

T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI

GEBE KADINLARA YÖNELİK BİR SİGARAYI BIRAKTIRMA  
PROGRAMININ KADINLARIN SİGARAYI BIRAKMA  
DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELİF KETEN

SİVAS  
2009

T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI

GEBE KADINLARA YÖNELİK BİR SİGARAYI BIRAKTIRMA  
PROGRAMININ KADINLARIN SİGARAYI BIRAKMA  
DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELİF KETEN

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI  
YRD. DOÇ. DR. ZEHRA GÖLBAŞI

SİVAS  
2009

Bu alışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Yrd. Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI \_\_\_\_\_

ye Doç. Dr. Yeltekin DEMİREL \_\_\_\_\_

ye Yrd. Doç. Handan GÜLER \_\_\_\_\_

#### ONAY

Bu tez çalışması, 09.07.2009 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri yeleri tarafından kabul edilmiştir.

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Tijen KAYA TEMİZ  
SAğLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

## ÖZET

### GEBE KADINLARA YÖNELİK BİR SİGARAYI BIRAKTIRMA PROGRAMININ KADINLARIN SİGARAYI BIRAKMA DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Elif KETEN

Yüksek Lisans Tezi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2009, 84 sayfa

**Amaç:** Araştırma gebelik döneminde sigara içen kadınlara yönelik yürütülen sigarayı bıraktırma programının gebelerin sigarayı bırakma davranışları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın örneklemini 14 Temmuz- 26 Ağustos 2008 tarihleri arasında Samsun Doğum ve Çocuk Bakımevi'ne doğum öncesi kontroller için başvuran 157 sigara içen gebe oluşturmuştur. Veriler gebelerin bireysel özelliklerini, obstetrik özelliklerini, sigara içme ve bağımlılık durumlarını belirleyen soru formları aracılığıyla toplanmıştır. Gebeler, araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam alındıktan sonra randomize olarak 3 gruba ayrılmış ve her bir gruba sigarayı bırakmalarına yönelik farklı müdahale programı uygulanmıştır.

**Grup I.** Hastanede kısa eğitim ve danışmanlık, iki kez telefonla destek danışmanlığı ve sigaranın gebelikteki etkileri, bırakmanın yararları ve yoksunluk belirtileriyle başetme yolları ile ilgili bilgilerin fetüsten annesine yazılmış bir mektup aracılığıyla anlatan broşür verilmesi

**Grup II.** Hastanede kısa eğitim ve danışmanlık, iki kez telefonla destek danışmanlığı

**Grup III.** Hastanede kısa eğitim ve danışmanlık

Müdahale programından sonra tüm gebeler 28.-32. ve 34.-36. gebelik haftasında telefonla aranarak sigara içme davranışları değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Her üç grupta bulunan gebelerin bireysel ve obstetrik özelliklerinin, sigara içme davranışları ve bağımlılık düzeylerinin benzer olduğu bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Müdahale programı sonrası yapılan son değerlendirmede I. gruptaki gebelerin %70.7'sinin, II. Gruptaki gebelerin %48.9'unun, III. gruptaki gebelerin %41.9'unun sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Yapılan analizde I. gruptaki gebelerde sigarayı bırakma oranı II. ve III. gruptaki gebelere göre yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). I. gruptaki gebelerin %65.9'u müdahale programının sigara bırakma davranışlarında etkili olduğunu söylerken, II gruptaki gebelerin %46.7'si, II gruptaki gebelerin ise %34.9'u müdahalenin sigarayı bırakma davranışları üzerinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir.

**Sonuç:** Araştırmadan elde edilen bulgulara göre gebeye sigaranın gebelikte anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkileri, bırakmanın yararları ve yoksunluk belirtileriyle başatme yollarına ilişkin bilginin doğmamış bebeği aracılığı ile iletilmesinin, sigara bırakma davranışı üzerinde diğer yöntemlerden daha etkili olduğu söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, Sigara İçimi, Sigarayı Bırakma, Sigarayı Bırakma Programları

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF SMOKING CESSATION PROGRAM FOR PREGNANT WOMEN ON THEIR BEHAVIOURS IN TERMS OF GIVING UP SMOKING

Elif KETEN

Master of Science Thesis, Department of Nursing Birth and Women's

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2009, 84 pages

**Aim:** The study was carried out to analyse the influence of smoking cessation program implemented for the women smoking during pregnancy period on their behaviours in terms of giving up smoking.

**Method:** The sampling of the study consists of 157 pregnant women who smoke and applied to Samsun Maternity and Nursery for prenatal control between 14 July-26 August 2008. Data was collected via questionnaire forms asking for individual and obstetrical characteristics of the pregnant women, their smoking and addiction situations. After a written consent was taken from the pregnant stating that they accepted to participate in the study, they were randomly divided into three groups and different intervention programs were implemented for each group.

**Group I.** Short training and consultation in the hospital, consultation via phone calling twice and influences of smoking in pregnancy period, benefits of giving up and coping ways with deprivation symptoms, a letter like leaflet penned by fetus for his mother.

**Group II.** Short training and consultation in the hospital, consultation via phone calling twice

**Group III.** Short training and consultation in the hospital

After the cessation program all the pregnant were called in the 28th-32nd and in the 34th-36th pregnancy weeks and their smoking attitudes were evaluated. Chi-square test was applied in evaluating the data

**Findings:** It was found out that individual and obstetrical characteristics of the pregnant women, their smoking attitudes and addiction levels were similar ( $p>0.05$ ). In

the last evaluation made in the aftermath of the cessation program it was found out that in the first group 70.7% of the pregnant women gave up smoking, in the second group 48.9% and in the third group 41.9%. In the analyses it was found out that rate of giving up smoking in the first group was higher than the other two groups ( $p < 0.05$ ). While 65.9% of the pregnant in the first group stated that the cessation program influenced their smoking attitudes, 46.7% in the second group and 34.9% in the third group expressed the same things.

**Result:** According to the findings gathered from the study the fact that information relating to benefits of giving up smoking, coping ways with deprivation symptoms and influences of smoking on mother's and baby's health are given to mother via the unborn baby is much more influential on giving up smoking than other methods.

**Key words:** Pregnancy, Smoking, Giving up Smoking, Smoking Cessation Programs



## TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince benden bilgisini ve desteğini esirgemeyen, rehber edindiğim danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI'ya,

Cumhuriyet Üniversitesi Öğretim Üyeleri ve tez çalışmamın jüri üyeleri Sayın Doç. Dr. Yeltekin DEMİREL'e ve Yrd. Doç. Dr. Handan GÜLER'e,

Gösterdiği ilgi ve yardımlarından dolayı Samsun Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi Jinekoloji ve Doğum Polikliniği Hemşiresi Ayten KAYA'ya,

Tüm hayatım boyunca bana gösterdikleri sevgi, ilgi, sabır ve sonsuz desteklerinden dolayı değerli annem Hanife KETEN'e, babam Besim KETEN'e, kardeşlerim Ayşegül, Yasemin ve Mustafa'ya,

Her zaman olduğu gibi çalışmam boyunca da benden maddi manevi desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Ümit Hamdi ZABUN'a ve Filiz ÇAPAR'a,

Bu süreçte bana sabır gösteren ve motive eden tüm arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	v
TEŞEKKÜR .....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	xi
KISALTMALAR DİZİNİ .....	xii
I. GİRİŞ	
I.1. Problem Tanımı ve Önemi .....	1
I.2. Araştırmanın Amacı .....	7
II. GENEL BİLGİLER .....	8
II.1. Giriş .....	8
II.2. Nikotin. ....	8
II.3. Sigaranın Gebelikteki Etkileri.....	9
II.3.1. Perinatal Dönemde Sigaranın Fetüs Üzerine Olan Etkileri.....	9
II.3.1.1. Düşük Doğum Ağırlığı.....	9
II.3.1.2. Spontan Abortus.....	10
II.3.1.3. Plasental Problemler.....	10
II.3.1.4. Erken Membran Ruptürü(EMR).....	11
II.3.1.5. Konjenital Anomaliler.....	11
II.3.1.6. Perinatal Mortalite.....	11
II.3.2. Postnatal Dönemde Sigaranın Fetüs Üzerine Olan Etkileri.....	11
II.3.2.1. Ani Bebek Ölüm Sendromu(ABÖS).....	11
II.3.2.2. Solunum Yolu Hastalıkları.....	12
II.3.2.3. Davranışsal Problemler.....	12
II.3.2.4. Çocukluk Çağı Kanserleri.....	13
II.4. Gebelikte Sigaranın Bıraktırılmasının Önemi ve Bırakma Yöntemleri.....	13
II.5. Gebelikte Sigara Kullanımı ve Hemşirelik.....	17

III. YÖNTEM.....	19
III.1. Araştırmanın Tipi.....	19
III.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	19
III.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	19
III.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	21
III.4.1. Veri toplama Araçlarının Hazırlanması.....	21
III.4.2. Sigarayı Bıraktırma Programı.....	21
III.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	23
III.4.4. Sigarayı Bıraktırma Programının Uygulanması.....	23
III.4.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
IV. BULGULAR.....	26
V. TARTIŞMA.....	35
VI.SONUÇLAR.....	42
VII. ÖNERİLER.....	43
IX. KAYNAKLAR.....	44

## X. EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 2: Ön Değerlendirme Formu

EK 3: Fagesrtröm Nikotin Bağımlılık Testi Formu

EK 4: Kişisel Bilgi Formu

EK 5: Telefonla İzleme ve Değerlendirme Formu

EK 6: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Değerlendirme Şeması

EK 7: Sigaranın Gebelikteki Zararlı Etkilerinin Henüz Doğmamış Bebeğinden Anneye Yazılan Bir Mektup Şeklinde Anlatıldığı Broşür

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Gebelerin Bazı Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı.....	26
<b>Tablo 2.</b> Gebelerin Gebelik Haftası, Gebelik, Doğum, Düşük ve Yaşayan Çocuk Sayıları Ortalaması.....	27
<b>Tablo 3.</b> Gebelerin Bu Gebeliklerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	28
<b>Tablo 4.</b> Gebelerin Gebelik Öncesi ve Gebelik Sırasında Sigara İçme Durumuna İlişkin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı.....	29
<b>Tablo 5.</b> Gebelerin Sigarayı Bırakmaya Yönelik Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	30
<b>Tablo 6.</b> Gebelerin Eşlerinin Sigara İçme ve Yaşanılan Ortamda Sigara İçen Başka Birey Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....	31
<b>Tablo 7.</b> Gebelerin Sigarayı Bıraktırma Programı Sonrasında Sigara İçme Durumu ve Sigarayı Bırakan Gebelerin Doğum Sonrası Sigara İçmeyi Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı.....	32
<b>Tablo 8.</b> Gebelerin Sigarayı Bıraktırma Programının Etkisine İlişkin Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	33
<b>Tablo 9.</b> I. Grupta Yer Alan Gebelerin Eğitim Broşürünün Sigarayı Bırakma Davranışları Üzerindeki Etkisine İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı.....	34

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın evreni ve örneklemi.....	20
Şekil 2. Araştırmanın uygulama planı.....	24

## KISALTMALAR DİZİNİ

ABSÖ	Ani Bebek Ölüm Sendromu
ACOG	Amerikan Collage of Obtericians and Gynecologists
DDA	Düşük Doğum Ağırlığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EMR	Erken Membran Ruptürü
NRT	Nikotin Replasman Terapi
OYD	Okur Yazar Değil
SAT	Son Adet Tarihi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

## I. GİRİŞ

### 1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Sigara içimi, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan birçok ülkede yıllardır süren çok önemli bir sağlık sorunudur. Sigara alışkanlığı, bireylerin birbirlerini etkilemesiyle bir sosyal zehirlenme, ortaya çıkardığı tolerans hali, fizik ve psikolojik bağımlılık yapma özelliğiyle de bir psikolojik zehirlenme durumu ortaya çıkarmaktadır (Kesim, 2004). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sigara kullanımını “dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını” olarak tanımlamaktadır.

Sigara dumanı insanlarda ve hayvanlarda kansere neden olan en az 60 madde ve 4800 bileşeni içermektedir (Zelikoff, 2007). Sigara direkt ölümlerle sonlanmayan 50 kadar kronik hastalıkla ve yirmiye yakın ölümcül hastalıkla ilişkilidir ([www.ash.org.uk/ash\\_1u0ujf9c.htm](http://www.ash.org.uk/ash_1u0ujf9c.htm)) ve tüm akciğer kanserlerinin %90'ından sorumludur (DSÖ, 2008). Düzenli bir şekilde sigara içmeye başlayıp, içmeyi sürdürenlerin yarısı sigara nedeniyle yaşamlarını kaybetmektedir (Peto ve ark., 1994). Buna rağmen dünya genelinde erkeklerin %47'si, kadınların ise %12'si sigara içmektedir (Corrao ve ark., 2000).

On yedi milyon kişinin sigara tüketicisi olduğu ülkemizde de her yıl 100 bin kişi sigaraya bağlı gelişen hastalıklar nedeni ile hayatını kaybetmektedir (Toraks Derneği Tütün ve Sağlık Çalışma Grubu, 2005). Ülkemizde sigara tüketimi 1985-2000 döneminde %89 oranında artmıştır (Sezer, 2002). Dünya Bankası raporlarına göre 1990-1997 yılları arasında dünyada sigara içiminin en fazla olduğu ikinci ülke Endonezya'yı takiben Türkiye'dir (The World Bank, 1999). Emri ve ark.'nın 2002 yılında yaptığı çalışmada ülke genelinde sigara içme prevalansı erkeklerde %50.9, kadınlarda % 25.5 olarak bulunmuştur.

Gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında sigara tüketimi gittikçe artmaktadır. Dünya genelinde kadın içicilerin sayısı 200 milyon civarındadır ve 2025 yılında bu sayının üçe katlanacağı tahmin edilmektedir (Warren ve ark., 2000). Ülkemizde de 2000 yılındaki taramalarda erkeklerde sigara içme prevalansı %11 azalmışken özellikle genç kadınlarda artış olduğu saptanmıştır (Türk Kardiyoloji Derneği, 2000). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 yılı verilerine göre Türkiye'de kadınlarda sigara içme prevalansı %28'dir. Ülkemizde çeşitli bölgelerde yapılan çalışmalarda kadınlarda sigara

içme prevalansı; Elazığ'da %26.5 (Gülbayrak ve ark., 2004), Ankara'da %23.5 (Baykan ve ark., 2003), Doğu Karadeniz Bölgesi'nde %20.4 (Çan ve ark., 2007), Mardin'de %22.9 (Saka ve ark., 2008) olarak bulunmuştur. Bu veriler ülkemizde kadınlarda sigara içme oranının yüksek olduğunu göstermektedir.

Günümüzde sigara kullanımı kadın popülasyonda arttığı kadar gebelikte de gittikçe artmaktadır. Bu nedenle kadınlarda sigara içme alışkanlığı annelik fonksiyonu nedeniyle ayrı bir önem taşımaktadır. Gebenin sigara alışkanlığı yalnızca kendi sağlığını etkilemekle kalmayıp, doğacak bebeğin sağlığını da tehlikeye sokmaktadır (Semiz ve ark., 2006). Buna rağmen çocukları için her türlü fedakarlığı yapabilen anneler bile gebelik sürecinde sigara içme alışkanlıklarından vazgeçememektedirler (Boyacı ve ark., 2006). Kilby (1997), ABD üreme çağındaki yaklaşık 20 milyon kadının sigara içtiğini ve bunların %30'unun gebelikte de sigaraya devam ettiğini belirtmektedir. Dünyanın değişik bölgelerinde ise gebelerde sigara içme prevalansı; Avrupa, Güney Afrika ve Avustralya'da %20-45, Güney Amerika ve Kanada'da %20 (Windsor, 2001). Japonya'da %10.4 civarındadır (Suzuki ve ark., 2005).

Gebelikte sigara kullanımı dünyanın birçok bölgesinde olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur. Ancak ülkemizde gebelikte sigara içilmesine yönelik veriler yetersizdir. Türkiye'de TNSA(2003) verilerine göre kadınların %15'i gebelik döneminde, %20'si emzirme döneminde sigara içmektedir. Ülkemizde gebelikte sigara içimine yönelik yapılan bölgesel çalışmalarda gebelerde sigara içme prevalansı ise; Diyarbakır'da %20 (Saka ve ark., 2000), Ankara Gümüşdere'de %22.9 (Yeltekin ve ark., 2005), Sivas'ta %17 (Marakoğlu ve Sezer, 2003), Konya'da %7.3 (Marakoğlu ve Erdem, 2007), Sakarya'da %12.7 (Semiz ve ark., 2006) olarak saptanmıştır.

Gebelik boyunca sigara içme uterin ortamı etkileyerek fetal ölüm ve hastalık oranını artırmakta ve çocukta uzun süreli sağlık problemlerine neden olmaktadır (Cowperthwaite ve ark., 2007). Prematür doğum, intrauterin gelişme geriliği ve neonatal ölümler annenin sigara içmesiyle ilişkilidir (Luppi ve ark., 2006). Maloni ve ark. (2003), gebelikte sigara içmenin CO ve CO<sub>2</sub> seviyesinin yükselmesine, utero-plasental kan akımının azalmasına ve fetüsün oksijenlenmesi ve beslenmesinin bozulmasına neden olarak Düşük Doğum Ağırlığı (DDA) riskini sigara içmeyen annelere göre %20-30 oranında artırdığını belirtmektedirler. Aynı zamanda gebeliğinde sigara içen annelerin



bebeklerinde 2 kat daha fazla ani bebek ölüm sendromu (ABÖS) görülmektedir (Albrecht ve ark., 2004). Cnattingius ve ark. (2006), ağır sigara içicisi olan gebelerde ABÖS oranını %53, ölü doğum oranını %41 ve preterm doğum oranını %39 olarak saptamışlardır. Bununla birlikte oksijensiz bir ortamda fetüsün nörolojik gelişimi de etkilemektedir (Cowpertwaite ve ark., 2007). Annesi gebeliğinde sigara içen çocukların davranış bozuklukları riskinin artırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Fergusson ve ark., 2008; Martin ve ark., 2006).

Toyran (2005), birçok araştırmada anne karnında sigaraya maruz kalmanın konjenital anomalilere (orafasiyal yarıklar, düşük ayak, optik sinir hipoplazisi, omfalosel, gastroşizis, parmak sayı anomalileri, kriptorşitizm, hidrosefali ve mikrosefali) yol açtığının bildirildiğini belirtmektedir. Ayrıca plasenta previa, ablasyo plasenta gibi plasenta anomalileri, preterm eylem ve erken membran rüptürü sigara içen annelerde daha sık görülmektedir (Aktaş, 2006; Andres ve Day, 2000; Cnattingius ve ark., 2006). Annesi sigara içen bebekler ilk bir yaşta içmeyenlere göre bronşit ve pnömoni gibi alt solunum yolu enfeksiyonlarına daha fazla yakalanmaktadır (Yılmaz ve Yurdakök, 2003). Ayrıca sigara içen annelerin bebeklerine anne sütü verebilme süreleri içmeyenlerden daha kısadır (Toyran, 2005). Zelikof (2007), birçok çalışmanın yaşamın ilerleyen yıllarında görülen astım, solunum sistemi hastalıkları, çocukluk çağı kanserleri, tip 2 diabet, obezite ve hipertansiyonun annenin gebelikte sigara içmesiyle ilişkisini ortaya koyduğunu belirtmektedir.

Gebelikte sigara içilmesi anne bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı sağlıklı kuşakların yetişmesini engelleyen önemli bir sağlık sorunudur. Bu tür bağımlılık yapıcı kolay ulaşılabilen ve kullanım yaygınlığı yüksek olan bu teratojen etken hakkında topluma bilgi verecek eğitim programlarına ağırlık verilmesi önemli bir konudur. Sağlıklı kuşakların yetişmesi ancak gebelik sürecinin sağlıklı geçirilmesi ve bilinen risklerden kaçınmakla mümkündür (Semiz ve ark., 2006). Sigarayla mücadelede asıl başarı, sigaraya başlanmasının engellenmesi ile sağlanacaktır. Asıl hedef kadınların hayatlarının hiçbir döneminde sigara içmemeleridir. Ancak bu şekilde sigaranın yaşamları üzerindeki ve gebelikteki olumsuz etkilerinden korunmuş olacaklardır. Ancak hem ülkemizde hem de dünya genelinde kadınlardaki sigara içme oranı artış göstermektedir. Bu nedenle kadınların gebe kalmadan önce sigarayı bırakmaları bu da

mümkün değilse en erken gebelik döneminde bırakmaları sigaranın zararlarının azaltılmasında önem taşımaktadır (Bilir, 2005).

Brenner ve Mielck (1993) gebelik öğrenildiği zaman kadınların %18-27'sinin kendiliğinden sigarayı bıraktığı, %27-36'sının ise sigara içmeyi azalttığını belirtmektedir. Kavaklı ve Yıldız'ın (1994) çalışmalarında, sigara içen annelerin %51.4'ü gebelik süresince sigara içmeye devam etmiş, ancak %48.6'sı sigarayı bırakmıştır. Sigarayı bırakanların fetüse olan zararlarından dolayı bıraktıkları, içmeye devam edenlerin ise bağımlılık nedeniyle bırakamadıkları görülmüştür. Yeltekin ve ark. (2005) ise gebelikten önce sigara içen kadınların %57.5'inin gebelikte de sigaraya devam ettiklerini saptamıştır. Marakoğlu ve Erdem'in (2007) Konya'da yaptıkları çalışmada sigarayı bırakan kadınların %48.2 si, Marakoğlu ve Sezer'in (2003) Sivas'taki çalışmalarında ise sigarayı bırakan kadınların %46'sı gebelik döneminde bırakmıştır. Gebelik döneminde sigarayı bırakanların %84'ü bebeğe zararı olacağından dolayı bıraktıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca her iki çalışmada da gebelikte sigaraya devam edenlerin sigarayı bırakma konusunda bir hekim veya hemşireden yeterli bırakma tavsiyesi almadıkları belirtilmektedir.

Gebelerde fetüse zararları nedeniyle bazı ilaçlar kullanılmamaktadır. Gebe sigara içtiğinde sigaranın içindeki karbonmonoksit, kronik fetal hipoksiye, nikotin plasentada vazokonstrüksiyona sebep olmakta ve sonuç olarak fetal gelişimi bozmaktadır. Bu nedenle gebelikte sigarayı bıraktırmada seçilecek tedavinin bu riskleri daha da artırmaması gerekmektedir (Öztuna, 2008). Bu dönemde sigaranın fetüse olan zararları hakkında bilgi verme, tartışma, görsel materyal sağlama, rehber kullanımı, sosyal destek sağlama, problem çözme becerisi kazandırma ve gevşeme tekniklerini öğretme gibi eğitimsel ve davranışsal müdahalelerle başarı oranları yüksektir (Borges, 2005; Buchanon, 2002; Gebaur ve ark., 1998; Kilby 1997; Maloni ve ark., 2003; Pletsch ve Morgan, 2002; Scheibmeir ve Connell, 1997; Windsor ve ark., 1993). Bu dönemde kadınların her zamankinden daha çok desteğe ihtiyaçları vardır. Bu nedenle sigarayı bırakmak için en fazla hemşirelik müdahalesine gereksinim duyan grup gebelerdir. Perinatal periyot boyunca hemşireler gebeyle sürekli iletişim halindedir. Bu dönem gebelerde sigarayı bırakmayı değerlendirmek, müdahalede bulunmak ve destek sağlamak için önemli bir fırsattır (Kilby, 1997; Semiz ve ark., 2006). Sağlık personeli bu dönemi

iyi değerlendirmelidir. Ne yazıkki sigara içen kadınların büyük bir kısmı gebelikte yeterli desteği almadıkları için sigaraya devam etmekte, bırakanların birçoğu ise doğumdan sonra tekrar başlamaktaadır. Röske ve ark. (2005), gebeliğinde sigarayı bırakan kadınların yarısının doğumdan sonraki ilk 6 ayda, %80'inin ise 12 ay içinde tekrar içmeye başladığını belirtmektedirler. Bu nedenle sağlık personelinin doğumdan önce gebeye kendi ve fetüs sağlığı için sigarayı bırakma konusunda motivasyon ve destek sağlaması önemlidir.

Gebelikte sigarayı bıraktırmak için uygulanan yöntemler ise çeşitlidir ve başarı oranları değişkendir. Albrecht ve ark. (2004), gebeliğe özel sigarayı bıraktırma programlarıyla bırakma oranının %30-70 artacağından bahsetmektedirler. Pletsch ve Morgan (2002), gebe ve onun ailesine yönelik, ikişer hafta arayla hemşire tarafından gebenin evine yapılan iki ziyaret ve gebelik boyunca ayda bir yapılan telefon görüşmelerinden oluşan bir sigarayı bıraktırma programından bahsetmektedirler. Gebenin ve ailesinin sigara içme durumunun değerlendirildiği, sigaranın zararlarının anlatıldığı, sigaranın kadın ve fetüsün sağlığına olan zararlarını içeren bir broşürün verildiği, video kliplerle annenin bilgilendirildiği ve desteklendiği bu programla bırakma oranlarının yükseleceğini belirtmektedirler. Scheibmeir ve ark. (1997) ise sözlü ve yazılı materyalden oluşan eğitimsel müdahaleyle %3-43 oranında bırakma sağlanacağını ve nikotinin bağımlılık yapıcı etkisinin iyi bir eğitimsel müdahaleyle nötrale edilebileceğini vurgulamaktadırlar.

Borges (2005), gebelerin sigarayı bırakmalarında kendi kendine yardım kılavuzu ve kısa müdahalelerin kliniklerdeki rutin tavsiyelerden daha etkili olduğunu belirtmektedir. Sigaranın zararlarının, bırakma stratejileri ve bırakmanın yararlarının anlatıldığı 12 şer dakikalık 4 oturum ve sigaranın gebelikteki riskleri ve kendi kendine bırakma stratejilerini anlatan broşürün verildiği kısa danışmanlık ve davranışsal müdahaleyi kullandığı çalışmasında deney grubunda bırakma oranını %33.3, kontrol grubunda ise %8.3 olarak saptamıştır.

Gebaur ve ark. (1998) tarafından; gebelere öncelikle sigarayı bırakmalarının tavsiye edildiği ardından sigarayı bırakmaya yönelik bir rehberin verildiği sigarayı bıraktırma programında 6–12 hafta sonra yapılan değerlendirmede sigarayı bırakma oranı deney grubunda %15.5 iken kontrol grubunda bırakan olmamıştır. Buchanan (2002) ise;

nikotin hakkında bilgi verme, gevşeme teknikleri, sosyal destek, sigarayla ilişkili stresörlere karşı problem çözme becerisi kazandırmayı içeren en az 10 dakika süren telefon görüşmelerinden oluşan danışmanlık ve eğitim programında bırakma oranını %82 olarak bulmuştur. Aynı çalışmada doğumdan iki hafta sonra sigaraya devam etme oranı ise deney grubunda %20, kontrol grubunda %39 bulunmuştur.

Kendrick ve ark. (1995), üç aşamada yürüttükleri kısa süreli danışmanlık ve eğitimsel programın değişik şekillerde uygulandığı çalışmalarında, deney gruplarında bırakma oranını %13.0, kontrol grubunda %9.5 olarak bulmuşlardır. Benzer şekilde Windsor ve ark.'nın (1993), 10 dakikalık danışmanlık ve sağlık eğitimini denedikleri çalışmalarında bırakma oranı deney grubunda %14.3, kontrol grubunda %8.5 bulunmuştur.

Yapılan çalışmalar gebelikte uygulanan sigarayı bıraktırma programları ile sigarayı bırakma oranının yükseldiğini göstermektedir. Gebelerin sigarayı bırakmalarında ki en önemli ise faktör sigaranın fetüse olan zararlarıdır. Albrecht ve Caruthers (2002), sigara içen adölesan gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada, gebelerin %88'i sigaranın fetüse olan zararlarından dolayı, %79'u yeni doğanın gelişimi üzerindeki olumsuz etkisinden dolayı sigarayı bıraktıklarını ifade etmişlerdir. Cnattingius ve ark. da (2006) ilk gebeliğinde sigara içen ve gebeliği ABÖS, ölü doğum, preterm doğum gibi komplikasyonlarla sonuçlanan kadınlarda ikinci gebelikte sigarayı bırakma oranının daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Gebelik kadın hayatında bir dönüm noktasıdır ve gebeliğin en önemli görevlerinden biri kadının fetüsün yararı için kendi isteklerinden fedakârlık yapmayı öğrenmesidir (Taşkın, 2003). Gebeliğin başlangıcında karışık duygular yaşayan kadın gebelik ilerledikçe mutluluk hisseder ve fetüse odaklanır. Anne adayları bebeğine karşı oldukça duyarlıdır, sağlıklı bir bebek dünyaya getirebilmek için neler yapması gerektiğini düşünür ve ona zarar vermemek için kendine çok dikkat eder (Efe, 2006; Taşkın, 2003). Bu nedenle annenin kendini bebeğine karşı sorumlu hissettiği bu duygusal dönemde onun içtiği sigarayla bebeğine zarar verdiğini bilmesi sigarayı bırakmasında ki en önemli motivasyon olabilir. Annenin bebeğinin sağlığına oldukça duyarlı olduğu bu duygusal dönemde sigaranın fetüs üzerindeki zararlı etkilerinin, fetüsün kendi ifadeleriyle ona iletilmesinin kadın üzerinde daha yoğun bir etki bırakabileceği düşünülmektedir. Bu

nedenle çalışmada kısa süreli danışmanlık ve sigaranın hem fetüse hem de anneye olan zararlarının fetüs tarafından anneye gönderilen bir mektupla anlatılarak annenin sigarayı bırakma konusunda bebeğinden ona gelen bu çağrıyla etkilenmesi ve böylece gebelik süresince ve sonrasında sigarayı bırakması amaçlanmaktadır.

## **I.2. Araştırmanın Amacı**

Bu alışma bir sigara bıraktırma programının gebelerin sigarayı bırakma davranışları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

## **II. GENEL BİLGİLER**

### **II.1. Giriş**

Sigara içme, uzun yıllardan beri zevk verici bir alışkanlık olarak toplumda kabul görmüş, ancak sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin ortaya çıkmasıyla birlikte dikkat çekmeye başlamıştır (Dabak, 2004). Günümüzde sık görülen ölümcül hastalıkların önlenebilir nedenleri arasında ilk sırada yer almakta ve dünyada her yıl yaklaşık 4.9 milyon kişi sigaraya bağlı bir nedenle yaşamını yitirmektedir. Gerekli önlemler alınmazsa 2020 yılında bu rakamın ikiye katlanacağı ve ölümlerin %70'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir (DSÖ, 2006). Geçtiğimiz yüzyılın sonunda yaşları 35–69 arasında olan insan ölümlerinin %30'unun, 69 yaş üzerindeki insan ölümlerinin ise %14'ünün sigara içimine bağlı geliştiği düşünülmektedir (Peto ve ark., 1992). DSÖ (2004) verilerine göre 2030 yılında sigaraya bağlı ölümlerin 8.3 milyona ulaşacağı ve bununla tüm ölümlerin %10'nunu oluşturacağı tahmin edilmektedir.

Sigara tüketiminin ve sigara dumanına maruz kalmanın ölüme, hastalıklara ve sakatlıklara neden olduğu, yüksek düzeyde bağımlılık yapan tütün ürünlerinin farmakolojik olarak aktif, zehirli ve kanserojen olduğu bilimsel bir gerçektir (Ergüder, 2008). Günümüzde sigaranın içerdiği kimyasal maddelerin çok az bir bölümünün etkileri incelenebilmiştir ve ne yazık ki bu maddelerin önemli bir kısmı plasentayı geçerek fetüsü etkilemektedir (Martin ve ark., 2006).

### **II.2. Nikotin**

Sigara içerisindeki en önemli maddelerden biri nikotin isimli alkaloiddir (Uğur, 2008). Nikotin renksiz, uçucu bir sıvıdır. Suda erir ancak lipofilik karakterdedir, mukozadan ve deriden absorbe olur ve yarı ömrü 2 saattir. (Kesim, 2004). Nikotin emildikten sonra dolaşıma karışır ve değişik dokulara ulaşır. Beyine 10–19 saniyede ulaşır. Nikotinik reseptörlerin nikotinle aktivasyonu asetilkolin, noradrenalin, dopamin, serotonin, beta-endorfin ve gamma-aminobütirik asit gibi çeşitli nörotransmitterlerin salınmasını kolaylaştırır (Uğur 2008). Nikotin psikostimülandır. Sigara içmenin en önemli nedeni santral sinir sistemindeki psijik etkileridir. Nikotin kalp hızında artış meydana getirir. Doza bağımlı olarak taşikardi ile birlikte aritmi yapar. Damarlarda vazokontrüksiyona yol açarak kan basıncını yükseltir (Kesim, 2004). Sigara içimi sonrası plazma nikotin

konsantrasyonu 15-30ng/ml'ye ulaşır. Nikotin kan plazma proteinlerine %5'den az bağlanır ve kan beyin bariyerine, plasentaya ve anne sütüne önemli miktarda geçer (Öztuna, 2007). Plasentadan çok hızlı bir şekilde fetal dolaşıma difüze edilir ve fetal serumda anne serumundan daha yüksek oranda bulunabilir (Sherman ve ark., 2002). Nikotin, vazokonstüktör etkisi ile plasenta damarlarını daraltıp plasental kan akımını azaltırken, kabonmonoksitte kanın oksijen taşıma kapasitesini azaltır. Bu durumlar, bebeğin zihinsel ve emosyonel gelişimini geciktirir (Kesim, 2004).

### **II.3. Sigaranın Gebelikteki Etkileri**

Sigara dünya üzerinde görülen en yaygın madde bağımlılığıdır. Bağımlılık yapan diğer maddelerden farklı olarak sigara dumanı ortamda bulunan canlıları da etkileyebilmektedir. Bu tehdidin çok özel bir şekli, anne karnındaki bebeğin plasenta aracılığı ile annenin içtiği sigara kaynaklı zararlı maddelere maruz kalmasıdır (Toyran, 2005). Annenin sigara içmesi fetus açısından oldukça tehlikeli sonuçlara yol açmaktadır (Kesim, 2004). Gebelikte sigara kullanımı gebelikte ilişkili mortalite ve morbidite için önlenemez bir risk faktörüdür (Marakoğlu ve Sezer, 2003; Semiz ve ark., 2006). Gebelikte sigara içilmesi veya ortamdaki sigara dumanının solunması, fertilitiyi, fetusun gelişmesini, gebeliğin her safhasını, doğumu, bebek sağlığını ve gelişimini etkilemektedir (www.med.umich.edu).

#### **II.3.1. Perinatal Dönemde Sigaranın Fetüs Üzerine Olan Etkileri**

**II.3.1.1. Düşük Doğum Ağırlığı (DDA):** Gebelikte sigara kullanımı öncelikle plasentayı etkileyerek fetüsün intrauterin gelişimini engellemekte ve DDA bebekler dünyaya gelmektedir (Kırımı ve Pençe, 1999). Gelişmekte olan ülkelerdeki intrauterin gelişme geriliği vakalarının %40'ı sigara içimine bağlıdır. Sigara içen annelerin bebeklerindeki fetal gelişme geriliği, nikotinin vazokonstrüktif etkisi ile utero-plasental dolaşımdaki azalma sonucu gelişmektedir (Mochizuki ve ark., 1985). Sigara içen gebelerde intrauterin gelişme geriliği sıklığı 2.2 – 4.2 arasında artmaktadır (Kökçü ve Çetinkaya, 2004). Annenin sigara içmesinin doğum ağırlığının beklenenden yaklaşık 100-377 gram daha az olmasına neden olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Aktaş, 2006; Alp ve ark., 1994; Demirkaya, 2004; Kavaklı ve Yıldız, 1994; Marakoğlu ve Sezer, 2003; Wang ve

ark., 2002). Ayrıca kendisi sigara içmediği halde çevresel sigara dumanına (ÇSD) maruz kalan gebelerin çocuklarında ortalama doğum ağırlığını 88 gram kadar azalmaktadır (Hruba ve Kachlik, 2000). Ülkemizde TNSA (2003) verilerine göre DDA bebek doğurma oranı %11'dir. Annenin sigara içmesiyle düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski 2 katına çıkmaktadır (Aktaş, 2006; Kökçü ve Çetinkaya, 2004). Kilby (1997), günde 10 sigara içen kadınlarda DDA bebek doğurma riskinin %70, günde 20 sigara içenlerde ise %170 arttığını belirtmektedir. Bu risk gebeliğin 16. haftasından önce sigarayı bırakmakla ortadan kaldırılabilen ve 30. haftasından önce bırakmayla azaltılabilmektedir (Centers for Disease Control, 1990). Ayrıca sigara içen annelerin bebelerinin boy ve baş çevresi ölçümlerinin azaldığını gösteren çalışmalar vardır (Aktaş, 2006; Demirkaya, 2004; Kukla ve ark., 1999).

**II.3.1.2. Spontan Abortus:** Sigara içen gebelerde spontan abortus riski artmış olup %1.1 – %1.8 arasında seyretmektedir (Atasü, 2000). Luppi ve ark. (2006), sigara içmenin annenin bağışıklık sisteminde meydana getirdiği değişikliklerin gebelik döneminde devam ettiğini ve bu değişikliklerin desidual vaskularizasyon ve plasental gelişmeyi olumsuz etkilediğinden sigara içen gebelerde spontan abortus riskinin arttığını ifade etmektedirler.

**II.3.1.3. Plasental Problemler:** Sigara içimi bir kadının plasental problemlerle karşılaşma riskini yaklaşık olarak ikiye katlamaktadır (Andres ve Day 2000). Sigara içen gebelerde uzun hipoksi sonucu plasenta hipertrofi meydana gelmekte ve implantasyon uterusun daha alt segmentlerinde olmaktadır (Atasü, 2000). Sigara içen gebelerde plasenta previa riski 1.5–3 dekolman plasenta riski de 1.4–2.4 kat artmaktadır (Bilir, 2005). Aktaş (2006), gebelikte sigara içmenin anne ve bebek sağlığına etkilerini araştırdığı çalışmada plasenta previa görülme oranını sigara içen grupta %5.8 içmeyen grupta % 1.8 olarak saptamıştır. Şahin ve ark.(2001) ise sigara içen grupta dekolman plasenta oranını % 5.1 içmeyen grupta ise %2.8 olarak bulmuşlardır. Naeye (1980), fetal ölümlerin yarısına yakınından dekolman plasentanın ve üçte birinden de plasenta previanın sorumlu olduğunu belirtmektedir.



**II.3.1.4. Erken Membran Ruptürü (EMR) ve Erken Doğum:** Gebelikte sigara içimi EMR riskini artırmaktadır (Alp ve ark., 1994, Naeye, 1980; Turan ve ark.,1995). EMR görülme sıklığı sigara içen gebelerde 3 kat daha fazladır (Kökçü ve Çetinkaya, 2004). Pek çok erken doğum ise erken membran ruptürü sonucu meydana gelmektedir. Sigara içen kadınlarda erken doğum riski 1.4 – 1.8 kat artmaktadır (Atasü, 2000). Aktaş (2006) EMR görülme oranını sigara içen gebelerde %25, içmeyenlerde %4.5, erken doğum oranını da sigara içen grupta %21.2 içmeyen grupta ise %1.8 olarak bulmuştur.

**II.3.1.5. Konjenital Anomaliler:** Uğur (2008), gebelikte sigara içmenin gelişen fetal hücrelerin sayısına ve kalitesine etki ettiğini, nikotin ve diğer maddelerin etkisiyle DNA sentezinin azaldığını ve hücrelerin çoğalmasında bir yavaşlama olduğunu belirtmektedir. Bazı çalışmalar gebelikte sigara kullanımının yarık damak-dudak gibi bazı doğum defektlerinin artmasına neden olduğunu göstermektedir (Little ve ark., 2004; Meyer ve ark., 2004). Ayrıca Akıcı (2008), pasif içiciliğinde çocuklarda DNA hasarına yol açtığını saptamıştır.

**II.3.1.6. Perinatal Mortalite:** Gebelik boyunca sigara içmek uterin ortamı etkileyerek fetal ölüm riskini artırmaktadır (Cowperthwaite, 2007). Kökçü ve Çetinkaya (2004), perinatal mortalite oranının günde bir paketten az sigara içenlerde %20, günde bir paket ve daha fazla içenlerde %35'e kadar yükseldiğini, intrauterin fetal ölümlerin sigara içenlerde 2 kat daha fazla görüldüğünü belirtmektedir. Ayrıca annenin sigara içmesi erken neonatal ölüm riskini de önemli derecede artırmaktadır (Cnattingius, 2004).

## **II.3.2. Postnatal Dönemde Sigaranın Fetüs Üzerine Olan Etkileri**

**II.3.2.1. Ani Bebek Ölüm Sendromu(ABÖS):** Gebelik boyunca sigara içmek ABÖS için en büyük risk faktörüdür (Gordon ve ark., 2002; Sherman ve ark., 2002). Annenin gebelik boyunca sigara içmesi ABÖS riskini 2 - 4 kat artırmaktadır (Sherman ve ark., 2002). Gordon ve ark. (2002), bebeğin sigara içen anneyle aynı yatağı paylaşmasının, yüz yüze teması sonucu annenin nazal florasındaki fırsatçı patojenlerin bebeğe geçmesinin, sigaranın içerdiği maddelere bağlı olarak bebeğin mukozal yüzeylerinde

bakteri kolonizasyonunun artmasının ve yetersiz immün yanıtın ABÖS etiyojisinde önemli rol oynadığını belirtmektedir.

**II.3.2.2. Solunum Yolu Hastalıkları:** Bebeklerde solunum yolu enfeksiyonlarının daha fazla görülmesinin sebebi bebeklerin akciğerlerinin hızlı büyüme ve gelişmeye uğraması ve olaylardan daha fazla etkilenmesidir. Gebelikte annenin sigara içmesi, fetüste bir yandan hava yollarının küçük ve dar olmasına yol açarken, diğer yandan DDA ve erken doğuma neden olarak hava yollarının olgunlaşmasını engellemektedir (Keskinoglu ve Aksakoğlu, 2007). Toyran (2005) annesi gebeliğinde sigara içen çocuklarda Ig E düzeylerinin yükseldiğini ve buna bağlı olarak bu çocuklarda alerjik astım riskinin daha fazla olduğunu belirtmektedir. Bunların dışında gebelikte sigara içimi ile arttığı bildirilen diğer sorunlar efüzyonlu ve reküren otitis media, invazif meningokokal hastalık ve kraniyosinostozistir (Toyran, 2005).

**II.3.2.3. Davranışsal problemler:** Annenin gebelikte sigara içmesinin ileri çocukluk döneminde sosyal yaşamda problemler, dikkat bozukluğu ve davranış bozuklukları riskini artırdığını gösteren çalışmalar vardır (Fergusson ve ark., 2008; Martin ve ark., 2006). Toyran (2005) annesi gebeliğinde sigara içen çocuklarda suç işleme eğiliminin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar olduğunu belirtmektedir. Fergusson ve ark. (2008), annesi gebeliğinde sigara içen adölesanlarda davranış bozukluğu, nikotin bağımlılığı, yasadışı ilaç kullanımı, anksiyete ve depresyon görülme oranının yüksek olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca gebeliğinde bir paket ve daha fazla sigara içen annelerin çocuklarında psikolojik semptomların içmeyenlere göre 2 kat daha fazla görüldüğünü saptamışlardır. Martin ve ark. (2006), annesi gebeliğinde sigara içen çocukların fetal dönemde değişik uyaranlara karşı daha çok strese girdiklerini, okul çağına geldiklerinde dikkatleri çabuk dağılan, daha çok negatif duygular yaşayan, olaylara daha fazla duygusal tepkiler veren, oryantasyon sorunları olan ve okul başarıları düşük olan çocuklar olduklarını bulmuşlardır. Bunların yanısıra Demirkaya (2004), prematür ve DDA bebeklerin yenidoğan periyodu boyunca serebral palsi, mental retardasyon ve öğrenme güçlüğü gibi hayat boyu etkilenebilecekleri ciddi sağlık problemleri yaşayabileceklerini belirtmektedir.

Kavaklı ve Yıldız (1994) ise çalışmalarında gebeliğinde sigara içen annelerin bebeklerinde iştahsızlık, korku, parmak emme, bağırma, uykusuzluk ve enüresiz gibi davranışların daha fazla görüldüğünü bulmuşlardır.

**II.3.2.4. Çocukluk Çağı Kanseri:** Sigara dumanında bulunan ve fetüs üzerinde toksik etkileri olan kimyasal maddelerin başlıcaları; arsenik, kurşun, kadmiyum, nikel, N-nitrozaminler, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, aromatik aminler, hidrojen syanid, amonyak, N-heterosiklik aminler, hekzavalan krom, volatil hidrokarbonlar ve aldehitlerdir. Bu maddelerin birçoğunun kanserojen olduğu bilinmektedir (Dempsey ve Benowitz, 2001). Kesim (2004), sigara içen annelerin çocuklarında konjenital hastalıklara ve çocukluk dönemi kanserlerine 3 kat fazla rastlandığını ve sigara içiminin özellikle rabdomyosarkom ve beyin tümörleri ile ilişkili olduğunu belirtmektedir.

Bunların dışında sigara kullanımı anne sütünü ve vitamin C miktarını azaltmaktadır (Kublay ve ark., 2008). Annesi gebeliğinde ve emzirme döneminde sigara içen bebeklerde infantil kolik annesi sigara içmeyenlere oranla daha fazla görülmektedir (Sendergaad ve ark., 2001). Ayrıca anne karnında sigaraya maruz kalmak çocukluk çağında obezite riskini artırmaktadır (Toschke ve ark., 2002).

#### **II.4. Gebelikte Sigaranın Bıraktırılmasının Önemi ve Bırakma Yöntemleri**

Sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin bilinmesine karşın, dünya genelinde kadınlar arasında sigara kullanımı gittikçe artmaktadır. DSÖ verilerine göre erkeklerin %47'si kadınların %12'si sigara içmektedir. Türkiye'de erkeklerin %63'ü, kadınların ise %24'ü sigara içmektedir (PIAR 1988). TNSA (2003) verilerine göre Türkiye'de kadınlarda sigara içme prevalansı %28 olup lise ve üzeri eğitilmiş kişilerde ise bu oran %44'e çıkmaktadır.

Bir toplumda kadın popülasyonda sigara tüketiminin artması sigaradan kaynaklanan gebelikte ilgili risklerin de artmasına neden olmaktadır. Sigara öylesine büyük bir halk sağlığı sorunudur ki, çocukları için her türlü fedakarlığı yapabilen anneler bile gebelik sürecinde sigara içme alışkanlıklarından vazgeçememektedirler (Bozacı ve ark., 2006). Tappin ve ark. (1997), gebeliğin ilk üç ayında sigara içme oranını %31.3, son

üç ayında ise %27.7 olarak bulmuşlardır. Türkiye’de TNSA (2003) verilerine göre kadınların %15’i gebelik döneminde, %20’si emzirme döneminde sigara içmektedir.

Gebelikte sigara kullanımı anne ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı sağlıklı kuşakların yetişmesini engelleyen bir sağlık sorunudur (Doğu ve Ergin, 2008; Semiz ve ark., 2006). Çevresel etkenler arasında yer alan sigara, toplumda kullanım sıklığının yüksekliği ve bilinen teratojenler arasında yer alması nedeniyle öncelikle mücadele edilecek ajanların başında gelmektedir (Semiz ve ark., 2006). Gebelikte sigarayı kesmeye yardım edecek etkin programların geliştirilmesi toplum sağlığında öncelikle üzerinde durulması gereken bir konudur (Dempsey ve ark., 2002). İdeal bir sigarayı bırakma programının ise prekonsepsiyonel bakımla başlaması gerekmektedir. Bununla birlikte erken gebelikte sigaranın bırakılması programları da sigaranın zararlarının azaltılmasında önem taşımaktadır. Sağlık personeli gebeliği sigarayı bırakma yoluyla anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkilerinden dolayı bir fırsat olarak değerlendirmelidirler.

Sigara vazgeçilebilir bir alışkanlıktır (Uzaslan, 2003). Nikotin bağımlılığı bir hastalıktır. Kalıtsal değildir ve sigara içimi gibi kötü bir alışkanlıkla sonradan oluşan önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (Tür, 2004). Sigara bağımlılığı, sıklıkla tekrarlayan girişimler gerektiren kronik bir durumdur. Birçok içici başarıya kadar birçok denemeye ihtiyaç duymaktadır (Karlıkaya ve ark., 2006). Sigara bırakma tedavisinin ilk basamağı hastayı sigarayı bırakması konusunda motive etmek, bilgilendirmek ve desteklemektir (Şahbaz ve Kılınç, 2005). Sigaraya karşı alınan önlemler ve eğitim programları sonucu, Amerika’da 36 milyon, Fransa’da 8 milyon ve İsviçre’de 1 milyon kişi sigarayı bırakmıştır (Uzaslan, 2003). Sigara içenlerin bu zararlı alışkanlığı bırakması için uygulanan programlarda “farmakolojik” ve “farmakolojik olmayan” olmak üzere iki yöntem bulunmaktadır. Farmakolojik yöntemler nikotin replasman tedavi ve antidepresan tedavidir (Tür, 2004). Farmakolojik olmayan tedavi ise bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla motivasyondan oluşan destek tedavisidir. Her iki yöntem de tek başına etkili olup, iki yöntem birlikte uygulandığı zaman bırakma oranlarını artırmaktadır (Karlıkaya ve ark., 2006).

Gebelerde fetüse zararları nedeniyle bazı ilaçlar kullanılmamaktadır. Nikotin Replasman Tedavi (NRT) gebe olmayan içicilerde sigarayı bırakmada oldukça etkilidir

(Örsel ve ark., 2005; Solak ve ark., 2003; Şahbaz ve ark., 2007). NRT'nin gebelikte kullanılması tartışmalı bir konudur ve fetüse olan etkileri tam olarak bilinmemektedir (Kilby, 1997). Bir çalışmada NRT kullanan annelerin bebeklerinde sigara içmeye devam edenlere oranla daha az doğumsal anomali görüldüğü bulunmuştur (Einnarson, 2006). Haug (1995), gebeliğinde günde 20 ve daha fazla sigara içen kadınlarda sigaraya devam etmenin zararlarını önlemek için NRT kullanılmasının daha yararlı olduğunu bildiren çalışmalar olduğunu belirtmektedir. Einnarson (2006) gebelikte sigarayı kesmede günlük içtikleri sigara sayısını azaltamayan kadınlarda NRT alternatif olabileceğini belirtmektedir. Fakat gebeler üzerinde yapılan çalışmalar henüz yeterli ve güvenilir değildir (Dempsey ve ark., 2002). Sigara bırakmada kullanılan NRT fetüse zarar verebilmektedir (Dempsey ve Benowitz, 2001). Bunun yanı sıra gebelikte sigarayı bıraktırmak için, farmakolojik bir yöntem olan Bupropion tedavisi de (antidepresan tedavi) kullanılmamalıdır (Lumley ve ark., 2004). Bu nedenle günlük içtikleri sigara sayısını kesmek ya da azaltmak için gebelere destek verilmesi daha güvenilir bir yoldur (Einnarson, 2006).

Gebelikte sigarayı bıraktırmak için kullanılan müdahaleler genel olarak şunları içermektedir:

- Sigara içme durumunun değerlendirilmesi,
- Bırakmak için tavsiyede bulunma,
- Annenin sigara içmesinin fetüs ve yeni doğanın sağlığı üzerindeki zararları ve bırakmasının getireceği yararlar konusunda anneye bilgi verme,
- Fetüsün sağlığıyla ilgili geribildirim verme,
- Annenin bilişsel, davranışsal sigarayı bırakma müdahalelerini öğrenmesidir (Albrech ve ark., 2004; Lumley ve ark., 2004; Maloni ve ark., 2003).

Bunların yanı sıra stres yönetim metotları, kas gevşeme egzersizleri, derin soluk alıp verme egzersizleri, sağlıklı beslenme, sosyal destek sağlama da sigarayı bırakmada anneye yardımcı tekniklerdir. Gebeliğe özel eğitim materyalleri geliştirme ve sosyal destek sağlama sigarayı bırakmada başarı sağlamaktadır (Buchanan, 2002). Sigarayı bırakma oranlarının sağlık eğitimiyle %10-14, özel prenatal bakımla %22-25 olduğu belirtilmektedir (O'Campo ve ark., 1992; Windsor, 1985, 1993). Prenatal ziyaretlerde 3-

5 dakikalık kısa danışmanlık vererek ve ek olarak yazılı materyallerle bırakma oranının %30–70 artırılabilir (ACOG, 2000; Lumley ve ark., 2005).

Gebelikte sigarayı bıraktırmak için uygulanan yöntemler çeşitlidir ve başarı oranları değişkendir. Rigotti ve ark.'nın (2006) yürüttüğü bir çalışmada, gebelerin gebelik boyunca 4 ve doğumdan 2 ay sonra 1 kez telefonla aranarak toplam 68 dakikalık bilişsel davranışsal müdahaleyi ve motivasyonu içeren bir sigarayı bırakma programında bırakma oranı deney grubunda %19, kontrol grubunda %7 olarak bulunmuştur. Rigotti ve ark., prenatal ziyaretlerde verilecek danışmanlığın daha iyi sonuçlar doğuracağını ifade etmektedirler. Bunun yanı sıra gebeler için geliştirilecek ücretsiz telefon hatlarıyla da danışmanlık verilerek sigarayı bıraktırmada başarı sağlanacağını belirtmektedirler.

Gebaur ve ark.'nın (1998) yürüttüğü; gebelere öncelikle sigarayı bırakmalarının tavsiye edildiği, ardından sigarayı bırakmalarına yönelik 10 günlük bir plan içeren rehberin verildiği ardından 7–10 gün sonra deney grubundaki katılımcıların çağrılarak bırakma konusundaki engellerin konuşulduğu hemşire yönetiminde olan bir sigarayı bırakma programında 6–12 hafta sonra yapılan değerlendirmede sigarayı bırakma oranı deney grubunda %15.5 iken kontrol grubunda bırakan olmamıştır.

Borges (2005), gebelerde kısa danışmanlık ve davranışsal müdahalenin bırakma üzerindeki etkisini değerlendirdiği çalışmasında, deney grubundaki katılımcılara sigaranın zararlarını, bırakmanın fetüse sağlayacağı yararları, bırakma stratejilerini, engelleri ve bunlarla nasıl başa çıkacağını anlatıldığı ve yoğun bir şekilde bırakmanın tavsiye edildiği toplam 12 şer dakikalık 4 oturum ve sigaranın gebelikteki riskleri ve kendi kendine bırakma stratejilerini anlatan broşürün verildiği kısa danışmanlık ve davranışsal müdahaleyi içeren bir program uygulamıştır ve bırakma oranlarını deney grubunda %33.3 kontrol grubunda ise %8.3 olarak bulmuştur.

Kendrick ve ark. (1995) üç aşamada yürüttükleri, kısa süreli danışmanlık ve eğitimsel müdahalenin değişik şekillerde uygulandığı çalışmalarında; I.gruba, 1–5 dakikalık kısa danışmanlık, bırakma şeklinin belirlenmesi ve sözel desteğin ardından sigarayı bırakma rehberinin verildiği, II. gruba, kısa danışmanlığın ardından kendi kendine yardım materyalinin verildiği, III. gruba 6 dakika danışmanlık oturumunun ve çeşitli yazılı materyallerin verildiği bir programda ortalama bırakma oranını deney gruplarında %13, kontrol gruplarında %9.5 olarak saptamışlardır.

Sigarayı bıraktırma programları gebelikte etkili olduğu gibi doğumdan sonraki dönemde de sigara içme oranları üzerinde etkilidir. Jesse ve ark. (2006), 15 dakikalık bire bir danışmanlık, kendi kendine yardım rehberi, davranış değişikliği stratejileri ve destekleyici bir kartpostalı içeren bir programda doğumdan 6 ay sonra yapılan değerlendirmede bırakma oranının deney grubunda %25, kontrol grubunda %12 olduğunu belirtmektedirler.

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki gebelikte uygulanan sigarayı bıraktırma programları ile bırakma oranını yükseltilebilmektedir. Çeşitli araştırmalarda gebeliğinde sigarayı bırakan kadınların birçoğu bebeklerine olan zararlarından dolayı bıraktıklarını belirtmektedirler (Kavaklı ve Yıldız, 1994; Marakoğlu ve Sezer, 2003; Suplee, 2005). Bırakmada etkili olan faktörler sigaranın gelecekte fetüse olan zararlı etkilerine olan inanç, daha çok güven ve güçlü motivasyondur (Solomon ve Quinn., 2004). Bu nedenle sağlık personeli gebeleri doğmamış çocuklarının sağlığını korumak üzerine iyi motive etmelidir. Bu kadınların sigarayı bırakma konusundaki motivasyonlarını artırabilmektedir (Scheibmeir ve Oconnel, 1997). Her ziyarette önemli olan sigara içmenin fetüs sağlığı için risk olduğu mesajının sözlü ya da yazılı devamlılığını sağlamaktır (Kilby, 1997). Ayrıca sağlık personeli tarafından anne adaylarına yönelik, sigara içiminin hem anneye hem de bebeğe vereceği zararları konusunda danışmanlık ve eğitimler planlanmalıdır (Doğu ve Ergin, 2008). Kısa danışmanlık ve düşük maliyette düzenlenen eğitimsel materyaller, gebeliğe özel kendi kendine yardım programları rutin prenatal bakımla kolaylıkla birleştirilerek gebelerin sigarayı bırakmaları sağlanabilmektedir (Haug, 1995).

## **II.5. Gebelikte Sigara Kullanımı ve Hemşirelik**

Dünyada toplam olarak 250 milyon kadın sigara içmektedir. Genç kadınlar arasında sigara içme sıklılığını azaltacak etkili, kapsamlı ve sürekli müdahaleler yapılmazsa 2025'e kadar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanma sıklılığının %20 olabileceği ve 532 milyon kadının sigara içeceği tahmin edilmektedir (DSÖ, 2002). Bu durum sağlıklı nesillerin yetişmesini engelleyen ciddi sağlık sorunlarıyla karşı karşıya gelmemize yol açmaktadır. Dünya genelinde kadın popülasyonda sigara kullanımının giderek artması nedeniyle gebeliğin sağlıklı başlaması, sürdürülmesi ve sonlandırılması hizmetleri daha da önem kazanmaktadır.

Perinatal döneme ilişkin bakım gereksinimleri çok çeşitlidir ve karşılanabilmesi için multidisipliner yaklaşımlı bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Perinatal dönemde doğum öncesi, anı ve sonrasına ilişkin karşılanması gereken çok çeşitli sağlık bakım gereksinimleri vardır. Bu gereksinimlerin tanınması, ancak bireyin yakın gözlemiyle olasıdır. Perinatal hemşirelik yaklaşımı, gebe/loğusa ve ailesinin yeni duruma fiziksel ve psikososyal yönden uyum sağlayabilmesi için bakım ve eğitim gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmek ve rehber olmaktır. Profesyonel hemşire, mesleki yeterliliği ve kadının yanında sürekli birlikte olma özelliği nedeniyle gereksinimlerin belirlenmesinde en uygun kişidir (Coşkun, 1996). Gebelik sürecinde anne ya da bebeğin sağlığını olumsuz etkileyebilecek her durumun değerlendirilmesinin yapılması ve tespit edilen soruna yönelik uygun bakımın planlanması, uygulanması ve etkinliğinin değerlendirilmesinde hemşirelerin rolü önem kazanmaktadır.

Gebelik döneminde annenin sigara içmesi ya da sigara dumanına pasif olarak maruz kalması gebelik komplikasyonların görülme oranını arttırmaktadır. Prenatal kontrollerde gebelerin sigara içme durum ve tutumları araştırılmalı, sigara içtiği belirlenen gebeler ve aileleri sigarayı bırakma konusunda teşvik edilmelidir (Doğu ve Ergin, 2008). Gebelik süreci, sigara bağımlısı kadınların sigarayı bırakmaları için önemli bir fırsattır. Hemşire/ sağlık personeli rutin kontrollerle ev ziyaretleri sırasında konuyla ilgili bilgi aktarmaya ve sigarayı bırakma konusunda destekleyici olmaya daha fazla önem vermelidir (Altıparmak ve ark., 2009; Semiz ve ark., 2006). Prenatal ziyaretlerde sigarayı bıraktırmak için 5–15 dakikalık kısa danışmanlık ve eğitimler verilmeli, her görüşmede stres yönetimi, baş etme teknikleri anlatılmalı, gebenin motivasyonu sağlanmalı ve sigara içmenin fetüs için bir risk olduğu sürekli hatırlatılmalıdır (Kilby, 1997). Ayrıca gebe ailesi ve çevresiyle bir bütün olarak ele alınıp değerlendirilmeli ve gebenin eşine ve ailesine de sigara bıraktırma programlarının yararları ve sigara içmesinin fetüs için oluşturacağı riskler konusunda bilgi verilmelidir (Suzuki ve ark., 2004). Bununla birlikte gebelikte sigara içip bırakanların da post-partum dönemde tekrar başlamamaları için profesyonel yardım almaları gerektiği izlemleri yapan ebe/hemşireler tarafından hatırlatılmalıdır.



### **III. YÖNTEM**

#### **III.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma bir sigara bıraktırma programının gebelerin sigarayı bırakma davranışı üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

#### **III.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer**

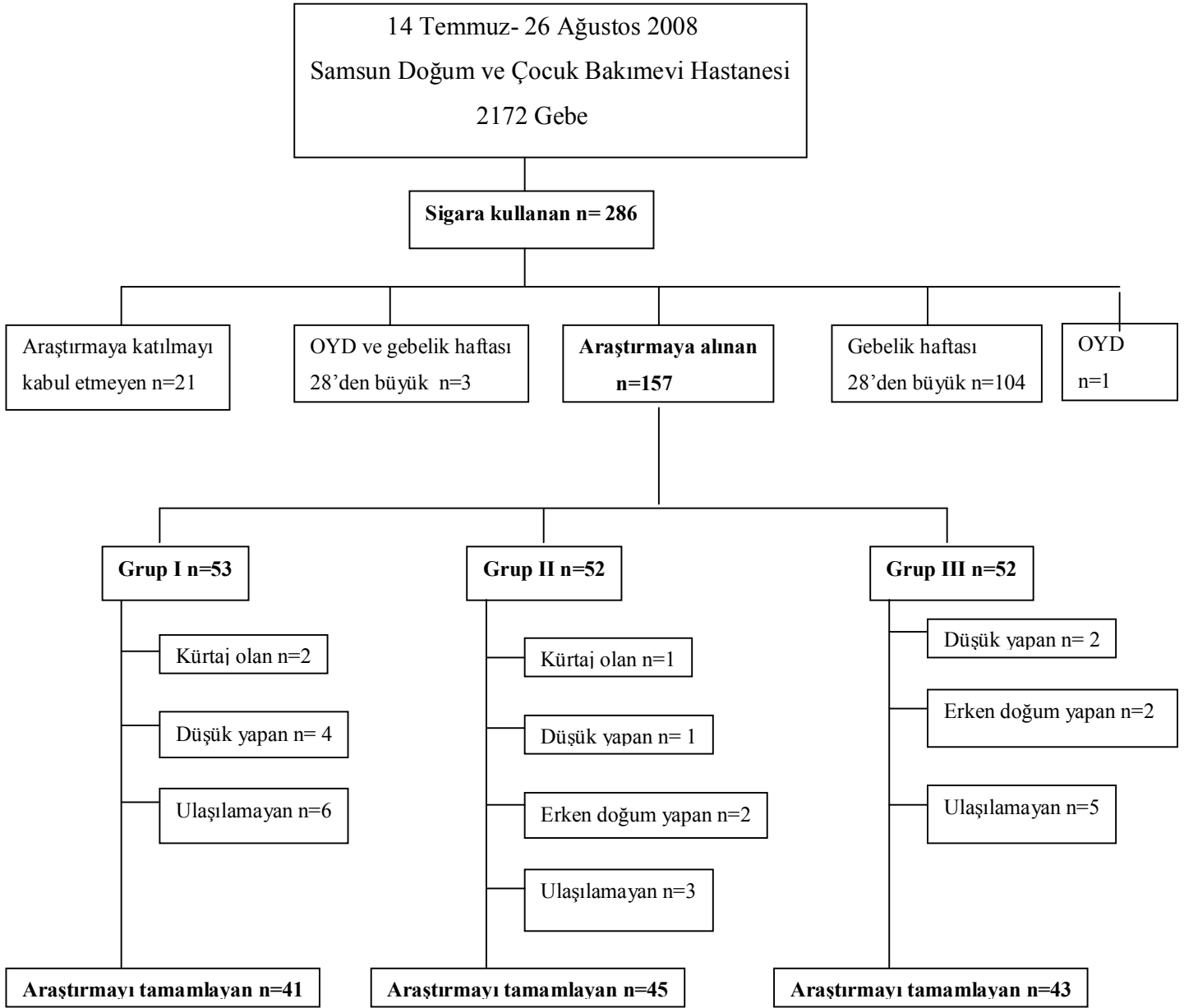
Araştırma Samsun Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi Jinekoloji ve Doğum Polikliniklerinde yapılmıştır. Samsun Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nde 12 Jinekoloji ve Doğum Polikliniği bulunmaktadır. Polikliniklerin bulunduğu bölümde küçük tıbbi uygulamalarda kadınlara yardımcı olan, gebelerin tansiyon ölçümünü yapan, Nonstres Testi uygulamasını yapan ve gebelerin eğitiminden sorumlu toplam dört hemşire görev yapmakta ve her poliklinikte gebelerin kayıtlarından sorumlu birer sekreter bulunmaktadır. Bu hizmetlerin dışında polikliniğe başvuran gebelerin boy, kilo ölçümleri, ultrasonografi takipleri ve laboratuvar analizleri yapılmaktadır. Samsun Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde 24.-28. haftalarında olan gebelere her ay birer hafta aralıklarla gebelik fizyolojisi, gebelikte beslenme, gebelik psikolojisi ve doğuma hazırlık konularında 3 haftalık bir eğitim programı uygulanmaktadır. Rutin prenatal bakım kapsamında sigara içen gebelere yönelik herhangi bir müdahalede bulunmamaktadır.

#### **III.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini 14 Temmuz- 26 Ağustos 2008 tarihleri arasında Samsun Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi Jinekoloji ve Doğum Polikliniklerine gebelik kontrolü için başvuran ve sigara içen gebeler oluşturmuştur. Araştırma Örneklemine;

- 1- Gebelik haftası 28' den büyük olmayan,
- 2- En az ilkokul mezunu olan,
- 3- Ulaşılabilecek bir telefonu olan,
- 4- Araştırmaya katılmak için gönüllü olduğuna dair yazılı onam veren gebeler alınmıştır.

Araştırma kriterlerine uygun olan gebeler random olarak 3 gruba ayrılmıştır. Araştırmanın evreni ve örneklemi Şekil 1’ de gösterilmektedir.



Şekil 1. Araştırmanın evreni ve örneklemi

### III.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

#### III. 4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri aşağıda açıklanan formlar aracılığı ile toplanmıştır.

**Ön Değerlendirme Formu:** Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form jinekoloji ve doğum polikliniklerine başvuran kadınlar arasından araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan gebeleri belirlemek amacıyla 4 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

**Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi:** Bu test toplam 6 sorudan oluşmakta ve sigara içen bireylerin nikotin bağımlılık düzeylerini değerlendirmektedir (EK-3). Sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde en sık kullanılan testtir. Test 1978 yılında, Fagerström tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapıldıktan sonra literatüre sunulmuştur (Ebbert ve ark., 2006). Testin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği ise 2003 yılında Uysal ve ark. tarafından yapılmıştır (Uysal ve ark., 2004).

**Kişisel Bilgi Formu:** Bu form kadınların bazı bireysel ve sigara kullanma durumları ile ilgili özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Form, gebelerin sosyo-demografik (3 soru), obstetrik (6 soru) ve sigara içme özelliklerini (15 soru) belirleyen toplam 24 sorudan oluşmaktadır (EK-4).

**Telefonla İzleme ve Değerlendirme Formu:** Sigarayı bırakma programının ardından gebelerin sigara içme davranışları izlemek ve günlük içtikleri sigara sayısının değerlendirmek amacıyla hazırlanmış toplam 9 maddeden oluşan bir formdur (EK-5).

#### III.4.2. Sigarayı Bıraktırma Programı

Bu çalışmada gebelerin sigarayı bırakmalarına yönelik yürütülen müdahale aşağıdaki basamaklardan oluşmuştur.

- **Kısa eğitim verilmesi:** Bu eğitim, gebelere güçlü bir şekilde sigarayı bırakmalarına yönelik öneride bulunulduktan sonra sigara içmenin anne ve fetüs sağlığına olan zararlarının, bırakmanın yararlarının ve sigarayı bıraktıklarında karşılaşacakları yoksunluk belirtileriyle baş etme yollarına ilişkin bilgilerin

anlatıldığı 30 dakika süren bir programdır. Kısa eğitim I. II. ve III. gruptaki tüm gebelere uygulanmıştır.

- **Broşür verilmesi:** Bu broşür ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Alp ve ark., 1994; Andres ve Day, 2000; Cnattingius, 2004; Cowperthwaite ve ark., 2007; Demirkaya, 2004; Dempsey ve Benowitz, 2000; Fergusson ve ark., 1998; Gordon ve ark., 2002; Kesim, 2004; Keskinoglu ve Aksakoğlu, 2007; Naeye, 1980; Toyran, 2005). Bu broşürde gebelikte sigara kullanmanın anne ve fetus sağlığına olan zararları, sigarayı bırakmanın yararları ve yoksunluk belirtileriyle baş etme yollarına ilişkin bilgiler, henüz doğmamış bebeğinin ağzından anneye yazılan bir mektup şeklinde anlatılmaktadır (EK-7). Bu broşür yalnız I. gruptaki gebelere verilmiştir. Broşür oluşturulduktan sonra kapsam geçerliliği için uzman görüşü alınmış ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır.
- **Telefonla destek programı:** Gebelerin ilk görüşmeden 7-10 ve ikinci görüşmeden 15-20 gün sonra telefonla aranarak sigara içme davranışlarının sorgulanması, bırakanların tebrik edilmesi ve davranışı sürdürme konusunda desteklenmeleri, bırakamayanlarla engeller konusunda konuşma ve bırakmaya yönelik cesaretlendirme basamaklarından oluşmaktadır. Bu program I. ve II. gruptaki gebelere uygulanmıştır.

Tüm gruplarda bulunan kadınlar gebeliklerinin 28.-32. ve 34.-36. haftalarında telefonla aranarak sigara içme durumları değerlendirilmiştir. Sigara içme ve bırakma durumunun değerlendirilmesinde gebelerin ifadeleri esas alınmıştır. Hayatı boyunca içtiği sigara sayısı 100 adeti (5 paket) geçen ve halen sigara içen gebeler sigara içicisi olarak kabul edilmiştir. Görüşmenin yapıldığı tarihte sigarayı bıraktığını ifade eden ve görüşme öncesindeki son 7 gün içinde hiç sigara içmeyen kadınlar içici olarak kabul edilmemiş ve araştırmaya alınmamıştır. Gebeliğin 28.-32. ve 34.-36. haftalarında yapılan kontrollerde sigarayı bıraktığını ve izlemlerin yapıldığı tarihten önceki son 7 gün içerisinde hiç sigara içmediğini bildiren kadınlar sigarayı bırakmış olarak değerlendirilmiştir.

### III.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama formları Sağlık Bakanlığından gerekli izin alındıktan sonra Samsun Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi Jinekoloji ve Doğum polikliniklerinde uygulanmıştır.

**Ön Değerlendirme Formu:** Bu form Samsun Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi Jinekoloji ve Doğum Polikliniklerine 14 Temmuz – 26 Ağustos tarihleri arasında başvuran tüm gebelere yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmış ve kadınların araştırmaya alınması için uygun olup olmadıkları belirlemiştir. Bu form ile gebelerin eğitim seviyeleri, sigara içme durumları, gebelik haftaları belirlenmiştir. Gebelik haftasının belirlenmesinde kadınların son adet tarihleri (SAT) esas alınmıştır. Gebeler SAT hatırlamıyorlarsa ultrasonografi verilerine göre gebelik haftaları tespit edilmiştir.

**Kişisel Bilgi Formu:** Bu form örnekleme alınan kadınlara hastanede yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır.

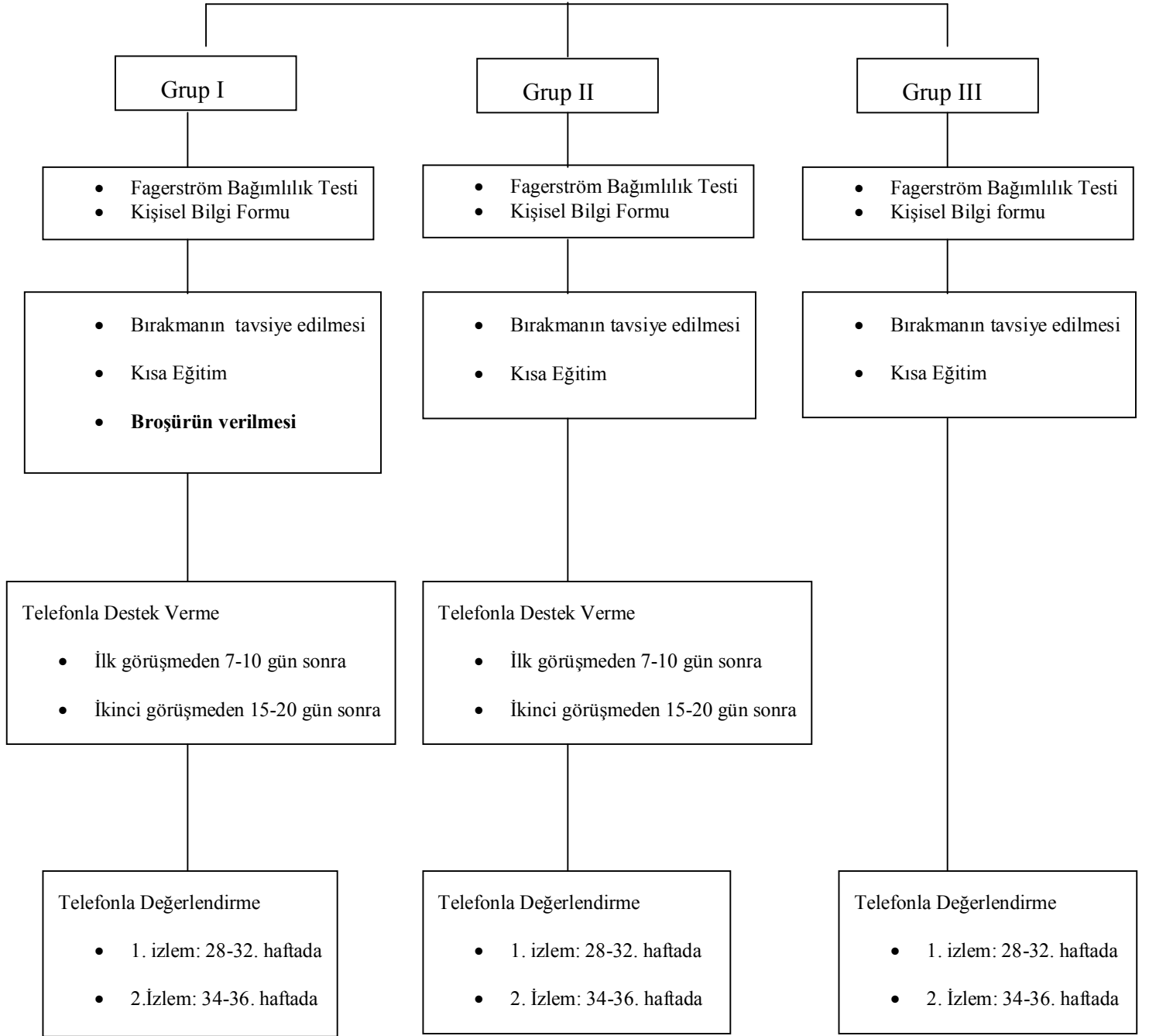
**Fagerström Nikotin Bağımlılığı Formu:** Bu form sigara içen gebelerin bağımlılık düzeylerini belirlemek için araştırmacı tarafından hastanede yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

**Telefonla İzleme ve Değerlendirme Formu:** Bu form sigarayı bıraktırma programının ardından gebelerin sigara içme davranışları ve günlük içtikleri sigara sayısının değerlendirmek amacıyla, belirlenen haftalarda gebeler telefonla aranarak elde edilen bilgilerle doldurulmuştur.

### III.4.4. Sigarayı Bıraktırma Programının Uygulanması

Örnekleme alınan gebeler random olarak 3 gruba ayrılmıştır. Her bir gruba uygulanan sigarayı bıraktırma programı aşağıda belirtilmiştir.

Araştırmanın uygulama planı Şekil 2' de gösterilmiştir.



Şekil 2. Araştırmanın uygulama planı

#### **III.4.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Elde edilen veriler, araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra SPSS 10.0 bilgisayar programına aktarılarak değerlendirilmiştir. Veriler frekans dağılımları olarak sunulmuş, istatistiksel analizde ki-kare testi, varyans analizi ve kruskal wallis varyans analizi kullanılmıştır.

#### IV. BULGULAR

**Tablo 1.** Gebelerin bazı bireysel özelliklerine göre dağılımları

Bireysel Özellikler	Gruplar			Toplam	Test
	Grup 1	Grup 2	Grup 3		
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
<b>Yaş</b>					
25 yaş ve altı	18 (43.9)	21 (46.7)	23 (53.5)	62 (48.1)	$\chi^2=0.82$ $p=0.661$
26 yaş ve üzeri	23 (56.1)	24 (53.3)	20 (46.5)	67 (51.9)	
<b>Eğitim düzeyi</b>					
İlkokul	21 (51.2)	22 (48.9)	21 (48.8)	64 (49.6)	$\chi^2= 0.62$ $p= 0.969$
Ortaokul ve üzeri	20 (48.8)	23 (51.1)	22 (51.2)	65 (50.4)	
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışan	3 (7.3)	5 (11.1)	7 (16.3)	15 (11.6)	$\chi^2= 1.658$ $p= 0.436$
Çalışmayan	38 (92.7)	40 (88.9)	36 (83.7)	114 (88.4)	
<b>Gelir Düzeyi</b>					
750 TL ve altı	14 (34.1)	21 (46.7)	16 (37.2)	51 (39.5)	$\chi^2= 1.553$ $p= 0.460$
751 TL ve üzeri	27 (65.9)	24 (53.3)	24 (62.8)	78 (60.5)	

Tablo 1’de gebelerin bazı bireysel özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Buna göre araştırmaya alınan gebelerin %51.9’unun 26 ve üzeri yaş grubunda, %50.4’ünün ortaokul ve üzerinde eğitim almış, %88.4’ünün gelir getiren bir işte çalışmadığı ve %60.5’inin gelir düzeyinin 751 TL ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gebelerin bireysel özelliklerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).



**Tablo 2.** Gebelerin gebelik haftası, gebelik, doğum, düşük ve yaşayan çocuk sayıları ortalaması

Obstetrik Özellikler	Gruplar				Test
	Grup 1 (n=41)	Grup 2 (n=45)	Grup 3 (n=43)	Toplam (n=129)	
	X $\pm$ SD	X $\pm$ SD	X $\pm$ SD	X $\pm$ SD	
Gebelik Haftası	15.66(7.54)	17.32(6.94)	17.40(6.73)	18.81(6.36)	F=2.21, p=0.114
Gebelik Sayısı	2.17 (1.04)	2.17 (1.17)	2.35 (1.28)	1.97 (1.16)	F=1.14, p=0.320
Doğum Sayısı	1.40 (0.70)	1.39 (0.68)	1.48 (0.75)	1.28 (0.56)	KW=0.7 p=0.691
Düşük Sayısı	1.30 (0.48)	1.53 (1.01)	1.75 (1.35)	1.50 (0.97)	KW=0.1 p=0.913
Yaşayan Çocuk Sayısı	1.36 (0.56)	1.34(0.58)	1.34(0.62)	1.33 (0.57)	KW=0.09, p=0.955

Tablo 2’de gebelerin bazı obstetrik özelliklerine ilişkin ortalamalar verilmiştir. Buna göre araştırmaya alınan gebelerin gebelik haftası ortalaması 17.32 (SD=6.94), gebelik sayısı ortalaması 2.17 (SD=1.17), doğum sayısı ortalaması 1.39 (SD=0.68), düşük sayısı ortalaması 1.53 (SD=1.01) ve kadınların yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.34 (SD=0.58) olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gebelerin obstetrik özelliklerine göre gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

**Tablo 3.** Gebelerin bu gebeliklerine ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları

Özellikler	Gruplar			Toplam	Test
	Grup 1	Grup 2	Grup 3		
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
<b>Gebeliğin planlanması</b>					
Planlanmış	31 (75.6)	36 (80.0)	37 (86.0)	104 (80.6)	$\chi^2=1.480$ $p=0.477$
Planlanmamış	10 (24.4)	9 (20.0)	6 (14.0)	25 (19.4)	
<b>Prenatal izlemde gebelikte sigara kullanma davranışının sorulması</b>					
Sorulan	11 (26.8)	23 (51.1)	16 (37.2)	50 (38.8)	$\chi^2=5.394$ $p=0.067$
Sorulmayan	30 (73.2)	22 (48.9)	27 (62.8)	79 (61.2)	
<b>Prenatal izlemde gebelikte sigara kullanımına ilişkin bilgi alma durumu</b>					
Alan	9 (22)	15 (33.3)	10 (23.3)	34 (26.4)	$\chi^2=1.751$ $p=0.417$
Almayan	32 (78)	30 (66.7)	33 (76.7)	95 (73.6)	
<b>Prenatal izlemde gebelikte sigarayı bırakmaya yönelik tavsiye alma durumu</b>					
Alan	9 (22)	15 (33.3)	11 (25.6)	35 (27.1)	$\chi^2=1.484$ $p=0.476$
Almayan	32 (78)	30 (66.7)	32 (74.4)	94 (72.9)	

Tablo 3' de gebelerin bu gebeliklerine ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Buna göre araştırmaya alınan gebelerin %80.6'sının gebeliğinin planlanmış olduğu, %61.2'sine prenatal izlemlerde sigara kullanıp kullanmadığının sorulmadığı, %73.6'sına prenatal izlemlerde gebelikte sigara kullanmanın etkileri konusunda bilgi verilmediği, %72.9'una prenatal izlemlerde sigarayı bırakmasının tavsiye edilmediği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gebelerin bu gebeliklerine ilişkin bazı özelliklerine göre gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.** Gebelerin gebelik öncesi ve gebelik sırasında sigara içme durumuna ilişkin bazı özelliklere göre dağılımları

Özellikler	Gruplar			Toplam	Test
	Grup 1	Grup 2	Grup 3		
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
<b>Sigara içme yılı</b>					
5 yıl ve daha az	8 (19.5)	14 (31.1)	9 (20.9)	31 (24.0)	$\chi^2= 4.145$ $p= 0.387$
6–10 yıl	24 (58.5)	19 (42.2)	19 (44.2)	62 (48.1)	
11 yıl ve daha fazla	9 (22.0)	12 (26.7)	15 (34.9)	36 (27.9)	
<b>Gebelik öncesi günde içilen sigara sayısı</b>					
10 adet ve daha az	23 (56.1)	17 (37.8)	21 (48.8)	61 (47.3)	$\chi^2= 2.951$ $p= 0.229$
11 adet ve üzeri	18 (43.9)	28 (62.2)	22 (51.2)	68 (52.7)	
<b>Gebelik öncesi sigarayı bırakmayı deneme</b>					
Denemeyen	11 (26.8)	11 (24.4)	6 (14.0)	28 (21.7)	$\chi^2=2.353$ $p= 0.308$
Deneyen	30 (73.2)	34 (75.6)	37 (86.0)	101 (78.3)	
<b>Gebelikte günde içilen sigara sayısı</b>					
1 ve daha az	10 (24.4)	8 (17.8)	10 (23.3)	28 (21.7)	$\chi^2=1.274$ $p = 0.866$
2-5	21 (51.2)	22 (48.9)	22 (51.2)	65 (50.4)	
6 ve üzeri	10 (24.4)	15 (33.3)	11 (25.6)	36 (27.9)	
<b>Nikotin bağımlılığı*</b>					
0-2 (çok az)	32 (78.0)	37 (82.2)	37 (86.0)	106 (82.2)	KW=0.91 $p= 0.632$
3-4 (az)	8 (19.5)	7 (15.6)	4 (9.3)	19 (14.7)	
5 (orta)	1 (2.4)	-	1 (2.3)	2 (1.6)	
6-7 (Yüksek)	-	1 (2.2)	1 (2.3)	2 (1.6)	

\*Nikotin bağımlılık düzeyinin değerlendirilmesinde 3–4 ve üzerindeki bağımlılık düzeyleri birleştirilerek analiz yapılmıştır.

Tablo 4’de gebelerin gebelik öncesi ve gebelik sırasında sigara içme durumuna ilişkin bazı özelliklere göre dağılımları verilmiştir. Buna göre araştırmaya alınan gebelerin %48.1’inin 6–10 yıl arasında sigara kullanmakta olduğu, %52.7’sinin gebelikten önce günde 11 adet ve üzerinde sigara içtiği, %78.3’ünün gebelik öncesinde sigarayı bırakmayı

denediği, %50.4'ünün gebelikte günde 2–5 adet arasında sigara içtiği ve %82.2'sinin nikotin bağımlılık düzeyinin çok az olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gebelerin gebelik öncesi ve gebelik sırasında sigara içme durumuna ilişkin bazı özelliklerine göre gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 5.** Gebelerin sigarayı bırakmaya yönelik bazı özelliklerine göre dağılımları

Özellikler	Gruplar			Toplam	Test
	Grup 1	Grup 2	Grup 3		
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
<b>Bırakmayı düşünme</b>					
Düşünen	39 (95.1)	44 (97.8)	41 (95.3)	124 (96.1)	$\chi^2=0.510$ $p=0.775$
Düşünmeyen	2 (4.9)	1 (2.2)	2 (4.7)	5 (3.9)	
<b>Bırakmaya yönelik isteklilik</b>					
Çok istekli olan	37 (90.2)	41 (91.1)	37 (86.0)	115 (89.1)	$\chi^2=0.658$ $p=0.720$
Orta düzeyde istekli	4 (9.8)	4 (8.9)	6 (14.0)	14 (10.9)	
<b>Bırakmaya verilen önem</b>					
Çok önemli	39 (95.1)	41 (91.1)	38 (88.4)	118 (91.5)	$\chi^2=1.238$ $p=0.539$
Biraz önemli	2 (4.9)	4 (8.9)	5 (11.6)	11 (8.5)	

Tablo 5'de gebelerin sigarayı bırakmaya yönelik bazı özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Tabloya göre araştırmaya alınan gebelerin %96.1'inin gebeliğinde sigarayı bırakmayı düşündüğü, %89.1'inin gebeliğinde sigarayı bırakmaya çok istekli olduğu, %91.5'inin gebeliğinde sigarayı bırakmaya çok önem verdiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gebelerin gebelikte sigarayı bırakmaya yönelik bazı özelliklerine göre gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.** Gebelerin eşlerinin sigara içme ve yaşadıkları ortamda sigara içen başka birey olma durumuna göre dağılımları

	Gruplar			Toplam	Test
	Grup 1	Grup 2	Grup 3		
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
<b>Eş</b>					
İçen	35 (85.4)	35 (77.8)	36 (83.7)	106 (82.2)	$\chi^2=0.949$ $p= 0.622$
İçmeyen	6 (14.6)	10 (22.2)	7 (16.3)	23 (17.8)	
<b>Sigara içen başka birey</b>					
Var	21 (51.2)	23 (51.1)	22 (51.2)	66 (51.2)	$\chi^2=0.000$ $p= 1.000$
Yok	20 (48.8)	22 (48.9)	21 (48.8)	63 (48.8)	

Tablo 6’da gebelerin eşlerinin sigara içme ve yaşadıkları ortamda sigara içen başka bir birey olma durumuna göre dağılımları verilmiştir. Buna göre araştırmaya alınan gebelerin %82.2’sinin eşinin sigara kullandığı, %51.2’sinin ise yaşadığı ortamda sigara içen başka bir birey olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gebelerin eşlerinin sigara içme ve ailede sigara içen başka bir birey olma durumuna göre gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 7.** Gebelerin sigara bıraktırma programı sonrasında sigara içme durumu ve sigarayı bırakan gebelerin doğum sonrası içmeyi düşünme durumlarına göre dağılımları

Özellikler	Gruplar			Toplam	Test
	Grup 1	Grup 2	Grup 3		
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
<b>1. değerlendirme</b>					
İçen	13 (31.7)	23 (51.1)	29 (67.4)	65(50.4)	$x^2=10.735$ p= 0.005
İçmeyen	28 (68.3)	22 (48.9)	14 (32.6)	64 (49.6)	
<b>2. değerlendirme</b>					
İçen	12 (29.3)	23 (51.1)	25 (58.1)	60 (46.5)	$x^2= 7.620$ p= 0.022
İçmeyen	29 (70.7)	22 (48.9)	18 (41.9)	69 (53.5)	
<b>Toplam</b>	41 (100.0)	45 (100.0)	43 (100.0)	129(100.0)	
<b>Sigarayı bırakan gebelerde doğumdan sonra içmeyi düşünme</b>					
Düşünüyor	2 (6.9)	2 (9.1)	3 (16.7)	7 (10.1)	$x^2=1.543$ p=0.819
Kararsız	4 (13.8)	4 (18.2)	2 (11.1)	10 (14.5)	
Düşünmüyor	23(79.3)	16 (72.7)	13 (72.2)	52 (75.4)	
<b>Toplam</b>	29(100.0)	22 (100.0)	18 (100.0)	69(100.0)	

Tablo 7’de gebelerin sigarayı bıraktırma programı sonrasında sigara içme ve sigarayı bırakan gebelerde doğum sonrası sigara içmeyi düşünme durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Buna göre araştırmaya alınan gebelerin %49.6’sının sigarayı bıraktırma programı sonrası ilk değerlendirmede, %53.5’inin ise yapılan ikinci değerlendirmede sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bırakma oranları değerlendirildiğinde sigarayı bıraktırma programı sonrasında yapılan ilk değerlendirmede I. Gruptaki gebelerin %68.3’ünün, II. Gruptaki gebelerin %48.9’unun, III. Gruptaki gebelerin %32.6’sının sigarayı bırakmış olduğu, yapılan ikinci değerlendirmede I. Gruptaki gebelerin %70.7’sinin, II. Gruptaki gebelerin %48.9’unun, III. Gruptaki gebelerin %41.9’unun sigarayı bırakmış olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gebelerin sigarayı bıraktırma programı sonrasındaki içme durumlarının değerlendirilmesinde I. Gruptaki gebelerde bırakma oranı II. ve III. Gruptaki gebelere göre yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Gebelerin doğumdan sonra sigara içmeyi düşünme durumları değerlendirildiğinde gebelerin %10.1'inin doğumdan sonra sigara içmeyi düşündüğü, %14.5'inin kararsız olduğu, %75.4'ünün de doğumdan sonra sigara içmeyi düşünmediği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gebelerin doğumdan sonra sigarayı içmeyi düşünme durumları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 8.** Gebelerin sigarayı bıraktırma programının etkisine ilişkin düşüncelerine göre dağılımları

Özellikler	Gruplar			Toplam	Test
	Grup 1	Grup 2	Grup 3		
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
<b>Programın bırakma üzerindeki etkisi</b>					
Bırakma üzerinde etkili oldu	27 (65.9)	21 (46.7)	15 (34.9)	63 (48.8)	$\chi^2=13.72$
Azaltma üzerinde etkili oldu	13 (31.7)	13 (28.9)	15 (34.9)	41 (31.8)	$p=0.008$
Etkili değil	1 (2.4)	11 (24.4)	13 (30.2)	25 (19.4)	

Tablo 8'de gebelerin sigarayı bıraktırma programının etkisine ilişkin düşüncelerine göre dağılımları verilmiştir. Buna göre araştırmaya alınan gebelerin %48.8'i uygulanan programın sigarayı bırakmaları üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gruplara göre sigarayı bıraktırma programının sigara bırakmadaki etkisine ilişkin görüşler arasında anlamlı bir fark olduğu, kısa eğitim, telefonla destek ve broşür verilen I. Grupta uygulanan programın sigara bırakma davranışı üzerinde etkili olduğunu söyleyenlerin yüzdesi diğerlerinden yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 9.** I. Grupta yer alan gebelerin eğitim broşürünün sigarayı bırakma davranışları üzerindeki etkisine ilişkin görüşlerine göre dağılımları

<b>Eğitim Broşürünün sigarayı bırakma üzerine etkisi</b>	<b>Sayı (%)</b>
Bırakmada etkili oldu	28 (68.3)
Sigara sayısını azaltmada etkili oldu	10 (24.4)
Herhangi bir etkisi olmadı	3 (7.3)
<b>Toplam</b>	<b>41 (100)</b>

Tablo 9’da I. Grupta yer alan gebelerin eğitim broşürünün sigarayı bırakma davranışları üzerindeki etkisine ilişkin görüşlerine göre dağılımları verilmiştir. Buna göre I. Gruptaki gebelerin %68.3’ü eğitim broşürünün sigarayı bırakmaları üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir.



## V. TARTIŞMA

Bu çalışmada 14 Temmuz–26 Ağustos tarihleri arasında Samsun Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi Jinekoloji ve Doğum Polikliniklerine başvuran 2172 gebe ile görüşülmüştür. Görüşülen gebelerin 286'sının (%13.2) sigara kullandığı tespit edilmiştir. Ülkemizin farklı bölgelerinde yapılan çalışmalarda da gebelikte sigara kullanımının %7.3 ile %28 arasında değiştiği görülmektedir (Aktaş, 2006; Demirkaya, 2004; Doğu ve Ergin 2003; Marakoğlu ve Erdem, 2007; Marakoğlu ve Sezer, 2003; Saka ve ark., 2000; Semiz ve ark., 2006; Yeltekin ve ark., 2005). Bu bulgular gebelikte sigara kullanımının yaygın bir halk sağlığı problemi olduğunu, sigaraya başlamayı önlemeye yönelik müdahalelerle birlikte gebelik öncesi ve gebelikte sigara bırakırma programlarının öncelikle üzerinde durulması gereken konular olduğunu göstermektedir.

Araştırmada gebelerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi (Tablo 1), gebelik haftası, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı, yaşayan çocuk sayısı (Tablo 2), gebeliğin planlanma durumu (Tablo 3), sigara içme yılı, gebelik öncesi içilen sigara sayısı, gebelikte içilen sigara sayısı, nikotin bağımlılık düzeyi (Tablo 4) ve sigarayı bırakma istekliliği gibi bazı bireysel, obstetrik ve sigara içme davranışına ilişkin özellikler yönünden gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0.05$ ) bulunmuştur. Bu bulgu grupların benzer özellikler gösterdiğini ifade etmesi açısından önemlidir.

Çalışmamızda gebelere prenatal izlemler sırasında bir sağlık personeli tarafından sigara kullanıp kullanmadığı, sigaranın zararlarının anlatılıp anlatılmadığı, bırakma tavsiyesi alıp almadığı sorulduğunda; gebelerin %61.2'si prenatal izlemlerde sigara kullanıp kullanmadığının sorulmadığını, %73.6'sı sigaranın zararları konusunda herhangi bir bilgi verilmediğini, %72.9'u ise prenatal izlemlerde sigarayı bırakmasının tavsiye edilmediğini belirtmiştir (Tablo 3). Sağlık personelinin sigarayı bırakırma ve eğitim programlarında önemli rolü vardır. Fakat yapılan çeşitli çalışmalarda gebeliklerinde sigara içen kadınların sigara bırakma konusunda bir hekim veya hemşireden yeterli bırakma tavsiyesi ve desteği almadıkları görülmektedir (Doğu ve Ergin, 2008; Marakoğlu ve Erdem, 2007; Marakoğlu ve Sezer, 2003). Bu sonuçlar kadınların sigarayı bırakmak için istekli olabilecekleri bir dönem olan gebelik döneminin sigarayı bırakırma programları açısından etkin bir şekilde kullanılmadığını düşündürmektedir.

Günlük içilen sigara sayısının artması, sigara içme süresinin uzaması, aynı ortamda başka kişilerin de sigara içmesi perinatal dönemde maternal ve fetal risk oranını artırmaktadır (Uncu 2002). Çalışmamızda gebelerin %72.1'inin 5 adet ve altında sigara içtiği, %52.7'sinin ise gebelikten önce günde 11 adet ve üzerinde sigara içtiği belirlenmiştir (Tablo 4). Yaman ve ark. (1994), gebelerin %45.9'unun gebelikten önce günde 11 adet ve üzerinde sigara içtiğini saptamışlardır. Aktaş (2006), gebelerin %75'inin günde 5 adet ve altında sigara kullanmakta olduğunu, Alp ve ark. (1994) ise %51.1'inin günde 5 adet ve altında sigara kullanmakta olduğunu bulmuşlardır. Gebelerin sigara içtikleri süre incelendiğinde çalışmamızda %24'ünün 5 yıl ve altında, %48.1'inin 6–10 yıl arasında, %27.9'unun 11 yıl ve üzerinde sigara kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4). Semiz ve ark. (2006) sigara içen gebelerin %41.5'inin 5 yıl ve altında, %36.5'inin 6–10 yıl arasında, %22'sinin ise 11 yıl ve üzerinde sigara içtiklerini bulmuşlardır. Çalışmamız bu bulgularla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin %96.1'inin sigarayı bırakmayı düşündüğü, %89.1'inin bırakmayı çok istediği, %91.5'inin ise bırakmaya çok önem verdiği belirlenmiştir (Tablo 5). Sheahan ve Wilson (1997), sigarayı spontan bırakmada etkili olan faktörlerin hafif içici olmakla beraber ailede başka bir içicinin olup olmaması, erken prenatal bakım alma ve sigaranın zararlı etkilerine olan inanç olduğunu belirtmektedir. Sigara içiminin anneye ve bebeğe getirebileceği zararları bilen kadınların, sigarayı gebelik öncesi veya gebelikte bıraktıkları ya da günlük içilen sigara sayısını azalttıkları bilinmektedir (Aktaş, 2006; Demirkaya, 2004; Doğu ve Ergin, 2008). Brenner ve Mielck (1993), gebelik öğrenildiği zaman %18–27 arasında kadının sigarayı kendiliğinden bıraktığını, %27–36 oranında da azalttığını belirtmektedir. Suzuki ve ark. (2004) gebelerin %69.3'ünün, Favaretto ve ark. (2007), %69.5'inin, Uncu ve ark. (2005), %62.8'inin ve Kavaklı ve Yıldız (1994), %48.6'sının gebelikleri esnasında sigarayı bıraktıklarını bulmuşlardır. Bu çalışmalarda kadınların yarısından fazlasının gebelikte sigarayı bıraktıkları görülmektedir. Çalışmamızda da gebelerin tamamına yakınının sigarayı bırakmayı düşünüyor olması bu dönemin sağlık personeli tarafından etkin kullanılmasıyla gebelikte sigarayı bırakma oranlarının daha da yükseltilebileceğini göstermektedir.

Aile, sosyal durum ve eşin sigara içmesi gebenin sigara içme davranışını etkileyen önemli değişkenlerdir (Lu ve ark., 2001). Eşleri sigara içen gebeler eşleri sigara

içmeyenlere göre daha az oranda sigarayı bırakmakta, bırakanların birçoğu da ilerleyen gebelik aylarında ve doğumdan sonra tekrar içmeye başlamaktadır (Curry ve ark., 1998; Mullen ve ark., 1990). Babanın sigara içmesi fetüsün sağlığını olumsuz etkilediği gibi annenin sigarayı bırakma olasılığını da azaltmaktadır (Uncu ve ark., 2005). Çalışmamızda gebelerin eşlerinin sigara içme oranı %82.2, evde sigara içen başka bireylerin oranı da %51.2 olarak bulunmuştur (Tablo 6). Doğu ve Ergin'in (2008) çalışmalarında gebelerin %53.6'sının eşinin sigara içtiği, %53.2'sinde evde sigara içen bir bireyin olduğu görülmüştür. Uncu ve ark. (2005) ise eşlerde sigara içme oranını %52.5 olarak bulmuşlardır. Marakoğlu ve Sezer'in (2003) çalışmalarında gebelerin eşlerinde sigara içme oranı %68 olarak bulunmuştur. Ülkemizde erkeklerde sigara içme oranı %63'tür (Karlıkaya ve ark., 2006, Keskinoglu ve ark., 2005; Yılmaz ve Yurdakök, 2003). Çalışmamızda eşlerde sigara içme oranı biraz yüksek bulunmuştur.

Gebelikte sigara kullanımı birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir sağlık sorunudur. Gebelikte sigara içilmesi gerek sağlıklı nesillerin yetişmesini engellemesi, gerekse anne ve bebek açısından gelişebilecek olumsuzluklara yol açabilmesi nedeniyle bir takım önlemlerin alınmasını gerektirmektedir (Demirkaya, 2004; Doğu ve Ergin, 2008; Marakoğlu ve Sezer, 2003). Topluma sağlıklı bireyler kazandırmak amacıyla annelerin gebelikleri süresince sigara içmemeleri için gerekli eğitim çalışmalarının artırılması gerekmektedir (Boyacı ve ark., 2006). Shipp ve ark. (1992), sadece yazılı materyaller ve kısa sağlık eğitimi oturumlarını içeren programlarda bile %12–13.6 bırakma oranı sağlanabileceğini belirtmektedirler. Literatürde sigarayı bırakma oranlarının sağlık eğitimiyle %10-14, özel prenatal bakımla %22-25 olduğu belirtilmektedir (O'Campo ve ark., 1992; Windsor, 1985, 1993). Gebelikte sigarayı bırakturma programları genel olarak bilişsel davranışsal terapi, motivasyonu artırma teknikleri ve yazılı materyallerden oluşmakta (Lumley ve ark., 2005; Tappin ve ark., 2005) ve gebelik boyunca kişisel tavsiyeler ve bilgilendirmeye dayanmaktadır (Lu ve ark., 2001).

Bu çalışmada random olarak üç gruba ayrılan gebelere ilk prenatal görüşmede kısa eğitim ve danışmanlık, telefonla destek ve sigaranın gebelikte anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkileri, bırakmanın yararları ve yoksunluk belirtileriyle nasıl başa çıkılacağı ile ilgili bilgilerin fetüsten annesine yazılmış bir mektup şeklindeki eğitim broşürü verilmesi olmak üzere üç farklı uygulama yapıldı. Birinci gruba eğitim, telefon danışmanlığı ve

broşür verilmesinden oluşan program uygulandı, ikinci gruba eğitim ve telefon danışanlığı, üçüncü gruba ise yalnızca eğitim verildi. Gebeliğin 34.-36. haftalarında yapılan değerlendirmede en yüksek bırakma yüzdesinin birinci grupta, en düşük bırakma yüzdesinin ise yalnızca kısa eğitim ve danışmanlığın verildiği üçüncü grupta olduğu bulundu (Tablo 7). Çalışmamızda en yüksek bırakma oranının I. grupta bulunmasının nedeninin annenin bebeğinin sağlığına oldukça duyarlı olduğu bu dönemde sigaranın zararlarının bebeğinin ağızından anlatılmış olması yoluyla duygusal olarak etkilenmesi ve bu broşürü gebelik boyunca okuması yoluyla bilginin sürekliliğinin sağlanmış olması olduğu düşünülmektedir.

Walsh ve ark.'nın (1997) çalışmasında kontrol grubuna ilk prenatal görüşmede sigaranın gebelikteki zararları hakkında bilgi verilmiş ve ardından sigarayı bırakma rehberi ve çeşitli materyaller verilmiştir. Deney grubuna ise ilk görüşmede sigaranın zararları hakkında bilgi verilmiş ve bu bilgiler videoteyp ile desteklenerek ardından bırakma tarihi belirlenmiş ve bırakma konusundaki engeller tartışılmıştır. Bırakma oranları deney grubunda %86, kontrol grubunda %78 olarak belirlenmiştir.

Malchoni ve ark.'nın (2003) çalışmalarında kontrol grubuna sigaranın anne ve fetüse olan zararlarına ilişkin eğitim verilmiş ve bırakmalarını tavsiye ederek sigarayı bırakmaya yönelik yardım stratejilerini içeren bir rehber verilmiştir. Deney grubuna ise gebenin kendisinin, eşinin, aile üyelerinin ve arkadaşlarının da katıldığı sigaranın zararlarının anlatıldığı, motivasyonu artırmaya yönelik konuların vurgulandığı, gebenin bırakma ve engeller konusunda konuşmaya cesaretlendirildiği, destek verildiği, karşılaşılabilecek engellerin ve nasıl başa çıkılacağı rol-play kullanılarak anlatıldığı iki ayrı oturumdan oluşan sigara bıraktırma programı uygulanmış ve bırakma oranlarını deney grubundaki katılımcılarda bağımlılık oranı daha yüksek olmasına rağmen %24 olarak bulurken kontrol grubunda %21 bulunmuştur.

Gebaur ve ark. (1998) tarafından yapılan bir çalışmada; deney grubundaki gebelere öncelikle sigarayı bırakmaları tavsiye edilmiş ve ardından sigarayı bırakmaya yönelik bir rehber verilmiştir. Bırakma oranları değerlendirildiğinde deney grubunda %15.5 iken kontrol grubunda bırakan olmamıştır. Ayrıca deney grubunda sigaraya devam edenlerin içtikleri sigara sayısı kontrol grubundakilere oranla oldukça düşük bulunmuştur.

Borges'in (2005), sigaranın zararlarının, bırakma stratejileri ve bırakmanın yararlarının anlatıldığı 12 şer dakikalık 4 oturum ve sigaranın gebelikteki riskleri ve kendi kendine bırakma stratejilerini anlatan broşürün verildiği kısa danışmanlık ve davranışsal müdahaleyi kullandığı çalışmasında ise deney grubunda bırakma oranını %33.3, kontrol grubunda %8.3 olarak belirlemiştir.

Windsor ve ark. (2000), kontrol grubuna sigara içmenin anne ve fetus için riskleri konusunda bilgi vererek güçlü ve açık bir şekilde bırakmalarını tavsiye ettikleri, deney grubuna ise kontrol grubuna verilen eğitime ek olarak bırakmaya nasıl başlayacaklarını, engellerle nasıl başa çıkabileceklerini anlatan bir video izleterek yardım metotlarını içeren bir rehber verdikleri ve sosyal desteklerin tanımlandığı kısa danışmanlık oturumlarından oluşan bir programda bırakma oranlarını deney grubunda %17.3, kontrol grubunda %8.8 olarak bulmuşlardır.

Windsor ve ark.'nın (1985) bir başka çalışmasında da sigara içen gebeler üç gruba ayrılmış; I. gruba 10 dakika sağlık eğitimi, II. gruba 10 dakika sağlık eğitimi ve sigaranın gebelikteki zararları ve bırakmanın yararlarını anlatan "çünkü siz bebeğinizi seviyorsunuz" broşürü, III. gruba 10 dakika sağlık eğitimi ve çünkü siz bebeğinizi seviyorsunuz broşürüne ek olarak kendi kendine sigara bırakma rehberi verilmiştir. Yapılan değerlendirmede I. Grupta bırakma oranı %2, II. Grupta %6 ve III. Grupta %14 olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmalar göstermektedir ki bilginin aktarımındaki yöntem çeşitliliği arttıkça ve tekrarlanma süresi uzadıkça bırakma oranları yükselmektedir. Çalışmamızda da üç ayrı yöntemin uygulandığı I. grupta bırakma oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdaki bırakma oranının bu çalışmalardan yüksek bulunmasının nedeninin ise gebelerin bağımlılık düzeyleri arasındaki farklılıklar, kültürel etkenler ve prenatal bakım uygulamalarındaki farklılıklar olabileceği düşünülmektedir.

Buchanan (2002) çalışmasında; nikotin hakkında bilgi verme, gevşeme teknikleri, sosyal destek, sigarayla ilişkili stresörlere karşı problem çözme becerisi kazandırmayı içeren en az 10 dakika süren telefon görüşmelerinden oluşan danışmanlık ve eğitim programında bırakma oranını %82 olarak bulmuştur. Gebelikte ve doğumdan sonra yapılan değerlendirmelerde günlük içilen sigara sayısı kontrol grubunda (5-6 adet) deney grubuna (1-2 adet) oranla oldukça yüksek bulunmuştur. Rigotti ve ark.'nın (2006) telefon danışmanlığı çalışmasında da deney grubunda bırakma oranı (%19) kontrol grubuna (%7)

göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda da kısa eğitime ek olarak telefonla destek verdiğimiz II. grupta bırakma oranının sadece kısa eğitim verilen III. gruptan daha yüksek bulunması telefon danışmanlığının bırakma üzerinde etkili bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

Moore ve ark.'nın (2002) gebelikte sigarayı bıraktırmak, motivasyonu artırmak ve relapsı önlemek için yürüttükleri çalışmalarında kontrol grubuna ilk prenatal bakımda sigaranın zararları anlatılarak bırakmaları tavsiye edilmiş, deney grubuna ise ilk prenatal bakımda rutin bakıma ek olarak bırakma stratejilerini anlatan bir rehber verilerek bu rehberde yazılanlar okunmuş ve ardından 4 farklı rehber farklı zamanlarda katılımcılara postayla gönderilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda deney grubunda bırakma oranı %25.6, kontrol grubunda ise %29.1 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda da sadece kısa eğitim III. gruptaki gebelerin yarısına yakını sigarayı bırakmıştır (%41.9). Bu çalışmada da bırakma oranının kontrol grubunda yüksek bulunması, bilginin aktarım şeklinin bırakma üzerinde rol oynadığını düşündürmektedir.

Yapılan çalışmalar da açıkça göstermektedir ki gebelere aktif ve pasif içici olarak karşılaştıkları bu teratojen hakkında daha fazla bilgi vererek, sigarayı bırakmaları konusunda çeşitli şekillerde destek sağlayarak bırakma oranları yükseltilebilmektedir. Ancak gebeliğe özel tüm eğitimsel çabalara rağmen sigara içmeye devam eden ve gebeliğinde sigarayı bırakan kadınların büyük bir kısmı doğumdan sonra sigara içmeye devam etmektedir (60-90) (McBride ve ark., 1999; Mullen ve ark., 1990; Solomon ve Quinn, 2004).

Çalışmamızda sigarayı bırakan gebelerin %73.9'unun doğumdan sonra içmeyi düşünmediği, %15.9'unun kararsız olduğu, %10.1'inin de içmeyi düşündüğü belirlenmiştir (Tablo 7). Benzer şekilde diğer bazı çalışmalarda da (Doğu ve Ergin, 2008; Marakoğlu ve Erdem, 2008; Marakoğlu ve Sezer, 2003) gebelerin birçoğu doğumdan sonra sigara içmeyi düşünmediklerini belirtmektedirler. Buna rağmen yapılan araştırmalarda doğumdan sonra tekrar sigara içmeye başlama oranlarının da yüksek olduğu görülmektedir (%60-90) (McBride ve ark., 1999; Mullen ve ark., 1990; Solomon ve Quinn, 2004). Bu nedenle gebelikte bırakma oranlarını yükseltmek ve doğumdan sonra tekrar içmeye başlamayı en aza indirmek için sigara bıraktırma programlarına rutin prenatal bakımla birleştirilerek mümkün olduğunca erken başlanılmalı, geç sonlandırılmalı ve doğumdan sonra emzirme

döneminde de devam edilmelidir (Fang ve ark., 2004). Gebelikte sigara içip bırakanların post-partum dönemde tekrar başlamaları için profesyonel yardım almaları gerektiği izlemleri yapan ebe/hemşireler tarafından hatırlatılmalıdır.

## VI. SONUÇLAR

1. Araştırmaya alınan gebelerin %61.2'sine prenatal izlemlerde sigara kullanıp kullanmadığı sorulmamış, %73.6'sına prenatal izlemlerde sigaranın gebelikteki zararları konusunda herhangi bir bilgi verilmemiş, %72.9'una prenatal izlemlerde sigarayı bırakması konusunda herhangi bir tavsiyede bulunulmamıştır (Tablo 3).
2. Gebelik boyunca sigara içen annelerin %50.4'ü 2–5 adet arasında sigara içmektedir. Bu annelerin %48.1'i 6–10 yıl arasında sigara kullanmaktadır. Sigara kullanan annelerin %78.3'ü gebelikten önce en az bir kez sigarayı bırakmayı denemiştir (Tablo 4).
3. Araştırmaya alınan gebelerin %99.1'i gebelikte sigarayı bırakmayı düşünmekte, %89.1'i sigarayı bırakmayı çok istemektedir (Tablo 5).
4. Gebelerin eşlerinde sigara içme oranı %82.2 olarak bulunmuştur (Tablo 6).
5. Müdahale programı sonrasında yapılan iki değerlendirmede de bırakma oranı I. Grupta II. ve III. Gruba göre yüksek bulunmuştur.( İlk değerlendirmede: I.Grupta %68.3, II. Grupta %48.9, III. Grupta %32.6, ikinci değerlendirmede; I.Grupta %70.7, II. Grupta %48.9, III. Grupta 41.9) (Tablo7).
6. Müdahale programı sonrasında sigarayı bırakan gebelerin %75.4'ü doğumdan sonra sigara içmeyi düşünmemekte, %14.5'i kararsız ve %10.1'i sigara içmeyi düşünmektedir (Tablo 7).
7. Müdahale programı sonrasında I. Gruptaki gebelerin %65.9'u, II. Gruptaki gebelerin %46.7'si, III. Gruptaki gebelerin %34.9'u müdahale programının sigarayı bırakmaları üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir (Tablo 8).
8. I Gruptaki gebelerin %68.3'ü eğitim broşürünün bırakmaları üzerinde etkili olduğunu, %24.4'ü içtikleri sigara sayısını azaltmaları üzerinde etkili olduğunu, %7.3'ü ise etkili olmadığını belirtmiştir (Tablo 9).



## VII. ÖNERİLER

1. Gebelik süreci sigara bağımlısı kadınların sigarayı bırakmalarında önemli bir fırsattır. Bu nedenle sağlık personeli rutin kontroller sırasında konuyla ilgili bilgi aktarmaya ve sigarayı bıraktırmada destekleyici olmaya daha fazla önem vermelidir.
2. Prenatal kontroller sırasında gebelerin sigara kullanıp kullanmadığı sorgulanmalı ve bu durumun bebek üzerindeki zararlı etkileri ayrıntılı olarak anlatılmalıdır.
3. Sağlık çalışanları gebe kadınların ailesine anne adayların yanında sigara içilmemesi konusunda bilgi vermeli ve bırakma aşamasına gelmiş anne adaylarının gerekli tıbbi yardıma ulaşmasına yardımcı olmalıdır.
4. Bu çalışmada gebelikte sigaranın etkileri, bırakmanın yararları ve yoksunluk belirtileri ile başa çıkma yolları konusunda bilgilerin fetüsten annesine yönelik yazılmış bir mektup şeklinde planlanan eğitim broşürünün sigara bırakma davranışı üzerinde yalnızca bilgi verme ve bilgi vermeye ek olarak telefonla destek olma müdahalelerinden daha fazla etkili olduğu bulunmuştur. Bu nedenle sigara içen gebelerin bırakmalarını desteklemek için gebeliğe özel bırakma müdahaleleri hazırlanmalı ve bu müdahaleler rutin prenatal bakımla birleştirilmelidir.
5. Gebelikte sigarayı bırakan kadınlar doğumdan sonra tekrar başlamaları için desteklenmeli ve sigarayı bırakma programlarına doğumdan sonrada devam edilmelidir.
6. Gebelikte sigaranın bırakılmasına yönelik daha büyük popülasyonlarda araştırmalar yapılmalıdır.
7. Bu çalışmada gebe kadınların sigara içme ve bırakma davranışlarına ilişkin bilgi kendi ifadelerine dayanmaktadır. Tükürükte ve idrarda kotinin analizleri gibi gebe kadının sigara içip içmediğinin tıbbi analizlerle araştırıldığı çalışmalar yapılmalıdır.

## IX. KAYNAKLAR

1. Aktaş, S. (2006). Gebelik boyunca sigara içiminin perinatal dönemde anne ve bebek sağlığı üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
2. Akıcı, N.(2008). Sigara dumanına maruz kalan pasif içici durumundaki çocuklarda DNA hasarının araştırılması, Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul.
3. Albrecht, A.S. Caruthers, D. (2002). Characteristics of inner-city pregnant smoking teenagers, JOGNN, 31(4):462-469.
4. Albrecht, AS., Maloni, AJ., Thomas, KK., Jones, R., Halleran, J., Osborne, J. (2004). Smoking cessation counseling for pregnant women who smoke : scientific basis for practice for AWHONN's SUCCESS Project, JOGNN, 33(3): 298-305.
5. Alp, H., Şehriyaroğlu, A., Yaman, S., Altınkaynak, S., Oğuzdoğan, K., Selimoğlu, M. (1994). Sigaranın maternal ve fetal etkileri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 10(2): 101-108.
6. Altıparmak, S., Altıparmak, O., Avcı, DH.(2009). Manisa'da gebelikte sigara kullanımı; yarı kentsel alan örneği, Tüb. Toraks. Der.,10: 20-25.
7. Amerikan Collage of Obstericians and Gynecologists (2000). Smokin cessation during pregnancy, ACOG Educational Bulletin 260, Washington.
8. Andres, RL., Day, MC.(2000): Perinatal complications associated with maternal tobacco use, Semin Neonatal, 5(3): 231-241.

9. Atasü, T., Benian, A. (2000). Bağımlılık Yapan Maddelerin Fetüse Etkileri: Gebelikte Fetüse ve Yenidoğana Zararlı Etkenler, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, Tayf Ofset, İstanbul.
10. Baykan, Z., Özkan, S., Aygün, R. (2003). Ankara ilinde bir ilçe merkezinde 15 yaş ve üzeri kadınların sigara içiminin sağlığa ve üreme sağlığına etkileri konusundaki bilgi durumları, T. Klin. Jinekoloji ve Obstetrik, 13: 223–229.
11. Bilir, N. (2005). Sigara ve Üreme Sağlığı, 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Bilkent Otel ve Konferans Merkezi, 20–23 Nisan, Ankara.
12. Borges, FG. (2005). Effectiveness of a brief counseling and behavioral intervention for smoking cessation in pregnant women, Preventive Medicine, 41: 295–302.
13. Boyacı, H., Büyükgöze, B., Başyiğit, İ., Yıldız, F., Ilgazlı, A., Duman, C. (2006). Fetustaki sigara dumanı maruziyetinin kord kanı kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi, Toraks Dergisi, 7(2): 115–119.
14. Brenner, H., Mielck, A. (1993). The role of childbirth in smoking cessation. Preventative Medicine, 22: 225–236.
15. Buchanan, L. (2002). Implementing a smoking cessation program for pregnant women based on current clinical practice guidelines, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 14(6): 243–250.
16. Center for Disease Control. (1990). The health benefits of smoking cessation: A report of the surgeon general Rockville, U.S. Department of Health and Human Services.
17. Cnattingius, S. (2004). The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics and pregnancy outcomes, Nicotine and Tobacco Research, 6(2):125–140.

18. Cnattingius, S., Akre, O., Lambe, M., Ockene, J., Granath, F. (2006). Will an adverse pregnancy outcome influence the risk of continued smoking in the pregnancy? *Amerikan Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195: 1680–1686.
19. Corrao, MA., Guindon, GE., Cokkinides, V., Sharma, N.(2000). Building the evidence base for global tobacco control, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(7): 884–890.
20. Coşkun, A.(1996). Perinatal hemşirelik yaklaşımı ve ekip çalışmasının önemi *Perinatoloji Dergisi*, 4(3): 181–184.
21. Cowperthwaite, B., Hains, SMJ., Kisilevsky, BS. (2007). Fetal behavior in smoking compared to non- smoking pregnant women, *Infant Behavior and Development*, 380: 1–9.
22. Curry, S., McBride, C., Nelson, CJ., Grothaus, CL., Pirie, L., Lando, H. (1998). Partner smoking status and pregnant smoker's perceptions of support for and likelihood of smoking cessation, *Health Psychology*, 17 (1): 63–69.
23. Çan, G., Çakırbay, H., Topbaş, M., Karkucak, M., Çapkın, M. (2007). Doğu karadeniz bölgesi'nde sigara içme prevalansı, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(2): 141–147.
24. Dabak, Ş. (2004). *Sigara ve Sağlık: Sigaranın Bilimsel Yüzü*, TÜR A.(ed.), Logos Yayıncılık, İstanbul.
25. Demirkaya, B. (2004). *Gebelikte Sigara İçiminin Plesanta ve Yenidoğan Üzerine Etkileri*, Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi III. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.
26. Dempsey, DA., Benowitz, NL.(2001). Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Saf.*, 24(4): 277-322.

27. Dempsey, D., Jacob, P., Benowitz, LN. (2002). Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers, *The American Society for Pharmacology and Experimental Therapeutics (JPET)*, 301: 594–598.
28. Doğu, S., Ergin, BA. (2008). Gebelerin sigara kullanımı etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgileri, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(1): 21–39.
29. Ebert, JO., Patent, CA., Schroeder, DR. (2006). The fagerström test for nicotine dependence-smokeless tobacco. *Addictive Behaviors*, 31(9):1716–1721.
30. Efe, H. (2006). Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerindeki Etkileri, *Uzmanlık Tezi*, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.
31. Einarson, A. (2006). Smoking during pregnancy versus no smoking and using nicotine replacement therapies(NRT), *Journal of Obstetric and Gynecol.*, 107(1): 51-57.
32. Emri, S., Başoğlu, A., Turnagöl, H.(2003). Epidemiology of smoking among Turkish adults: a national household survey, 2002. *The Second International Symposium on Medical Geology, Nutritionand Cancer, Abstract Book, March 31- April 03*, s 33–36.
33. Ergüder, T. (2008). *Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi*, Ankara, 1.Baskı, Klasmar Matbaacılık.
34. Fang, W., Goldstein, A., Butzen, A., Hartsock, A.S., Hartman, K., Helton, M., Lohr, J. (2004). Smoking cessation in pregnancy: a review of postpartum relapse prevention strategies, *JABFP*, 17 (4): 264–275.
35. Favaretto, A., Duncan B., Mengue, S., Nucci, L., Barros E., Kroeff, L., Vigo, A., Schmidt, M.(2007). Prenatal weight gain following smoking cessation, *EJOG*, 6013: 1–5.

36. Fergusson, MD., Woodward, J., L., Horwood, J. (1998). Maternal smoking during pregnancy and psychiatric adjustment in late adolescence, *Arch. Gen. Psychiatry*, 55: 721–727.
37. Gebaur, C., Kwo, C., Haynes, FE., Wewers, ME. (1998). A nurse – managed smoking cessation intervention during pregnancy, *JOGGN*, 27(1): 47–53.
38. Gordon, AE., Ahmer, OR., Chan, R., Madani, OM., Weir, DM., Busuttil, A. (2002). Why is smoking a risk factor for sudden infant death syndrome?, *Child Care , Health and Development*, 28(1): 23-25.
39. Gülbayrak, C., Açık Y., Deveci, SE., Oğuzöncül, AF. (2004). Elazığ il merkezinde iki eğitim araştırma sağlık ocağı bölgesinde kadınların sigara içme sıklığı, *Erciyes Tıp Dergisi*, 26 (4): 158–164.
40. Haug, K. (1995). Smoking among pregnant women: epidemiology and health consequences, *Norsk Epidemiologi*, 5 (2): 155–160.
41. Hrubá, D., Kachlik, P.(2000). Influence of maternal active and passive smoking during pregnancy on birthweight in newborns, *Cent Eur J Public Health*, 8: 249–52.
42. Jesse, DE., Graham, M., Swanson, M.(2006). Psychosocial and spiritual factors associated with smoking and substance use during pregnancy in african american and white low-income women, *JOGNN*, 35(1): 68–75.
43. Karlıkaya, C., Öztuna, F., Solak, AZ., Özkan, M., Örsel, O. (2006). Tütün kontrolü, *Toraks Dergisi*, 7(1): 51–64.
44. Kavaklı, A., Yıldız, S. (1994). Ebeveynlerin sigara içme alışkanlığı ile çocuklarında görülebilecek sorunların ilişkisi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 10(3): 113–123.

45. Kendrick, JS., Zahniser, CS., Miller, N., Salas, N., Stine, J., Gargiulla, MP., Floyd, L., Spierto, WF., Sexton, M., Metzger, WR., Stockbauer, WJ., Hannon, HW., Dalma, EM. (1995). Integrating smoking cessation into routine public prenatal care: the smoking cessation in pregnancy project, *American Journal of Public Health*, 85(2):217-222.
46. Kesim, MD. (2004). Sigara ve gebelik, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 38(2); 7–14.
47. Kesim, Y. (2004). Sigaranın Farmakolojik Etkileri, Sigaranın Bilimsel Yüzü, TÜR A.(ed.), Logos Yayıncılık, İstanbul.
48. Keskinoglu, P., Aksakoğlu, G. (2007). Pasif sigara içiciliğinin çocuklarda solunum sistemi üzerindeki etkileri, *Türk Pediatri Arşivi*, 42: 136–41
49. Keskinoglu, P., Çımrın, D., Giray, H., Karakuş, EN., Aksakoğlu, G. (2005). Gebelerde aktif ve pasif sigara içiciliği ve etkileyen etkenler, *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 19: 153–158.
50. Kırımı, E., Pençe, S. (1999). Gebelikte sigara kullanımının fetüs ve plasentanın gelişimine etkisi, *Van Tıp Dergisi*, 6(1): 28–30.
51. Kilby, WJ. (1997). A smoking cessation plan for pregnant women, *JOGGN*, 26(4): 397–402.
52. Kökçü, A., Çetinkaya, M. (2004). Kadın Sağlığı, Gebelik ve Sigara: Sigaranın Bilimsel Yüzü, TÜR A.(ed.), Logos Yayıncılık, İstanbul.
53. Kublay, G., Terzioğlu, F., Karatay, G. (2008). Gebelik ve Sigara, 1.Baskı, Klasmar Matbaacılık, Ankara.
54. Kukla, L., Hrubá, D., Tyrlík, M.(1999). Pregnancy and fetal development and non smoking women. *Ceska Gynecol.* 64(4): 271–274.

55. Little, J., Cardy, A., Arslan, MT., ve ark.(2004). Smoking and orofacial clefts: a United Kingdom-based case-control study, *Cleft Palate Craniofac J.*, 41(4):381-386.
56. Lu, Y., Tong, S., Oldenburg, B. (2001). Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy, *Health Promotion International*, 16(4): 355–365.
57. Lumley, J., Oliver, S., Chamberlain, C., Oakley, L. (2005). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy, *Cochrane Database*, In *Vochrane Library*, Issue 4, Oxford Update Software.
58. Luppi, P., Lain, KY., Jeyabalan, A., De-Loia, JA. (2007). The effects of cigarette smoking on circulating maternal leukocytes during pregnancy, *Clinical Immunology*, 122: 214–219.
59. Malchoni, C., Oncken, C., Dornelas, E., Caramanica, L., Gregonis, E., Curry, LS. (2003). The effects of peer counseling on smoking cessation and reduction, *Obstetrics and Gynecology*, 101(3): 504–510.
60. Maloni, AJ., Albrecht, AS., Thomas, KK., Halleran, J., Jones, R. (2003). Implementing evidence-based practice: reducing risk for low birth weight through pregnancy smoking cessation, *JOGGN*, 32(5): 676–682.
61. Marakoğlu, K., Erdem, D. (2007). Konya’da gebelerin sigara içme konusundaki tutum ve davranışları, *Erciyes Tıp Dergisi*, 29 (1): 47–55.
62. Marakoğlu, K., Sezer, ER. (2003). Sivas’ta gebelikte sigara kullanımı, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4): 157–164.
63. Martin, R., Dombrowski, S., Mullis, C. (2006). Smoking during pregnancy: association with childhood temperament, *Behavior and Academic Performance Journal of Pediatric Psychology*, 31(5): 490–500.



64. McBride, C., Curry, S., Lando, H., Pirie, P., Grothaus, C.L., Nelson, J. (1999). Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy, *American Journal of Public Health*, 89(5): 706–711.
65. Meyer, K.A., Williams, P., Hernandez-Diaz, S., Cnattingius, S. (2004) Smoking and the risk of oral clefts: exploring the impact of study designs, *Epidemiology*, 15(6): 671-678.
66. Mochizuki, M., Maruo, T., Masuko, K.(1985). Mechanism of fetal growth retardation caused by smoking during pregnancy. *Acta Physiol Hung*,65(3): 295–304.
67. Moore, L., Campbell, R., Whelan, A., Mills, N., Lupton, P., Misselbrook, E., Frohlich, J. (2002). Self help smoking cessation in pregnancy: cluster randomised controlled trial, *BMJ*, 14(325): 1383–1388.
68. Mullen, P., Quinn, V., Ershoff, D. (1990). Maintenance of nonsmoking postpartum by women who stopped smoking during pregnancy, *Public Health*, 80(8): 992–994.
69. Naeye, R.L.(1980). Abruptio placentae and placenta previa: frequency, perinatal mortality, and cigarette smoking. *Obstet Gynecol*, 55(6): 701–704
70. Nakajima, H. (1997). Message from the Director-general of the World Health Organization for World No Tobacco Day, WHO Tobacco Alert.
71. O’Campo, P., Faden, P.R., Brown, H., Gielen, A.C.(1992). The impact of pregnancy on woman’s prenatal and portpartum smoking behavior, *Am. J.Prev. Med.* 182: 68–75.
72. Örsel, O., Örsel, S., Alpar, S., Uçar, N., Güven, F.S., Şipit, T., Kurt, B.(2005). Sigara bırakmada nikotin bağımlılık düzeylerinin tedavi sonuçlarına etkisi, *Solunum*, 16: 112–118.

73. Öztuna, F. (2008). Gebelikte sigara bırakma tedavisi, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 56(2): 232–235.
74. Öztuna, F. (2007). Sigara bağımlılığı ve sigara bırakma kliniği, *Türk Farmakoloji Derneği 19. Ulusal Farmakoloji Kongresi, Kongre programı bildiri özet kitabı*, 24–27 Ekim, KTÜ, Trabzon.
75. Peto, R., Lopez, AD., Boreham, J., Thun, M., Health, C.(1992). Mortality from from tobacco in developed countries : indirect estimation from national vital Statistic, *Lancet*, 339: 1268-1278.
76. Peto, R., Lopez, AD., Jillian, B., Michael, T., Health, C.(1994). Mortality from smoking in developed countries, *Oxford Medical Publications*, 1950–2000.
77. Pletsch, PK., Morgan, S. (2002). Smoke free families: a tobacco control program for pregnant women and their families, *JOGGN*, 31(1): 39–47.
78. Rigotti, N., Park, ER., Regan, S., Chang, Y., Perry, K., Laudin, B., Ouinn, V. (2006). Efficacy of telephone counseling for pregnant smokers, *Obstetric and Gynecology*, 108(1): 83–92.
79. Röske, K., Veri, WH., Grempler, J., Thyrian, R., Rumpf, HJ., John, U., Hapke, U. (2006). Post-partum intention to resume smoking, *Health Education Research*, 21(3): 386–392.
80. Şahbaz, S., Kılınç, O., Günay, T., Ceylan, E.(2007). Sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri, *Toraks Dergisi*, 8(2): 110–114.

81. Saka, G., Ertem, M., Çiftçi, S., Değer, V., Keskin, M. (2008). Mardin kent merkezinde 15 yaş üstü kadınlarda sigara içme sıklığı, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7 (2): 141–146.
82. Saka, G., Kara, Hİ., İlçin, E. (2000). Diyarbakır doğumevi hastanesinde doğum yapan gebelerin sosyodemografik özellikleri ve sigara içme kriterlerinin değerlendirilmesi, Dicle Tıp Dergisi, 27(1): 97–105.
83. Scheibmeir, M., Connell, KA. (1997). In harm's way: childbearing women and nicotine, JOGGN, 26(4): 477-484.
84. Sezer, RE. (2002). Dünyada ve Türkiye'de sigara tüketiminin eğilimleri, Hipokrat Dergisi, 11: 56–63.
85. Semiz, O., Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S., Kılıçoğlu, SS. (2006). Sakarya'da bir sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin sigara içme durumlarıyla ilgili bazı özellikler, STED, 15(8): 149–152.
86. Sendergaad, C., Henriksen, B., Obel, C., Wisborg, K. (2001). Smoking during pregnancy and infantile colic, Pediatrics, 108(2): 342–346.
87. Shean, S., Wilson, S.(1997). Smoking cessation for pregnant women and their partners: a pilot study, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 9(7): 323–326.
88. Sherman, J., Younh, GA., Sherman, NAP., Collazo, C., Bernert, JT. (2002). Prenatal smoking and alterations in newborn heart rate during transition, JOGGN, 31(6): 680–687.
89. Shipp, M., Minihane, M., Petitti, D., Washington, EA. (1992). Estimation of the break-even point for smoking cessation programs in pregnancy, Am. J. Puplic Health, 82(3): 382–390.

90. Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması (1988). PİAR Araştırması Ltd.Şti.
91. Solak, AZ., Telli, GC., Erdinç, E.(2003). Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları, Toraks Dergisi, 4(1): 73–77
92. Solomon, JL., Quinn, V. (2004). Spontaneous quitting: self-initiated smoking cessation in early pregnancy, Nicotine and Tobacco Research, 6(2): 203–216.
93. Suplee, DP. (2005). The importance of providing smoking relapse counseling during the postpartum hospitalization, JOGNN,34(6): 703–712.
94. Suzuki, J., Kikuma, H., Kawaminami, K., Shima, M. (2005). Predictors of smoking cessation during pregnancy among the women of Yamato and Ayase municipalities in Japan, Public Health, 119:679–685.
95. Şahbaz, S., Kılınç, O. (2005). Sigara bırakmada kullanılan tedavi yöntemleri, STED, 14(5): 98–102.
96. Şahin, G., Zeteroğlu, Ş., Koçar, M. (2001). Gebelikte hipertansif hastalıkların ve sigaranın plasenta dekolmanı ile ilişkisi, T. Klin. J. Gynecol. Obstetrik, 11: 343–346.
97. Tappin, MD., Lumsden, M., Gilmour, H., Crawford, F., McIntyre, D., Stone, D., Webber, R., MacIndoe, S., Mohammed, E. (2005). Randomised controlled trial of home based motivational interviewing by midwives to help pregnant smokers quit or cut down, BMJ, 331:373–377.
98. Tappin, MD., Schluter, JP., Wild, JC.(1997). Smoking during pregnancy: how reliable are maternal self reports in New Zealand, Journal of Epidemiology and Community Health, 51: 246–251.

99. Taşkın, L.(2003). Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutu, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Mat. Ankara.
100. Toraks Derneği Tütün ve Sağlık Çalışma Grubu (2005). Sigara Bırakma Tedavisi, Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, Metintaş, M., Süerdem, M. (ed.), 2. Baskı, Ankara.
101. Toschke, M., Koletzko, B., Slikker, W., Hermann, M., Kries, R. (2002). Childhood obesity is associated with maternal smoking in pregnancy, Eur. J. Pediatr, 161: 445–448.
102. Toyran, M. (2005). Gebelikte sigara içiminin çocuk sağlığı üzerindeki etkileri, Klinik Pediatri, 4(1): 17–23.
103. Turan, C., Özcan, T., Kaleli, B., Danışman, N., Sayılğan, A., Gökmen, O.(1995). Preterm erken membran rüptüründe risk faktörleri, Perinatoloji Dergisi, 3(1): 30–32.
104. Tür, A. (2004). Sigara ile Savaşma Yöntemleri: Sigaranın Bilimsel Yüzü, Logos Yayıncılık, İstanbul.
105. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2003). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2. Baskı, Ankara.
106. Türk Kardiyoloji Derneği (2000). Türkiye Kalp Raporu, İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000.
107. Uncu, G. (2002). Sigaranın Fertilite ve Gebelik Üzerine Etkileri; Sigara ve Sağlık Burada, Özyardımcı, N.(ed) 257–295.

108. Uncu, Y., Özçakır, A., Ercan, İ., Bilgel, N., Uncu, G. (2005). Pregnant women quit smoking; what about fathers? survey study in Bursa region, Turkey, *Croat Med. J.*, 46(5): 832–837.
109. Uğur, M. (2008). Sigara Bağımlılığı ve Kadın, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, No:62, 127–142.
110. Uysal, MA., Kadakal, F., Karşıdağ, Ç., Bayram, GN., Uysal, Ö., Yılmaz, V. (2004). Fagerström Test for Nicotine Dependence: Reliability in a Turkish Sample and Factor Analysis, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 52(2):115–121.
111. Uzaslan, E. (2003). Sigarayı bırakma yöntemleri, *STED*, 12(5): 166–172.
112. Walsh, AR., Redman, S., Brinsmead, M., Byrne, MJ., Melmeth, A. (1997). A smoking cessation program at a public antenatal clinic, *American Journal of Public Health*, 87(7): 1201–1204.
113. Wang, X., Zuckerman, MD., Pearson, C., KaufmanG., Chen C., Wang G., Niu T., Wise, HP., Bauchner, H., Xu, X.(2002). Maternal cigarette smoking Methabolic gene polymorphism and infany birth weight, *JAMA*, 287(2): 195–200
114. Warren, WC., Riley, L., Asma, S., Eriksen, PM., Green, L., Blanton, C., Loo, C., Batchelor, S., Yach, D.( 2000). Tobacco use by youth: surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey Procect, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(7): 868–876.
115. Winsdor, AR. (2001). Smoking cessation and pregnancy. In: Samet, JM., Yoon, SY.(ed), *Women and tobacco epidemi: challenges fort he 21 st century*, Geneva: The World Health Organization: 147-164.

116. Windsor, AR., Cutter, G., Morris, J., Reese, Y., Manzella, B., Bartlett, E., Samuelson, C., Spanos, D. (1985). The effectiveness of smoking cessation methods for smokers in public health maternity clinics: randomized trial, *Am. J. Public Health*, 75(12): 1389–1392.
117. Windsor, AR., Lowe, BJ., Perkins, L., Yoder, D., Artz, L., Crawford, M., Amburgy, K., Boyd, RN. (1993). Health education for pregnant smokers: its behavioral impact and cost benefit, *American Journal of Public Health*, 83(2): 201- 206.
118. Windsor, AR., Woodby, L., Miller, MT., Hardin, MJ., Crawford, M., DiClemente, C. (2000), Effectiveness of agency for health care policy and research clinical practice guideline and patient educational methods for pregnant smokers in medicaid maternity care, *Am. J. Obstetric Gynecology*, 182(1): 68–75.
119. World Bank, eds. (1999). *Curbing the Epidemics: Government and the Economics of Tobacco Control*.(The World Bank), Washington.
120. World Health Organization (2002). *The Tobacco Atlas*.
121. World Health Organization (2004). *The Global Burden of Disease*.
122. World Health Organization (2006). *WHO Framework Convention on Tobacco Control : why is it important?*
123. World Health Organization (2008). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic*.
124. [www.ash.org.uk/ash\\_1u0ujf9c.htm](http://www.ash.org.uk/ash_1u0ujf9c.htm). Health impact of smoking (Erişim: 08. 02. 2008).

125. [www.med.umich.edu/1libr/womens/pg16.html](http://www.med.umich.edu/1libr/womens/pg16.html). Smoking During Pregnancy (Erişim: 09. 03. 2009).
126. Yaman S., Bölükbaşı N., Pasinlioğlu T. (1994). Gebelerin sigara içme alışkanlıklarına ilişkin davranış değişiklikleri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 10(2): 125–130.
127. Yeltekin, Y., Karasimav, S., Yalçın, S. (2005). Gümüşdere sağlık ocağında pasif sigara maruziyetinin doğum ağırlığı üzerine etkisi, STED, 14(4): 90–93.
128. Yılmaz G., Yurdakök, K. (2003). Sigara dumanına maruziyetin bebeklerin sağlığına ve serum antioksidan düzeylerine etkisi, T. Klin. Pediatri, 12: 260–266.
129. Zelikoff, T.J. (2007). Smoking during pregnancy: subsequent effects on offspring immune competence and disease vulnerability in later life, Reproductive Toxicology, 23: 428–437.



## **X. EKLER**

EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 2: Ön Değerlendirme Formu

EK 3: Fagesrtröm Nikotin Bağımlılık Testi Formu

EK 4: Kişisel Bilgi Formu

EK 5: Telefonla İzleme ve Değerlendirme Formu

EK 6: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Değerlendirme Şeması

EK 7: Sigaranın Gebelikteki Zararlı Etkilerinin Henüz Doğmamış Bebeğinden Anneye Yazılan Bir Mektup Şeklinde Anlatıldığı Broşür

EK-1.

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

### GEBE KADINLARA YÖNELİK BİR SİGARAYI BIRAKTIRMA PROGRAMININ KADINLARIN SİGARAYI BIRAKMA DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Sigara, nikotin isimli bağımlılık yapıcı bir maddenin 4000'den fazla zehirli maddeyle bir arada bulunduğu bir üründür. Sigara içerdiği zararlı maddeler nedeniyle gebelik üzerin oldukça önemli olumsuz etkilere sahiptir. Sigaranın gebelik döneminde neden olduğu olumsuz etkilerin başlıcaları; yeni doğanın doğum ağırlığında azalma, gelişme geriliği, erken doğum, doğumdan sonra bebek ölümü, yeni doğanın doğumsal anomalileri, doğumdan sonra solunum yolu hastalıkları, plasentanın (eş) yanlış yere yerleşmesi(Plasenta previa), plasentanın bebek doğmadan önce ayrılması (Plasenta ablasyo), annenin sularının erken gelmesi(Erken Membran Ruptürü) ve düşüklerdir.

Gebelik döneminde sigaranın bırakılması ile hem anne sağlığı üzerine hem de bebek üzerine olan doğum öncesi ve sonrası olumsuz sonuçlar önlenmiş olacaktır. Sağlıklı kuşakların yetişmesi ancak gebelik sürecinin sağlıklı geçirilmesi ve bilinen risklerden kaçınmakla mümkündür.

Bu çalışma ile gebeliği esnasında sigara içen kadınlara uygulanacak bir sigarayı bıraktırma programının kadınların sigara bırakma davranışları üzerine olan etkisi incelenecektir.

Çalışmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı ve bu günün tarihini yazıp, imzanızı atınız. İlgilerinize teşekkür ederiz.

**YUKARIDA BELİRTİLEN AMACA YÖNELİK HAZIRLANMIŞ OLAN  
GEBE KADINLARA YÖNELİK BİR SİGARAYI BIRAKTIRMA  
PROGRAMININ KADINLARIN SİGARAYI BIRAKMA DAVRANIŞLARI  
ÜZERİNE ETKİSİ KONULU ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL  
EDİYORUM.**

TARİH

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

ADI-SOYADI ve İMZA

## EK-2. ÖN DEĞERLENDİRME FORMU

Anket No:

1- Şu anki gebelik haftanız/ayınız nedir?

Belirtiniz .....hafta .....ay

Son adet tarihiniz.....

2- Aşağıda belirtilen seçeneklerden hangisi size uygun olanı tanımlamaktadır?

a)Hayatım boyunca hiç sigara içmedim

b)Hayatım boyunca içtiğim sigara sayısı 100'ü (5 paket) geçmedi. Halen sigara içmiyorum

c)Hayatım boyunca içtiğim sigara sayısı 100 (5 paket) adetten fazla, halen(az yada çok) sigara içiyorum.

3- Eğitim durumunuz nedir?

a)İlkokul Mezunu

b)Ortaokul Mezunu

c)Lise Mezunu

d)Üniversite Mezunu

4- Gebelikte sigaranın bırakılması konulu araştırmaya katılmak ister misiniz?

a) Evet katılırım

b) Hayır katılmak istemiyorum

### **EK-3. FAGERSTRÖM BAĞIMLILIK TESTİ**

1- Günde kaç sigara içiyorsunuz?

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

2- Sabah ilk sigarayı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

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

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

- Evet
- Hayır

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

- Günün ilk sigarası
- Diğer herhangi biri

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

- Evet
- Hayır

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

- Evet
- Hayır

#### **EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

Adı- Soyadı:

Görüşme Tarihi:

Telefon Numarası:

Anket No:

#### **1- Sosyo-Demografik Veriler**

1- Doğum Tarihiniz .....

2- Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

a) Evet                      b) Hayır

3- Aylık gelirin ne kadar?

.....YTL

#### **2- Obstetrik Öykün**

1- Kaç gebelik geçirdiniz?      (G).....

2- Kaç doğum yaptınız?      (P).....

3- Kaç düşük yaptınız?      (A).....

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

5- Bu kaçınıcı gebeliğiniz?.....

6- Bu gebeliğiniz planlı mı gerçekleşti?

a) Evet                      b) Hayır

#### **3- Sigara Kullanımına İlişkin Veriler**

1- Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?

.....

2- Gebelikten önce günlük içtiğiniz sigara sayısı ne kadardı?

Günde .....Haftada.....

3- Şu an içtiğiniz günlük sigara sayısı ne kadar ?

Günde.....Haftada.....

4- Eşiniz sigara kullanıyor mu?

a) Evet                      b) Hayır

5- Yaşadığınız ortamda sigara içen başka insanlar var mı?

a) Evet (kaç kişi.....)      b) Hayır

6- Daha önce sigarayı bırakmayı denediniz mi?

a) Hayır denemedim

b) Evet denedim (Kaç kez.....)



13- Şimdiye kadar aldığınız doğum öncesi bakımlarda gebelikte sigaranın etkileri hakkında bilgi verildi mi?

- a) Evet, ebe- hemşireden bilgi aldım
- b) Evet, doktordan bilgi aldım
- c) Evet, hem ebe, hemşire hem de doktordan aldım
- d) Hayır hiçbir sağlık personelinde bilgi almadım
- e) Diğer.....

14- Doğum öncesi bakımlarınızda sigarayı bırakmanız tavsiye edildi mi?

- a) Evet, ebe- hemşireden bırakma tavsiyesi aldım
- b) Evet, doktordan bırakma tavsiyesi aldım
- c) Evet, ebe- hemşire ve doktordan bırakma tavsiyesi aldım
- d) Hayır, hiçbir sağlık personelinde bırakma tavsiyesi almadım
- e) Diğer.....

15- Verilen bu tavsiyenin ne yönde etkisi oldu?

- a) Sigarayı bırakmamı sağladı
- b) İçtiğim sigara sayısını azaltmamı sağladı
- c) Tavsiye yeterli değildi bir etkisi olmadı

## EK-5. TELEFONLA İZLEME VE DEĞERLENDİRME FORMU

### Katılımcının

Adı- Soyadı:

Form No:

Telefon numarası:

	<b>1. görüşme</b> Gebe polikliniği	<b>2. görüşme</b> İlk viziten 7-10 gün sonra telefonla	<b>3. görüşme</b> 2.viziten 15-20 gün sonra telefonla	<b>1. değerlendirme</b> Gebeliğin 28.-32. haftaları arası	<b>2. değerlendirme</b> Gebeliğin 34.-36. haftaları arası
Tarih					
Gebelik haftası/ayı					
İçilen sigara sayısı	Gün				
	Hafta				
Sigarayı Bırakma Müdahalesi	<input type="checkbox"/> Grup I <input type="checkbox"/> Grup II <input type="checkbox"/> Grup III	<input type="checkbox"/> Sigara içmiyor, tebrik etme <input type="checkbox"/> Sigara içiyor, Engelleri tartışma <input type="checkbox"/> Müdahale yok	<input type="checkbox"/> Sigara içmiyor, tebrik etme <input type="checkbox"/> Sigara içiyor, Engelleri tartışma <input type="checkbox"/> Müdahale yok	<input type="checkbox"/> Sigara içiyor <input type="checkbox"/> Sigara İçmiyor	<input type="checkbox"/> Sigara içiyor <input type="checkbox"/> Sigara İçmiyor
Görüşme Sonrası Değişim Aşaması	<input type="checkbox"/> Düşünmüyorum/ bırakmak istemiyorum  <input type="checkbox"/> Bırakmayı düşünüyorum/emim değilim  <input type="checkbox"/> Deneyeceğim/Bır akacağım	<input type="checkbox"/> Düşünmüyorum/ bırakmak istemiyorum  <input type="checkbox"/> Bırakmayı düşünüyorum/emim değilim  <input type="checkbox"/> Deneyeceğim/Bır akacağım  <input type="checkbox"/> Bıraktı	<input type="checkbox"/> Düşünmüyorum/ bırakmak istemiyorum  <input type="checkbox"/> Bırakmayı düşünüyorum/emim değilim  <input type="checkbox"/> Deneyeceğim/ Bırakacağım  <input type="checkbox"/> Bıraktı	<input type="checkbox"/> Düşünmüyorum/ bırakmak istemiyorum  <input type="checkbox"/> Bırakmayı düşünüyorum/emim değilim  <input type="checkbox"/> Deneyeceğim/ Bırakacağım  <input type="checkbox"/> Bıraktı	<input type="checkbox"/> Düşünmüyorum/ bırakmak istemiyorum  <input type="checkbox"/> Bırakmayı düşünüyorum/emim değilim  <input type="checkbox"/> Deneyeceğim/ Bırakacağım  <input type="checkbox"/> Bıraktı
Sigarayı Bırakma Tarihi					
Doğumdan sonra sigara içmeyi düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Düşünüyorum <input type="checkbox"/> Kararsızım <input type="checkbox"/> Düşünmüyorum	<input type="checkbox"/> Düşünüyorum <input type="checkbox"/> Kararsızım <input type="checkbox"/> Düşünmüyorum	<input type="checkbox"/> Düşünüyorum <input type="checkbox"/> Kararsızım <input type="checkbox"/> Düşünmüyorum	<input type="checkbox"/> Düşünüyorum <input type="checkbox"/> Kararsızım <input type="checkbox"/> Düşünmüyorum	<input type="checkbox"/> Düşünüyorum <input type="checkbox"/> Kararsızım <input type="checkbox"/> Düşünmüyorum
Sigarayı bırakma sürecinde broşürün katkısı	<input type="checkbox"/> Bırakmada etkili oldu <input type="checkbox"/> Sigara sayısını azaltmada etkili oldu <input type="checkbox"/> Herhangi bir etkisi olmadı				
Sigarayı bıraktırma programının katkısı	<input type="checkbox"/> Bırakmada etkili oldu <input type="checkbox"/> Sigara sayısını azaltmada etkili oldu <input type="checkbox"/> Herhangi bir etkisi olmadı				



## EK-6. FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ DEĞERLENDİRME ŞEMASI

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

Testin değerlendirilmesinde alınan puanlar toplanmakta ve toplam puan elde edilmektedir.

Toplam puana göre bağımlılık düzeyi aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir

- 0-2 : bağımlılık düzeyi çok az
- 3-4 : bağımlılık düzeyi az
- 5 : bağımlılık düzeyi orta
- 6-7 : bağımlılık düzeyi yüksek
- 8-10: bağımlılık düzeyi çok yüksek

## EK- 7. SİĞARANIN GEBELİKTEKİ ZARARLI ETKİLERİNİN HENÜZ DOĞMAMIŞ BBEĞİNDEN ANNEYE YAZILAN BİR MEKTUP ŞEKLİNDE ANLATILDIĞI BROŞÜR



**Sevgili Anneciğim,**

Kısa bir süre sonra seninle göz göze geleceğiz. Şu an, dünyanın en güvenli yerinde, senin karnındayım. Beni sana sağlıklı bir şekilde kavuşturacak olan mükemmel koşullarda gelişimi tamamlıyorum. Benim için gerekli olan herşeye senin sayende anında kavuşuyorum. Sen benim dünyaya sağlıklı bir şekilde gelebilmem için her fedakârlığı yapıyorsun. Senin kucağında olacağım o güzel günü heyecanla bekliyorum anneciğim.

Canım anneciğim benim için hayatını değiştirdin, bana zarar vereceğini düşündüğün hemen her şeyden vazgeçtin. Her zorluğa katlandın. Peki hem sana hem de bana zarar veren sigaradan neden vazgeçemiyorsun? Yoksa bana verdiği zararları bilmiyor musun ?

**Anneciğim,**

İçtiğin her sigarayla aldığın sayısız zararlı madde hızla bana ulaşıyor ve bana hayat veren damarların gittikçe daha da daralmasına neden oluyor.

Bu damarlar daraldığında;

- Ben nefes alamıyorum. Damarlarımda oksijen yerine bu zehirli madde dolaşıyor ve bu yüzden kalp atımlarım bozuluyor.
- Aldığın besinler bana ulaşmıyor. Diğer bebekler gibi kilo alamıyorum ve büyüyemiyorum.
- Seninle birlikte bende sigara içiyorum anneciğim. Sigara dış dünyayı anlamamı sağlayan sinirlerin gelişmesini engelliyor. Bu yüzden doğduktan sonra seni anlamakta güçlük çekebilirim ve diğer çocuklar gibi kolay öğrenemeyebilirim anneciğim.

**Canım Anneciğim,**

Biliyorum sigara içmek için güçlü bir istek hissediyordun. Belki de çok kırgınsın, zor günler geçiriyorsun. Ama senin her sigara içimde ben de çok zor anlar yaşıyorum. Bunun üstesinden gelmeliyiz. Lütfen şimdi derin bir nefes al ve bizi düşün. Birlikte olacağımız sağlıklı ve güzel günleri düşün. Sigaranın hayatımızı çaldığını unutma anneciğim. Zorlandığın anlarda kendini oyalamak için yapmaktan hoşlanacağın işleri dene. Mesela çok sevdiğin bir şarkıyı birlikte dinleyebiliriz. Ya da sevdiğin birini arayabilirsin.

Biliyorum sen bize zarar vermeye çalışan bu maddeye yenik düşmeyecek kadar güçlüsün. Başaracaksın anneciğim. Sen bize bilerek zarar vermezsin.

**Canım Anneciğim,**

Bazen istemeyerek yenilsen bile denemekten asla vazgeçmemelisin. Bir sonraki atak için çok güçlü olmalısın. Çünkü içmediğin her günün önemi çok büyük. Yenildim diye devam edersen eğer bizi çok daha zor günler bekliyor olabilir. Sen içmeyi bırakmadığında;

- Beni düşürebilirsin ya da büyümemi sağlayan eş, ben doğmadan önce ayrılabilir. Bu nedenle doğmadan yaşama şansımı kaybedebilirim.

**Ya da zamanından önce ve düşük kilolu doğabilirim. Bu yüzden senin yanında olmak yerine hastanelerde büyüyebilirim.**

- Sigara sakat doğmama neden olabilir.
- Belki de doğduktan sonra beklenmedik bir zamanda aniden hayata gözlerimi kapayabilirim. Birbirimizi tanımadan kaybedebiliriz. Lütfen buna izin verme anneciğim.



*Sigara içmen sorunlarımızı çözmez.*

*Aksine bize çok büyük zararlar vererek ayrılmamıza neden olabilir. Oysa ben seni tanımak, senin kucağında uyumak ve seninle büyümek istiyorum. Biliyorum ondan kurtulmak zor. Ama bunu bizim için yapmalısın. Unutma anneciğim bıraktığın andan itibaren bize verdiği zararlar hızla azalacak; ben daha sağlıklı doğacağım sen daha az hastalanacaksın. Ayrılmayacağız. Ama içmeye devam edersen, sadece şimdi değil doğduktan sonrada zarar görmeye devam edeceğiz.*

*• Sigara sütünü azaltacağı için beni yeterince emziremeyeceksin ve ben diğer çocuklar gibi sağlıklı büyüyemeyeceğim.*

*• Geçireceğim bir çok hastalığın sebebi sigara olacak.*

*• Akciğerlerime çok zarar verdiği için doğumdan sonra zatürree, bronşit, astım ve diğer hastalıklara yakalanma riskim de çok fazla olacak. Hastanelerde büyümek istemiyorum anneciğim.*



*• Ve ben büyüdükçe her şeyinle seni örnek alacağım. Belki de sen sigara içtiğin için bende sigaraya başlayacağım. İleride elimde sigarayla beni görmek ister misin anneciğim?*

*Bugün sigarayı bırakırsan anneciğim yarınlar ikimiz içinde daha güzel olacak. İkimizin sağlığı içinde yapacağın en iyi şeyin bu olduğunu bilmelisin. Sen ve ben buna değeriz anneciğim.*

*Her an yanımda olmana ihtiyacım var.*

*Sigarayı bırakarak birlikte geçireceğimiz yılları artırdığını unutma anneciğim.*

**Seni çok seviyorum.....**



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI

YRD. DOÇ. DR. ZEHRA GÖLBAŞI  
YÜK. HEM. ELİF KETEN



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Elif KETEN
Doğum Yeri ve Tarihi	Sinop 10.11.1981
Medeni Hali	Bekâr
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Suluova Devlet Hastanesi AMASYA
E-posta Adresi	elifketen05@gmail.com

### Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Kars Sağlık Meslek Lisesi, 1999
Önlisans	KAÜ Kars Meslek Yüksek Okulu, Laboratuvar, 2001
Lisans	OMÜ Amasya Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik, 2006
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

### İş Tecrübesi

Laboratuvar Hemşiresi	Kars Doğum ve Çocuk Bakımevi, 2001–2002
Doğum ve Kadın Hastalıkları Klinik Hemşiresi	Amasya Suluova Devlet Hastanesi, 2002–2006
Acil Servis Hemşiresi	Amasya Suluova Devlet Hastanesi, 2006'dan itibaren halen devam ediyor
Hizmetiçi Eğitim Hemşiresi	Amasya Suluova Devlet Hastanesi, 2008'den itibaren halen devam ediyor

### Katıldığı Kurs ve Sertifikalar

Hemşirelikte Temel Yönetim Becerileri, 2008
Acil Bakım Hemşireliği, 2009