Bizim çalışmamızda da anne ile aynı ortamda sigara içen eşlerin bebeklerinde DDA'lı doğma oranını içmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

TNSA-2003 bulgularına göre; gebelikte sigara içme oranları %15, emzirirken %20'olarak saptanmıştır. Gebe kadınlar arasında, % 41'i 3-5 adet sigara, %14'ü 6-9 sigara ve % 15'i 10 veya daha fazla sigara içmektedir. Benzer şekilde emziren kadınların % 29'u 3-5 adet sigara, %17'si 6-9 sigara ve %23'ü 10 ve daha fazla sigara içmektedir (28).

Araştırmamıza göre sigara içen annelerin emzirme döneminde %80'inin sigara içmeye devam ettikleri tespit edilmiştir. Gebelik öncesinde sigara içip gebelik döneminde sigara içmeyen annelerin oranı % 30,5 iken, gebeliklerinde 1-10 adet arasında sigara içen annelerin oranı %42,1, 10 adetten daha fazla sigara içen annelerin oranı ise % 27,4 olarak bulunmuştur.

Sigara içen annelerin büyük çoğunluğunun bebeklerini 10 dk ve daha kısa sürelerle emzirdikleri, sigara içmeyen annelerin ise çoğunun 11-30 dk arasında emzirdikleri tespit edilmiştir ($p<0,001$). Bebeklerin emzirilme sıklıkları incelendiğinde sigara içen annelerin içmeyenlere oranla daha az sıklıkta bebeklerini emzirdikleri görülmüştür. ($p<0,001$).

Ayrıca sigara içen annelerin bebeklerini geceleri emzirmeme sigara içmeyen annelerin %2,4'ü bebeklerini geceleri emzirmezken bu oran sigara içen annelerde %7,4'e çıkmıştır ($p<0,05$).

Yapılan bir araştırmada günde en azından 15 sigara içen annelerde daha az prolaktin salgılanımı olduğu ve bebeklerini sigara içmeyen annelerden daha önce sütten kestikleri bulunmuştur. Sigara içen annelerin sütünde daha az yağ içeriği olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (106).

Yapılan başka bir araştırmada, günde 20 veya daha fazla sigara içen annelerin, içmeyenlere göre 6 aydan daha kısa süre emzirme olasılıklarını yaklaşık iki kat daha fazla bulunmuştur. Başka bir metaanaliz çalışmasında ise, 3 aydan önce sigara içen annelerin içmeyenlere göre 1.93 kat daha fazla olarak ek besinlere başladıklarını belirtmişlerdir. Bu annelerde, sütün inme refleksi (let down refleksi) daha zayıf olmakta ve buna bağlı erken ek besinlere geçilebilmektedir (89).

Çalışmamızda sigara içen annelerin % 49,5'i daha erken dönemde ek gıdaya başlarken, sigara içmeyen annelerde erken dönemde ek gıdaya başlama oranı %26,6'ya düşmektedir ($p<0,001$).

Sigara içen annelerden doğan bebeklerin daha sık hastalık geçirdiğini belirten çalışmalar mevcuttur. Oslo'da 1992 yılında doğan 3754 ocuk iki yıl izlenmiş, annesi sigara içen yenidoğanların akciğer fonksiyonlarının azalmış olduğu ve bronş obstrüksiyon atağı sıklığının bu çocuklarda artmış olduğu saptanmıştır (82).

Yılmaz'ın 2006 yılında yaptığı çalışmada sigara içen annelerin bebeklerinde içmeyenlere göre otitis media, üst solunum yolları enfeksiyonları ve alt solunum yolu hastalıklarının arttığı tespit edilmiştir. Annenin sigara içmesi durumunda, bebekte otitis media riski 2.9 kat, ÜSYE riski 8.2 kat ve alt solunum yolu hastalıkları riski 15.3 kat daha fazla bulunmuştur (89).

Çalışmamızda, literatürle uyumlu olarak sigara içen annelerin bebeklerinde içmeyenlere göre hastalanma oranlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır.

Anne karınında sigaraya maruz kalan bebeklerde çoklu doğumsal anomali varlığının daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Orofasiyal yarıklar üzerinde en çok durulan anomalilerdir. Sigara ile ilişkisi düşünülen doğumsal anomaliler düşük ayak, optik sinir hipoplazisi, omfalosel, gastroşizis, parmak sayı anomalileri, kriptorşidizm, hidrosefali ve mikrosefalidir (82).

Çalışmamızda sigara içen annelerin bebeklerinde anomali görülme oranı %4,2 iken, içmeyen annelerin bebeklerinde bu oran %0,4'tür. Ülkemizde çeşitli niversite hastanelerinde yapılmış çalışmalarda, tüm doğumlarda doğumsal anomali görülme oranının % 1,1 ile % 3,65 arasında değiştiği gösterilmiştir (107, 108, 109). Her ne kadar çalışmamızda sigara içenlerde görüldüğü belirtilen doğumsal anomali oranı bu değerlerin üzerinde ise de gerek çalışmamızdaki doğumsal anomali tanımının sadece

annelerin ifadesine bağlı olması gerekse görüldüğü belirtilen anomalilerin sayısının azlığı nedeniyle sigaraya bağlı olarak doğumsal anomalinin arttığı kesin olarak söylenememiştir.

Araştırmaya katılan annelerin sigara içiminin kendisine getirebileceği zararlar konusunda bilgi düzeyleri incelendiğinde sigara içmeyen annelerin içenlere oranla biraz daha bilgili oldukları görülmüştür. Buna göre anneler sigaranın zararları, kendilerine getirebileceği olumsuz etkiler konusunda bilinçlendirilirse gebelikte sigara kullanımını azalabilir.

Araştırmaya katılan annelerin sigara içiminin kendisine getirebileceği zararlar konusunda bilgi düzeyleri incelendiğinde sigara içen annelerin % 48,4'ünün sigara içmeyenlerin ise % 38,8'inin sigaranın kendilerine getirebileceği zararları bilmediklerini ifade etmişlerdir. Sigara içen anneler en fazla oranda gebelikte nefes darlığı, çabuk yorulma, halsizlik gibi belirtilerin sık görülebileceğini belirtirken (%39,0), içmeyen anneler en fazla oranda düşük riski yaratabileceğini belirtmişlerdir. Yani sigara içmeyen annelerin sigara içmenin daha zararlı etkilere yol açacağını bilmeleri kullanım sıklığının azalmasını etkiliyor olabilir. Yine aynı şekilde sigara içen annelerin sigaranın nispeten daha az zararlı etkilerinin olduğunu düşünmeleri nedeniyle sigara içimi oranlarının daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Konya'da yapılan araştırmada kadınlara sorulan "Gebe annenin sigara içmesi bebeğin sağlığını nasıl etkiler?" sorusuna, kadınların %98,2'sinin bebeğe çok zararlıdır demişlerdir. Yine aynı çalışmada bütün kadınlara doğum sonrası, sigara içen hamile annenin bebeğine vereceği zararlardan 3 tanesini söylemelerini istendiğinde büyük çoğunluğun ilk zarar olarak bebeğin sakat olacağı, akciğerine zararı olacağı ve bebeğin gelişmesinin etkileneceği üzerinde yoğunlaştıklarını ve diğer zararları belirtmekte zorlandıkları tespit edilmiştir (62).

Çalışmamızda araştırmaya katılan annelerin çoğunluğu sigara içiminin bebeğe getirebileceği zararlar konusunda bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmiştir. Bu da araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun eğitim durumlarının düşük olmasına bağlı olabilir.

Her iki gruptaki annelerin bebekte gelişebilecek riskler konusunda, en fazla oranda verdikleri yanıtın "bebek düşük kilolu doğar" şeklinde olduğu saptanmıştır. Ancak

sigara içen annelerin içmeyenlere oranla bu konuda daha az bilgi sahibi olduğu görülmüştür.

Annelerin gebelikte herhangi bir sağlık personelinden sigara ile ilgili danışmanlık alma durumlarının da incelendiği Marakoğlu ve Sezer'in 2003 yılında yapmış oldukları çalışmada, gebeliklerinde sigara içenlerin, sigara bırakma konusunda sağlık personelinden bırakma tavsiyesi ve desteği alıp almadıkları sorgulandığında, aldıkları tavsiye ve destek oranlarının düşük olduğu saptanmıştır (60).

Bu çalışmada da annelerin gebeliklerinde sigara ile ilgili sağlık personelinden aldığı danışmanlığın çok düşük yüzdelerde olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Sigara içen ve içmeyen annelerin ve bebeklerinin bazı özelliklerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan bu araştırmada, şu sonuçlar elde edilmiştir:

- ✓ Sigara içen annelerin gebeliklerinin içmeyenlere göre daha yüksek oranda 37 hafta ve öncesinde sonlandığı tespit edilmiştir.
- ✓ Sigara içen annelerin gebelikte rahatsızlık geçirme oranı, daha yüksek bulunmuştur.
- ✓ Sigara içen annelerin her üç trimesterde da içmeyenlere oranla daha yüksek oranda rahatsızlık geçirdiği tespit edilmiştir.
- ✓ Düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranı, gebeliğinde sigara içmeyenlerde daha az iken, sigara içenlerde bu oranın arttığı görülmüştür.
- ✓ Sigara içen annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalamasının içmeyen annelerden 1,5 kg daha düşük, doğum boyu ortalamasının 2 cm daha kısa olduğu bulunmuştur.
- ✓ Gebelikte sigara içimi ile düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski trimesterlere göre değerlendirildiğinde her üç trimesterde da düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskinin sigara içen annelerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- ✓ Eşi aynı ortamda sigara içen kadınlar eşi aynı ortamda sigara içmeyenlere göre daha yüksek oranda gebeliklerinde rahatsızlık geçirmişlerdir.
- ✓ Anne ile aynı ortamda sigara içen eşlerin bebeklerinde DDA oranı %20 iken, içmeyenlerin bebeklerinde DDA'lı bebek oranı %2,3'tür.
- ✓ Kendisi sigara içsin ya da içmesin sigara dumanına pasif maruziyet bile DDA'nı etkilemektedir.

- ✓ Sigara içen annelerin emzirme döneminde %80'inin sigara içmeye devam ettikleri tespit edilmiştir.
- ✓ Sigara içen annelerin büyük çoğunluğunun bebeklerini 10 dk ve daha kısa sürelerle emzirdikleri, sigara içmeyen annelerin ise çoğunun 11-30 dk arasında emzirdikleri tespit edilmiştir.
- ✓ Sigara içen annelerin içmeyenlere oranla daha az sıklıkta bebeklerini emzirdikleri görülmüştür.
- ✓ Sigara içen annelerin yarısı erken dönemde ek gıdaya başlarken, sigara içmeyen annelerde erken dönemde ek gıdaya başlama oranı düşmektedir.
- ✓ Sigara içen annelerin bebeklerinde anomali görülme oranı içmeyen annelerin bebeklerine oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- ✓ Bebeklerde hastalanma sıklığı sigara içen annelerin bebeklerinde daha yüksektir.
- ✓ Annelerin gebelikte geçirdiği rahatsızlıklardan erken doğum, düşük tehtidi, preeklampsi- eklampsi, plasenta previa, ablasyo plasenta, erken membran rüptürünün sigara içen annelerde içmeyenlere göre daha yüksek oranda görülmüştür.
- ✓ Araştırmaya katılan annelerin çoğunluğu sigara içiminin kendisine getirebileceği zararlar konusunda bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmiştir.
- ✓ Araştırmaya katılan annelerin çoğunluğu sigara içiminin bebeğe getirebileceği zararlar konusunda bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmiştir.
- ✓ Annelerin gebeliklerinde sigara ile ilgili sağlık personelinden aldıkları danışmanlığın çok düşük yüzdelerde olduğu görülmüştür.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu önerilerde bulunmak mümkündür:

- ✓ Anne adaylarının, gebelikte sigara içiminin anneye ve bebeğe vereceği zararlar konusunda sağlık personeli tarafından bilgilendirilmesi ve eğitilmesi sağlanmalıdır.
- ✓ Yalnız annenin değil anne ile birlikte bulunan kişilerin de sigaranın zararları, özellikle anneye ve bebeğe vereceği zararları konularında bilgilendirilmesi ve eğitilmesi sağlanmalıdır.
- ✓ Sağlık personeli bu konuda halkı bilinçlendirmesi için hizmet içi eğitimlerle daha duyarlı hale getirilmelidir.

- ✓ Yapılan kontrollerde gebelerin sigara içme durumları ve tutumları araştırılmalıdır.
- ✓ Sigara içtiği tespit edilen gebelerin ve ailelerin sigarayı bırakmaları için desteklenmeleri, sigarayı bırakma kliniklerine yönlendirilmeleri sağlanmalıdır.
- ✓ Sigara içen ve bırakamayan gebeler gelişebilecek olası sorunlar yönünden daha sık kontrol edilmelidir.
- ✓ Sigarayı hiç içmemiş kişilerin sigaraya başlamamaları için ya da bırakmış olan gebelerin yeniden sigaraya başlamamaları için desteklenmeleri sağlanmalıdır.

6. KAYNAKLAR

1. Demirkaya BÖ, Gebelikte sigara içiminin plasenta ve yenidoğan üzerine etkileri. Uzmanlık tezi, İstanbul, 2004.
2. Barış Yİ, Tütünün Dünya’da ve Türkiye’de Tarihçesi, (Ed: Barış İ, Sigara ve Gençlik), Öncü Basımevi, Ankara, 1999. ss: 1-11.
3. Bilgiç H. Sigara ve Kanser. www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/sigara_kanser.htm (Erişim tarihi: 30.06.2007)
4. Karlıkaya C, Öztuna F, Aytemur SZ, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü. Toraks dergisi 2006; 7(1):51-64.
5. Öztuna F. Sigaranın hücrel etkileri. www.toraks.org.tr/sub/sigarasiz/SiGARANIN%20HuCRESEL_ETKiLERi-funda_oztuna.pdf (Erişim tarihi: 30.06.2007)
6. Gökgöz Ş, Adolesan Çağda Sigara ve Alkolle İlgili Verilen Eğitimin Etkileri, Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 2004.
7. Yılmaz G, Sigara İçilmesinin Anne Sütü Alan ve Almayan Bebeklerin Büyümelerine, Enfeksiyon Sıklıklarına ve Bazı Antioksidan Özellikli Vitaminlerin (Vitamin A,E,C) Serum Düzeyleri Üzerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Pediatri Programı Doktora Tezi, Ankara 2006.
8. Aşut Ö, Sigara ve Hekim, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 1993.

9. Gençöz F, Soykan Ç, Soykan A, Gençöz T. Sigara Bağımlılığı ve Tedavisi, ART Ofset Matbaacılık, Ankara 2003. ss: 2-28.
10. Dudak AH. Alt Solunum Yolu Hastalıklarının Sigara ile İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri 2004.
11. Öztürk Y, Aykut M. Ya Sigara Ya Sağlık. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, Kayseri, 1992. ss:5-6
12. Demir AU. Sigara ve Gençlik. (İçinde: Barış Yİ: Sigara ve Bağımlılık), Öncü Basımevi, Ankara, 1999. ss:31-36.
13. Yorgancıoğlu A, Esen A. Sigara Bağımlılığı ve Hekimler, Toraks Dergisi, 2000; 1: 90-95.
14. Goldman L, Auisello D (Eds). Cecil Textbook of Medicine (Çeviri Ed: Ünal S). Güneş kitabevi, Ankara, 2006..ss:57-58.
15. Azak A, Sağlık Memurluğu Örgencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler. Toraks Dergisi, 2006; 7(2): 120-124
16. Aslan D, Bilir N. Tütün Mücadelesi Ülkelerin Gelişmişlik Düzeyine Göre Farklılık Gösteriyor, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2006; 15(11):IV-V.
17. Esson MK, Leeder RS. The Millennium Development Goals And Tobacco Control, WHO, 2004. pp: 3-4.
18. Hasan SU. ATS statement-cigarette smoking and health. Am J Respir Crit Care Med, 1996 ; 154: 1579-80.
19. Güler N, Demirel Y, Güler G, Kocataş S. Sivas'ın Çayboyu Mahallesi'nde Yaşayan 10 Yaş ve Üzerindeki Bireylerin Sigara İçme Durumu, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 26 (2): 66 – 70.
20. Demirel Y, Sezer RE. Sivas Bölgesi Üniversite Öğrencilerinde Sigara kullanma Sıklığı, Erciyes Tıp Dergisi, 2005; 27(1):1-6.
21. WHO Regional Office for South-East Asia, A guide to comprehensive tobacco control, 2004; p:1
22. Altın R, Kart L, Ünalacak M, Dutkun Y, Örnek T. Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanlarda Sigara İçme Prevalansı ve Sigaraya Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi, Kocatepe Tıp Dergisi, 2004; 5: 63- 67.
23. Uzaslan E. Sigarayı Bırakma Yöntemleri, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2003; 12(5):116.

24. Şahbaz S, Kılınç O. Sigara Bırakmada Kullanılan Tedavi Yöntemleri, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2005; 14(5):98.
25. Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü. İzmir İli Lise Öğrencilerinin Sigara Alışkanlığını Etkileyen Faktörler, Toraks Dergisi, Aralık 2001; 2(3): 49-53.
26. Effectiveness Matters Smoking Cessation: What The Health Service Can Do, The University of York, March 1998; 3(1): 1-4
27. Aslan D, Özvarış ŞB, Esin Ç, Akın A. Bir Grup Üniversite Öğrencisi Arasında Sigara ve Alkollü bir İçecek Tüketme Durumu: Prevalans ve Etkileyen Faktörler, Erciyes Tıp Dergisi, 2006; 28(4): 172-182.
28. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 Raporu. Ss:139-140.
29. Roberts KH, Munafo MR, Rodriguez D et al. Longitudinal analysis of the effect of prenatal nicotine exposure on subsequent smoking behavior of offspring, Nicotine & Tobacco Research, 2005; 7(5): 801–808.
30. Kılıç N, Ek NH. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigaraya Yönelik, Bilgi, Tutum Ve Davranışları, Sağlık Bilimleri Dergisi, 2006; 15(2): 85-90.
31. Xu ZY, Blot WJ, Xiao HP et al. Smoking, air pollution and the high rates of lung cancer in Shenyang, China. Journal of the National Cancer Institute; 81: 1800-06.
32. Lüleci EN, Keskin Y. Manisa'nın İki Kasabasında Kanser Olguları İle Sigara İçme Ve Beslenme Alışkanlıklarının İlişkisi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006; 5(5):326-331.
33. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. The Lancet, 2003; 362:847-852.
34. Buzlu S. Sigara Kullanımı ve Nedenleri, Hemşirelik Bülteni, 1999; 11(43-44)
35. Türkiye Yeşilay Cemiyeti, A'dan Z'ye Sigara, İstanbul, 1986, s:65
36. Bilir N, Sigara ve Üreme Sağlığı, 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre kitapçığı, 20 – 23 Nisan 2005, Bilkent Otel ve Konferans Merkezi, Ankara ss: 160-162,
37. Öztürk Y, Günay O. Aile Sağlığı El Kitabı, Erciyes Üniversitesi Yayınları,1995, Kayseri, ss:379-388
38. Women and Tobacco, World Health Organization,Geneva, 1992. pp: 1-5.

39. Air Quality Guidelines for Europe, World Health Organization Regional Publications, Copenhagen, 1987, pp: 408- 410.
40. Umut S, Steroidlerin Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tedavisindeki Yeri, Prospect, 2003, 5(1):12.
41. Lenfant C, Khaltaev N, Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease (KOAH'a Karşı Küresel Girişim: KOAH'ın Tanısı, Tedavisi ve Önlenmesi İçin Cep Rehberi, Çeviren: Kocabaş A), Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2004.
42. Süerdem M. Çocukluktan Erişkinliğe Akciğer Hastalıkları, Toraks Dergisi, 2004; 5(1):31-37.
43. Samet MJ. Women and The Tobacco Epidemic, The World Health Organization, Canada, 2001. p:2.
44. Akar B, Özyardımcı N. Kronik bronşit ve sigara. Akciğer arşivi, 2002; 1(45):45-48.
45. Shehu V, Sigaranın yaptığı Hastalıklar, (Ed: Barış İ. Sigara ve Gençlik), Öncü Basımevi, Ankara, 1999.
46. Boztaş G, Aslan D, Bilir N. Çevresel Sigara Dumanından Etkilenim ve Çocuklar, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2006; 15(5):75
47. Uskun E. Pasif İçicilik, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2000; ???
48. Yeltekin SY, Karasimav D, Yalçın S. Gümüşdere Sağlık Ocağı'nda Pasif Sigara Maruziyetinin Doğum Ağırlığı Üzerine Etkisi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2005; 14(4):90-93.
49. Balcı K, Göğüs Hastalıkları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1993, ss:625 – 635.
50. Mackay J, Eriksen M, Shafey O. The Tobacco Atlas. www.cancer.org/docroot/AA/content/AA_2_5_9x_Tobacco_Atlas.asp (Erişim tarihi: 30.06.2007)
51. Emri S. Sigara ile İlgili Acı Gerçekler I, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 1993; 2(4):115.
52. Queenan JT, Hobbins JC. (Çev: Güner H, Özpolat E, Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri), Atlas Kitapçılık, Ankara, 1998, ss:22-25.
53. Women and Smoking: A Report of the Surgeon General, Department of Health and Human Services, USA, 2001. pp: 7-20.
54. Hickin L, (Çev: Adalğ B, Pamukçu A, Tüfak ÖM: Kadın Sağlığı), Arkadaş Yayınları, Ankara, 2002. ss: 98-99.
55. Sağlık İçin Sigara Alarmı, 1996; 3(1-2):16

56. Amos A, Traquet CC. Women and Health, World Health, Sep.1995; pp:22-23.
57. Aktaş S. Gebelik Boyunca Sigara İçiminin Perinatal Dönemde Anne ve Bebek Sağlığı Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 2006.
58. Barış Yİ, Sigara ve Gençlik. (İçinde: Kısacık G; Sigara ve Kadın), Öncü Basımevi, Ankara, 1999, ss 47-52.
59. Özkayın N, Aktuğlu K. Sigaranın Kas – İskelet Sistemi Üzerine Etkileri, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2003, 12(3):102.
60. Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2003; 25(4):157 –164.
61. Semiz O, Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Kılıçoğlu SS. Sakarya'da Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuran Gebelerin Sigara İçme Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2006; 15(8): 149-152.
62. Marakoğlu K, Erdem D. Konya'da Gebe Kadınların Sigara İçme Konusundaki Tutum Ve Davranışları, Erciyes Tıp Dergisi, 2007; 29(1):47-55.
63. Taşkın L, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2000, s:115.
64. Gillbert SE, Harmon JS. (Çev. Ed.: Taşkın L, Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı), Palme Yayıncılık, Ankara 2002. ss: 673-676.
65. Akdeniz N, Yalınkaya A, Akay H, Yıldırım Z, Yayla M. Plasenta Previa: Obstetrik Risk Faktörleri ve Perinatal Sonuçlar, Perinatoloji Dergisi, 2004; 12(3):145-148.
66. Meurs KV, Cigarette Smoking, Pregnancy and The Developing Fetus, SMR: Special Article, 1(1): 14-16.
67. Arısan K. Doğum Bilgisi 1989; ss: 905-914
68. Gabbe SG, Neebly JR, Simphson JL. Obstetrics; Normal and problem pregnancies.1996; pp: 743-820.
69. Kışnişçi HA, Gökşin E, Durukan T ve ark. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum bilgisi. 1996; ss:1481-1489
70. Özkaya DY. Preterm Eylem ve Preterm Erken Membran Ruptürü Olgularında Serum Ferritin Düzeyi. Uzmanlık Tezi, İstanbul 2005.
71. Turan C, Özcan T, Kaleli B ve ark. Preterm Erken Membran Ruptüründe Risk Faktörleri, Perinatoloji Dergisi, 1995; 3(1-2): 30-32.

72. Cuningham FG et al. The Placenta and Fetal Membranes: Williams Obstetric, 20th edition, pp: 95-125.
73. Burguet A, Kaminski M, Abraham –Lerat L, et al. The complex relationship between smoking in pregnancy and very preterm delivery: Results of the epigage study. BJOG, 2004, 111(3): 258-265.
74. Egawa M, Yasuda K, Nakajima T, et al. Smoking enhances oxytocin-induced rhythmic myometrial contraction. Biol Reprod. 2003, 68(6): 2274-2280.
75. Özkesici B. Erken Doğum Tehditi Olan Gebelerde Maternal Magnezyum Ve Kalsiyum Seviyelerinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul,
76. Gelişen O, Erken Doğum: Maternal- Fetal Tıp ve Perinatoloji, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, ss. 1148-1150.
77. Parson MT, Spellacy WN. Causes and Management of Preterm Labor: Danforth's Obstetrics and Gynecology, Seventh Edition, pp:289-304
78. Regulation of Tobacco Products Canada Report, WHO Study Group on Tobacco Product Regulation, Tobacco Free Initiative, 2005.
79. Cnattingius S, Mills JL, Yuen J, Eriksson O, Salonen H. The paradoxical effect of smoking in preeclamptic pregnancies: smoking reduces the incidence but increases the rates of perinatal mortality, abruptio placentae, and intrauterine growth restriction. Am J Obstet Gynecol 1997;177(1):156-61.
80. Kireççi HB. Ağır Preeklampside Plazma Homosisteinin Yeri, Uzmanlık Tezi, İstanbul 2005.
81. Peñçe S, Kırımı E, Cesur Y. Gebelikte Sigara Kullanımının Kordon Kanı Hormon Değerlerine Etkisi: Sigara Seks Steroidlerini Etkiliyor mu? Van Tıp Dergisi, 1999; 6(1): 9-11.
82. Toyran M, Gebelikte Sigara İçiminin Çocuk Sağlığı Üzerindeki Etkileri Gazi Osman Paşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Pediatri, 2005; 4(1):17-23.
83. Amir L. Maternal smoking and reduced duration of breastfeeding: A review of possible mechanisms. Early Hum Dev. 2000; 164 (1): 45-67
84. Woodward A, Douglas RM, Graham NMH, Miles H. Acute respiratory illness in Adelaide children: breastfeeding modifies the effect of passive smoking. J Epidemiol Community Health. 1990; 44: 224-230.

85. Luck W, Nau H. Nicotine and cotinine concentrations in serum and urine of infants exposed via passive smoking or milk from smoking mothers. *J Pediatr.* 1985; 107: 816-820.
86. Luck LW, Nau H. Nicotine ve cotinine concentrations in the milk of smoking mothers: influence of cigarette consumption and diurnal variation. *Eur J Pediatr.* 1987; 146: 21-26.
87. Widstrom AM, Werner S, Matthiesen AS, Svensson K, Uvnas-Moberg K. Somatostatin levels in plasma in non-smoking and smoking breastfeeding women. *Acta Paediatr Scand.* 1991; 80: 13-21.
88. Hopkinson JM, Schanler RJ, Fraley JK, Garza C. Milk production by mothers of premature infants: influence of cigarette smoking. *Pediatrics.* 1992; 90: 934-938.
89. Yılmaz G, Sigara İçilmesinin Anne Sütü Alan ve Almayan Bebeklerin Büyümelerine, Enfeksiyon Sıklıklarına ve Bazı Antioksidan Özellikli Vitaminlerin (Vitamin A,E,C) Serum Düzeyleri Üzerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Pediatri Programı Doktora Tezi, Ankara, 2006
90. Page LA. *The New Midwifery*, Churchill Livingstone, China, 2000. pp: 144-145.
91. Karabekiroğlu K. Nikotinik Reseptörler, Nükleus Akumbens ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fak. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2006; 16(4) :1-9
92. Çetin E, Malas MA. Fetal Büyümeye Etki Eden Çevresel Faktörler Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 12(2):65-72.
93. Kırimi E, Pençe S. Gebelikte sigara kullanımının fetus ve plasentanın gelişimine etkisi. *Van Tıp Dergisi*, 1999; 6(1):28-30.
94. Saka G, Kara İH, İlçin E, Diyarbakır Doğumevi Hastanesinde Doğum Yapan Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri Ve Sigara İçme Kriterlerinin Değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 2000; 27 (1): 97-105.
95. Yeltekin SY, Karasimav D, Yalçın S. Gümüşdere Sağlık Ocağı'nda Pasif Sigara Maruziyetinin Doğum Ağırlığı Üzerine Etkisi, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2005; 14(4): 90.
96. Wong DL, *Nursing Care of Infants and Children*, Seventh Edition, Mosby, China, 1999, p:583
97. Martin JA, *Birth: Final Data For 2002*. *National Vital Statistics Reports* 2003, 52(10): 1-12.

98. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993 Raporu
99. Bilir N. Sigara kullanımının kadın sağlığına etkileri ve kontrolü. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/ilgiliyayinlar/pdf/sigara_kul_kadin_saglina_etkileri.pdf (Erişim tarihi: 30.06.2007)
100. Egawa M, Yasuda K, Nakajima T, et al. Smoking enhances oxytocin-induced rhythmic myometrial contraction. *Biol Reprod.* 2003, 68(6): 2274-2280.
101. Demir B, Demir F, Doğum Ağırlığını Etkileyen Faktörler. *Perinatoloji Dergisi* 2006, 14(4):188 -194
102. Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T et al. Epidemiological study on passive smoking among Japanese infants and smoking behavior of their respective parents: A nationwide cross-sectional survey. *Preventive Medicine* 2006, (42), 210 – 217
103. Environmental Tobacco Smoke Air Quality Guidelines - Second Edition WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2000, Erişim Adresi: http://www.euro.who.int/document/aic/8_1ets.pdf (Erişim tarihi: 30.06.2007)
104. Mackay J, Eriksen M. Tobacco Atlas. Erişim adresi: <http://www.who.int/tobacco/en/atlas10.pdf> (Erişim tarihi: 30.06.2007)
105. Jihong Liu, Kenneth D. Rosenberg MD, Alfredo P, Breast feeding duration and perinatal cigarette smoking, *American Journal of Public Health* 2006; 96(2):309-314
106. Biri A, Onan A, Korucuoğlu Ü, Taner Z, Tıraş B, Himmetoğlu Ö. Distribution and incidence of congenital malformations in a university hospital. *Perinatoloji dergisi*, 2005; 13 (2): 86-90.
107. Himmetoğlu O, Tiras MB, Gürsoy R, Karabacak O, Şahin İ, Onan A. The incidence of congenital malformations in a Turkish population. *Int J Gynaecol Obstet*, 1996; 55(2):117-21.
108. Tunçbilek E, Boduroğlu K, Alikasıfoğlu M. Results of the Turkish congenital malformation survey. *Turk J Pediatr*, 1999;41(3):287-97.

ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Kayseri’de doğdu. İlk ve orta öğrenimini Kayseri’de tamamladı. 2000 yılında Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu’na girdi. 2004 yılında mezun oldu. 2005 yılında Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans öğrenimine başladı. Halen aynı anabilim dalında öğrenimine devam etmektedir.

**SİVAS İL MERKEZİNDE SİGARA İÇEN VE İÇMEYEN ANNELERİN VE
BEBEKLERİNİN ÇEŞİTLİ ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Form No :

1. Yaşınız?

2. Eğitim Durumunuz nedir ?

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

3. Mesleğiniz nedir?

- | | | | |
|--------------|-------------------|---------------------|---------|
| 1. Ev hanımı | 2. Memur | 3. Sağlık Personeli | 4. İşçi |
| 5. Çiftçi | 6. Serbest Meslek | 7. Diğer | |

4. Sosyal güvence durumunuz nedir?

- | | | | |
|---------------|-------------------|--------|-----------|
| 1. Yok | 2. Emekli Sandığı | 3. SSK | 4. Bağkur |
| 5. Yeşil Kart | 6. Diğer..... | | |

5. Gebelik Öykünüz:

- Kaç gebelik geçirdiniz? (G) Kaç doğum yaptınız? (P)
- Kaç düşük yaptınız? (A) Kaç yaşayan çocuğunuz var ? (Y)
- Son doğumunuzdan beri ne kadar zaman geçti?

6. Boyunuz:cm

Kilonuz: kg.

7. Gebe kalmadan önce eşinizle birlikte gebeliğinizi planladınız mı ?

1. Evet 2. Hayır

8. Bebeğiniz kaç haftalık doğdu ?

9. Bebeğinizin doğum tarihi nedir?

10. Sigara içiyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır (Soru 17'ye geçiniz)

11. Ne kadar süredir sigara içiyorsunuz?

12. Son gebeliğinizde sigara içtiniz mi?

13. Sigarayı gebeliğinizin hangi dönemlerinde içtiniz?

14. Gebelik dönemi dışında günde kaç adet sigara içiyordunuz?

15. Gebelik döneminde günde kaç adet içtiniz? (Günlük içmeyenler haftalık adet olarak belirteceklerdir.)

16. Emzirme döneminde sigara içtiniz mi?

17. Eşiniz sigara içiyor mu? 1. Hayır 2. Evet (miktarı

18. Eşiniz birlikte bulunduğunuz ortamda sigara içiyor mu? 1. Evet 2. Hayır

19. Gebeliğinizde sigara ile ilgili (sigaraya başlamama , zararları, bırakma vb.) herhangi bir sağlık personelinin danışmanlık hizmeti aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır

20. Evet ise kimden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Ebe 2. Hemşire 3. Hekim 4. Diğer

21. Doğum şekliniz nasıldı?

1. Normal doğum 2. Müdahaleli doğum (forseps, vakum vb.)
3. Sezaryen 4. Diğer

22. Bebeğiniz kaç kilo doğdu? gram. Şu andaki ağırlığı nedir? gram.

23. Doğduğunda boyu kaç cm idi? cm Şu andaki boyu nedir? cm.

24. Bebeğinizde doğuştan gelen herhangi bir sağlık problemi var mı (anomali)?

1. Evet 2. Hayır

25. Bebeğiniz sık sık hastalanıyor mu? 1. Evet 2. Hayır

26. Bebeğinizi halen emziriyor musunuz?

1. Evet (Ne kadar süre emzirmeyi düşünüyorsunuz ?.....)
2. Hayır (Ne kadar süre emzirdiniz ?.....)

27. Bebeğinizi günde kaç kez emziriyorsunuz veya emziriyordunuz?

28. Bebeğinizi ortalama kaç dakika emziriyorsunuz veya emziriyordunuz?

29. Bebeğinizi geceleri de emziriyor musunuz veya emziriyordunuz? 1. Evet 2. Hayır

30. Ek gıdalara ne zaman başladınız?

31. Gebeliğinizde herhangi bir rahatsızlık geçirdiniz mi?

1. Hayır geçirmediğim
2. Erken doğum
3. Düşük tehdidi
4. Dış gebelik
5. Preeklampsi – Eklampsi
6. Plesenta previa
7. Ablasyo plasenta
8. Erken membran Ruptürü
9. Diğer

32. Sigaranın anne karnındaki bebeğe verebileceği zararlar nelerdir?

1. Bebeğe hiç bir zararı yoktur.
2. Bebeğe vereceği zararlar hakkında bilgim yok
3. Bebek erken doğar.
4. Bebek düşük kilolu doğar.
5. Bebeğin büyümesi daha yavaş olur.
6. Bebek sakat doğabilir. (yarık damak –dudak vb anomalili)
7. Bebek doğduktan sonra sık hastalanır.
8. Diğer

33. Gebelikte sigara içmenin gebenin kendisine getireceği zararlar nelerdir?

1. Hiç bir zararı yoktur.
2. Bu konuda bilgim yok
3. Düşük riski yaratır.
4. Erken doğum riski olur.
5. Vajinal kanamalara neden olur.
6. Gebelikte nefes darlığı, çabuk yorulma, halsizlik gibi belirtiler sık görülür.
7. Diğer