

**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**GEBE KADINLARIN SİGARA İÇME DAVRANIŞLARI VE  
GEBELİKTE SİGARANIN ETKİLERİNE YÖNELİK  
BİLGİLERİNİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Gürsüm KISACIK**

**Eylül 2007**

**SİVAS**

**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**GEBE KADINLARIN SİGARA İÇME DAVRANIŞLARI VE  
GEBELİKTE SİGARANIN ETKİLERİNE YÖNELİK  
BİLGİLERİNİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Gürsüm KISACIK**

**Eylül 2007**

**SİVAS**

**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**GEBE KADINLARIN SİGARA İÇME DAVRANIŞLARI VE  
GEBELİKTE SİGARANIN ETKİLERİNE YÖNELİK  
BİLGİLERİNİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
Gürsüm KISACIK**

**TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI**

**Eylül 2007  
SİVAS**

**“Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 05.01.1984 tarih ve 84/1 No’lu kararı ile kabul edilen Tez Yazma Yönergesi’ne göre hazırlanmıştır”**

## **TEŐEKKÜR**

Araştırmanın y¼r¼t¼lmesinde değerli katkılarında dolay¼ tez danışmanım Yard.Doç.Dr. Zehra GÖLBAŞI'na, g¼sterdikleri ilgiden dolay¼ çalışmanın yapıld¼ęı sağlık ocaklarında çalışan değerli meslektaşlarım hemşire ve ebelere, tez çalışması s¼resince verdikleri maddi, manevi desteklerden dolay¼ babam Nusret KISACIK, annem Latife KISACIK ve kardeşlerime teőekk¼r ederim.

## **İÇİNDEKİLER**

**SAYFA NO**

<b>I. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>I.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....</b>	<b>1</b>
<b>I.2. Araştırmanın Amacı.....</b>	<b>6</b>
<b>II. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>7</b>
<b>II.1. Sigara ve Sağlık.....</b>	<b>7</b>
<b>II.2. Sigara ve Gebelik.....</b>	<b>9</b>
<b>II.2.1. Gebelikte Sigara İçilmesinin Gebelik Komplikasyonları Üzerine Etkisi.....</b>	<b>12</b>
<b>II.2.1.1. Plesental Problemler.....</b>	<b>12</b>
<b>II.2.1.2. Erken Membran Rüptürü.....</b>	<b>12</b>
<b>II.2.1.3. Abortus-Erken Doğum Riski.....</b>	<b>13</b>
<b>II.2.1.4. Prematüre İnsidansı.....</b>	<b>13</b>
<b>II.2.2. Gebelikte Sigara İçilmesinin Fetüs Üzerine Etkisi.....</b>	<b>13</b>
<b>II.2.2.1. İntra Uterin Gelişme Geriliği.....</b>	<b>13</b>
<b>II.2.2.2. Düşük Doğum Ağırlığı.....</b>	<b>14</b>
<b>II.2.2.3. Yenidoğan Ölümü.....</b>	<b>14</b>
<b>II.2.2.4. Yarı Damak Dudak.....</b>	<b>14</b>
<b>II.2.3. Gebelikte Sigara İçilmesinin Postnatal Etkileri.....</b>	<b>15</b>
<b>II.2.4. Gebelikte Sigara İçme ve Hemşirelik.....</b>	<b>16</b>
<b>III. YÖNTEM.....</b>	<b>17</b>
<b>III.1. Araştırmanın Şekli.....</b>	<b>17</b>
<b>III.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....</b>	<b>17</b>
<b>III.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....</b>	<b>17</b>
<b>III.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....</b>	<b>19</b>
<b>III.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması.....</b>	<b>19</b>

III.4.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması.....	20
III.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulaması.....	20
III.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
IV. BULGULAR.....	22
V. TARTIŞMA.....	40
VI. SONUÇLAR.....	48
VII. ÖNERİLER.....	51
VIII. ÖZET.....	52
SUMMARY.....	54
IX. KAYNAKLAR.....	56
X. EKLER.....	69
Ek I. Kişisel Bilgi Formu.....	70
Ek II. Gebe Kadınların Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgilerini Belirleme Soru Formu.....	74
Ek III. Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi.....	75
Ek IV. Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Derecelendirme Şeması.....	76
Ek V. Kadınların Gebelik Öncesi ve Sırasında Sigara İçme Durumları.....	77

## TABLULARIN LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	22
<b>Tablo 2.</b> Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Ortalaması.....	23
<b>Tablo 3.</b> Kadınların Bu Gebeliklerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	24
<b>Tablo 4.</b> Kadınların Gebelik Öncesi Dönemde Sigara İçme Özelliklerine göre Dağılımı.....	25
<b>Tablo 5.</b> Kadınların Gebelikte Sigara İçme Özelliklerine Göre Dağılımı.....	26
<b>Tablo 6.</b> Gebelik Öncesi Dönemde Sigara İçen Kadınların Gebelikte Sigara İçme Davranışlarındaki Değişime Göre Dağılımı .....	26
<b>Tablo 7.</b> Kadınların Eşlerinin Sigara İçme ve Gebelik Sürecinde Ev Ortamında Sigara Dumanına Maruz Kalma Durumlarına Göre Dağılımı.....	29
<b>Tablo 8.</b> Kadınların Doğum Öncesi Bakım Sırasında Sigara İçme Davranışı İle İlgili Aldıkları Sağlık Hizmetlerine Göre Dağılımı.....	28
<b>Tablo 9.</b> Kadınların Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgi İfadelerini Doğru Yanıtlama Durumuna Göre Dağılımı.....	30
<b>Tablo 10.</b> Kadınların Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgi Puan Ortalaması.....	31
<b>Tablo 11.</b> Kadınların Öğrenim Yılına Göre Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgi Puan Ortalaması.....	32
<b>Tablo 12.</b> Kadınların Yaş Grubuna Göre Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgi Puan Ortalaması.....	33
<b>Tablo 13.</b> Kadınların Gravidasına Göre Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgi Puan Ortalaması.....	34
<b>Tablo 14.</b> Kadınların Sigara İçme Durumuna Göre	



Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgi Puan Ortalaması.....	35
<b>Tablo 15.</b> Kadınların Gebelikte Sigara İçme Durumuna Göre Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgi Puan Ortalaması.....	36
<b>Tablo 16.</b> Kadınların Doğum Öncesi Bakım Sırasında Sigaranın Etkileri Hakkında Bilgi Alma Durumlarına Göre Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgi Puan Ortalaması.....	37
<b>Tablo 17.</b> Gebelik Öncesi Dönemde Sigara Deneyimi Olan Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Gebelikte Sigara İçme Durumlarının Dağılımı.....	38

## I. GİRİŞ

## I. 1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sigara içimi önlenebilir mortalite ve morbitide nedenlerinden biridir. İçerdiği 4000 kimyasal madde ile insan hayatını tehdit eden sigaranın, hücre üzerinde farmakolojik, mutajenik, kanserojenik, toksik ve inflamatuvar etkileri vardır. Sigara, içerisindeki zehirli ve bağımlılık yapan maddelerle içen kişiye verdiği zararların yanı sıra pasif içiciler üzerinde de zararlı etkilere neden olmaktadır (Atasü, Beninan 2000, Lindley 2001, Öztuna 2007). Sigaranın yaygın içildiği toplumlarda, 65 yaş öncesi görülen koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık ölümlerinin yaklaşık yarısı, akciğer kanseri ölümlerinin %85-90'ı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ölümlerinin yaklaşık %80'i sigara yüzündendir (Marakoğlu, Sezer 2003).

Dünyada her yıl 5 milyon kişinin sigara nedeniyle öldüğü belirtilmektedir. (WHO 2001). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında yayınlamış olduğu bülteninde; dünya nüfusunun 1.3 milyarının sigara içtiği, bunların 200 milyonunun kadın olduğu ve her yıl sigara içmeye bağlı ölen dört milyon insanın yarım milyonunu kadınların oluşturduğu belirtilmiştir (www.un.org. 2000). Gerekli önlemler alınmadığında 2025 yılında bu sayının 1.7 milyarı aşacağı ve bu içicilerin %84'ünün gelişmekte olan ülkelerdeki insanlar olacağı belirtilmektedir (Economics of Tobacco Control Paper 2003). Dünya genelinde erkeklerin %42'si, kadınların %17'si sigara içmektedir (WHO 2001). Gelişmiş ülkelerde kadınların %20'si, gelişmekte olan ülkelerde ise kadınların %9'u sigara içmektedir. Ancak dünya geneline bakıldığında, gelişmekte olan ülkelerde özellikle genç kızlar ve kadınlar arasında sigara içme alışkanlığının giderek yaygınlaşmakta olduğu belirtilmektedir (CDC 2004).

Son 20 yılda, bazı gelişmiş toplumlarda sigara tüketiminde azalma görülürken Türkiye'de 1985-2000 yılları arasında sigara tüketimi %89 oranında artmıştır (Sezer 2001). 1988 yılında tüm Türkiye'yi temsil edebilecek nitelikteki bir örneklem grubu üzerinde yapılan PİAR çalışmasında, sigara içme sıklığı %43.6 olarak bulunmuş, bu sıklığın erkeklerde %62 ve kadınlarda %24.3 olduğu belirlenmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2003) verilerine göre ülkemizde 15-49 yaş arası kadınların %28'i sigara içmektedir. Kadınlar arasında sigara içme sıklığının TNSA-1993 araştırmasında %18 olduğu göz önüne alındığında son 10 yılda bu alışkanlığının önemli bir artış gösterdiği dikkati çekmektedir (TNSA 1993).

Kadınlar için sigara içmenin kendini ve ekonomik gücünü kanıtlama, bağımsızlık, kendine güvenin göstergesi vb. açılardan önemi vardır. Ayrıca bazı

kadınlar kilo alımının önüne geçmek düşüncesi ile sigaraya yönelebilmektedir. Geçen zaman içinde kadınların daha fazla eğitim olanağına ve ekonomik güce sahip olması, dolayısıyla sigaraya ulaşma olanaklarının artması kadınlar arasında sigara içmenin yaygınlaşmasında rol oynamaktadır. Sigara firmalarının özellikle kadınlara yönelik üretim ve pazarlama yaklaşımları da kadınlar arasında sigara içme davranışının artışında önemli olmuştur (Bilir 2003).

Kadınlar arasında sigara içmenin artmasıyla birlikte kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve akciğer hastalıkları başta olmak üzere sigaraya bağlı sağlık sorunlarının görülme oranı kadınlarda da artış göstermiştir (Bilir 2003, Bush ve ark 2000, WHO 2001, Marakoğlu, Sezer 2003, McLeon ve ark 2003). Sigara içme alışkanlığının kadın üreme sistemi ve fonksiyonundaki etkileri kadının doğurganlık özelliğinin olması nedeni ile özel bir önem taşımaktadır. Günümüzde sigara içmenin üreme işlevi üzerine ve fetüs sağlığına etkileri yaygın olarak araştırılmaktadır. Bu araştırmaların sonucuna göre sigara içme davranışının doğurganlık üzerinde de etkili olduğu, kadınlarda konsepsiyonu geciktirirken, erkeklerde sperm anormalliği oranını arttırdığı bildirilmektedir (Dempsey, Benowitz 2001).

Gebelik öncesi, gebelik ve gebelik sonrasında sigara içimi anne sağlığının yanı sıra bebek sağlığını da olumsuz etkilemektedir (Özmen 2004, Andres, Day 2000, Bilir 2003, Cimete 2002). DSÖ (2001) gebelik süresince sigara içme davranışının fetüs ve bebek sağlığı üzerine zararlı etkisinin olduğuna dair bilgi artışına rağmen, gebelik süresince sigara içmenin hala büyük bir halk sağlığı sorunu olduğu vurgulanmaktadır. Çünkü toplumda sigara tüketiminin artması, sigaradan kaynaklanan gebelikle ilgili risklerin de artmasına neden olabilmektedir (Marakoğlu, Sezer 2003). Gebelikte sigara içilmesi veya ortamdaki sigara dumanının solunması fertilitiyi, fetüsün gelişmesini ve gebeliğin her safhasını olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Cimete 2002).

TNSA-2003 verilerine göre, ülkemizde gebe kadınların %15'i, emziren kadınların %20'si sigara içmekte (TNSA 2003) ve özellikle genç annelerde sigara içme davranışının daha yaygın olduğu ifade edilmektedir (Bilir 2003, Smoking behavior and attitudes 1997). Ülkemizde gebe kadınların sigara içme sıklığını yansıtan diğer çalışmalara göre; gebelikte sigara içme sıklığı Erzurum'da %3 (Alp ve ark. 1995), Konya'da Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde doğum yapan kadınlarda %7.3 (Marakoğlu, Erdem 2007), Sakarya il merkezde yapılan bir çalışmada %12.7 (Semiz ve ark. 2006), Bursa'da %16 (Uncu 1999), İstanbul'da %32 (Özsoy

1992) ve Samsun'da %37 (Üstün, Malatyalıoğlu 1990) olarak bildirilmiştir. Marakoğlu ve Sezer (2003) ilimizde yaptıkları çalışmalarında, gebeliğin her hangi bir döneminde sigara içme oranını %17, gebeliğin başından sonuna kadar aralıksız sigara içme oranını %9 ve gebelik döneminde sigara içmeyi bırakma oranını %49.4 olarak saptamışlardır.

Dünyadaki bazı ülkelerde yapılan diğer çalışma sonuçları da gebelikte sigara içiminin önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, gebelikte sigara içme sıklığı İtalya'da %12 ve İngiltere'de %43 (Chatenoud ve ark. 1999) olarak belirlenmiştir. Pichini ve Garcfa-Algar'ın (2006) çalışmasında gebelikte sigara içme sıklığı Fransa'da %18, Danimarka'da %35, Kanada ve Almanya'da %20 olarak ifade edilmektedir. ABD'de yapılmış bir çalışmada gebelikte sigara içme oranı %25 olarak belirtilmiştir (Thomas ve ark 2000). Farklı bir çalışmada kadınların %15-20'sinin gebeliklerinde sigara içtikleri sonucuna varılmıştır ve bu kadınların %74'ünün her gün bir veya daha fazla sigara içtiği belirtilmiştir (Andreas, Day 2000). Borges (2005) çalışmasında, gebeliğin başlangıcında sigara içen 15-35 yaş arasındaki kadınların %56'sının gebelik süresince sigara içmeye devam ettiğini belirtmiştir.

Gebelikte aktif yada pasif sigara içilmesi durumunda, sigaranın içinde bulunan nikotinin plasenta damarlarında yaptığı vazokonstrüksiyon fetal oksijenlenmenin azalmasına neden olmaktadır. Vazokonstrüksiyon nedeniyle fetüse geçen besin maddeleri azaldığı için fetüste intrauterin gelişme geriliği, prematürelilik, emme gücüğü, ani ölüm riski ve solunum patolojileri görülmektedir (Cimete 2002, Ogburn ve ark 1999, Grange ve ark 2005a, Albrecht, Caruthers 2002). Sherman ve arkadaşları (2001) çalışmalarında, annenin gebeliği süresince sigara içmesinin ani bebek ölüm riskini 2-4 kat arttırdığını belirtmektedir. Danimarkalı araştırmacıların 1989-1996 yılları arasında yaptığı çalışma sonucunda, gebelik sırasında sigara içilmesinin, gebeliğin ölü doğumla sonlanması riskini 2 kat ve bebek ölüm riskini de 1,8 kat arttırdığı bulunmuştur (Wisborg ve ark 2001).

Gebelik süresince annenin sigara içmesinin uterus, umbilikal ve fetal serebral arter kan akımı üzerine etkisini saptamak amacı ile yapılan bir çalışmanın sonucu, annenin günde en az bir sigara içmesinin dahi vasküler dirençte artmaya neden olduğunu ve bu durumun umbilikal-plasental dolaşımdaki kan akımı hızında azalmayla sonuçlandığını doğrulamıştır. Bunun da intra uterin gelişme geriliği, prematürelilik, düşük doğum ağırlığı, preeklamsi gibi durumlar için risk oluşturduğu belirtilmiştir (Albuquerque ve ark. 2004). Literatürde annenin içtiği günlük sigara sayısı ile

fetüs/yenidoğanda sigaraya bağlı sağlık sorunları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır (Walker, Vacek 2003, Cimete 2002). Yapılan bir çalışmada preterm bebeklerin yaklaşık %15'inden ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin %20-30'undan sigaranın sorumlu olduğu belirtilmektedir (Andreas, Day 2000). Balat ve arkadaşlarının 2003 yılında yayınladıkları çalışmalarında, gebeliklerinde sigara içen annelerin bebeklerinin ağırlığının içmeyen annelerin bebeklerine göre ortalama 300 gram daha az olduğunu belirttiktedirler.

Sigaranın başta spontan abortus olmak üzere ablasyo plasenta, plasenta previa, erken membran rüptürü gibi obstetrik komplikasyonlara yol açabildiği, santral sinir sistemi malformasyonları, hipospadias, inguinal herni, polikistik böbrek, septal defektler, göz kulak malformasyonları, gastroşizis ve yarık damak-dudak görülme riskini arttırabildiği belirtilmektedir (Andres, Day 2000, Bush ve ark. 2000, Fisher ve ark 2005, Sherman ve ark 2001). Gebelikte sigara içilmesinin, çocuklarda gelişim geriliği ve zeka geriliğine de yol açtığı ifade edilmektedir (Cimete 2002, Marakoğlu, Sezer 2003, Ogburn ve ark 1999). Gebenin sigara içmesinin yeni doğanda sarılık ve tiroit büyüklüğüne neden olduğu yapılmış bir araştırmada belirlenmiştir (Yaman, Bölükbaş, Pasinlioğlu 1994).

Gebelikte sigara içilmesi doğum sırasında bebekte siyanoz, ağlamama ve nefes alamama gibi sorunların görülmesine neden olabilmektedir (Cimete 2002). Yapılan bir çalışmada, gebeliğinde sigara içen annelerin bebeklerinde siyanoz, ağlamama ve nefes alamama gibi sorunların olduğu ve bu sorunların gebelikte sigarayı bırakamayan annelerin bebeklerinde daha çok görüldüğü belirtilmiştir (Kavaklı, Yıldız 1994). Diğer taraftan doğum sonrası dönemde annesi ve babası sigara içen bebekler için ilave riskler olduğu ifade edilmektedir. Bu riskler ani bebek ölüm sendromu, hastanede kalmayı gerektiren hastalıklar, bronşit, trakeit, öğrenme yetersizlikleri gibi nöro gelişimsel anomaliler olarak sıralanmaktadır (Albrecht, Caruthers 2002).

Sigara içen kadınların gebelikleri süresince içtikleri sigara sayısını azaltmaya ya da bırakmaya çalıştıkları ancak bu dönemde desteğe gereksinimleri olduğu belirtilmektedir. Bundan dolayı sağlık çalışanlarının sigara içen gebe kadınlara yardımcı olabilmeleri için öncelikle bu kadınları belirlemeleri, daha sonra kadınların sigarayı bırakmalarına yönelik hizmet sunmaları gerektiği vurgulanmaktadır (Grange ve ark 2005b). Yapılan çalışma sonuçlarına göre sigara içen kadınların gebelikte birlikte bu davranışlarında birinci trimestirde %51 azalma, üçüncü trimestirde %62 artma

gözlendiği (Grenge ve ark 2005a) ve doğum sonrası ikinci ve altıncı aylarda kadınların %50'sinde sigara içmeye tekrar başlama eğiliminin olduğu belirtilmektedir (Albrecht, Caruthers 2002).

Gebeliği süresince sigara içmeyi bırakmada başarısız olan kadınların %43.5'i ve sigara içmeye devam edenlerin %52.5'i sigarayı bırakamama nedeni olarak çevrelerinde sigara içen insanların olmasını belirtmektedir. Ayrıca gebeliği süresince sigarayı bırakan kadınların da bu süreçte sigara içme isteğinin olması (%65.8), stres (%49.2), pasif içici olmak (%43.5), çekme duygusu (%36.0) ve kilo alma riski (%18.9) gibi sorunlar nedeni ile sigarayı bırakmada zorluklar yaşadıkları ve buna yönelik danışmanlık gereksinimleri olduğu vurgulanmaktadır (Grenge ve ark 2005a). Diğer taraftan kadınların gebelikte öfke, sinirlilik, kaygı ve gerginlik hissetme gibi nedenlerden dolayı da sigara içtikleri saptanmıştır (Walker, Vacek 2003).

Kadınların gebelikte sigaranın anne ve bebek sağlığı üzerine etkisi ile ilgili bilgilerinin yetersiz olması gebelikte de bu alışkanlıklarını sürdürme nedeni olabilir. Yapılan çalışmalarda kadınların sigaranın genel etkileri ile ilgili bilgi düzeylerinin orta düzey ve üzerinde, fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerindeki etkilerine ilişkin bilgilerinin ise düşük düzeyde olduğu belirtilmektedir (Semiz ve ark 2006, Yeltekin ve ark 2005, Marakoğlu, Erdem 2007, Nobile ve ark 2000). Ancak kadınların gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgilerini saptayan çalışmalar ile sigara içme davranışlarını birlikte ele alan ve bilginin sigara içme davranışı üzerinde etkili olup olmadığını inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Marakoğlu, Erdem 2007, Semiz ve ark 2006, Grange ve ark 2005a).

TNSA 2003 sonuçlarına göre ülkemizdeki gebe kadınların %81.1'inin en az bir kez doğum öncesi bakım aldığı belirtilmektedir. Doğum öncesi bakımın anne ve doğacak bebeklerin sağlığını koruma ve geliştirmede etkili olabilmesi için bu bakım kapsamında gebe kadına yönelik neler yapıldığı, diğer bir ifadeyle hizmetin niteliği önemlidir. Bu bakım kapsamında annenin genel sağlığının ve sağlık davranışlarının bütüncül ve kapsamlı olarak değerlendirilmesi nitelikli bir hizmetin temelini oluşturacaktır. Gebelikte hem anne hem de fetüsün sağlığını etkileyebilecek ve mutlaka sorgulanması gereken faktörlerden biri de gebe kadının aktif yada pasif sigara içme durumudur. Gerek ülkemizde gerek ilimizde gebe kadınların sigara içme davranışlarını, sigaranın gebelikteki etkilerine yönelik bilgi düzeylerini ve bilgi düzeyinin sigara içme alışkanlığı üzerine etkisini kapsamlı şekilde inceleyen çalışmalar sınırlıdır (Alp ve ark.

1995, Marakoğlu, Erdem 2007, Semiz ve ark. 2006, Uncu 1999, Özsoy 1992, Üstün, Malatyaloğlu 1990). Gebeikte sigaranın etkilerine yönelik gebe kadın ve ailelerinin eğitimi bu sorunun çözüme yönelik anahtar bir noktadır. Bu nedenle doğum öncesi bakımda önemli rol ve sorumlulukları olan hemşireler tüm gebe kadınları aktif yada pasif sigara içiciliği, sigarayı bırakmaya yönelik motivasyon ve yardım gereksinimleri, sigaranın gebelikteki etkilerine yönelik bilgileri vb açılardan değerlendirmeli ve uygun müdahaleleri planlayabilmelidir. Böylece hemşireler bütüncül ve kapsamlı bakım vererek anne ve çocuk sağlığının korunması ve gelişmesine, aynı zamanda bu alandaki bilgi birikimine katkı sağlamış olacaktırlar.

## **I. 2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma,

1. Gebe kadınların sigara içme davranışlarını ve
2. Gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **II. GENEL BİLGİLER**

## II. 1. Sigara ve Sağlık

Sigara günümüzün en önemli halk sağlığı problemlerinin başında gelmektedir. Dünya Sağlık rgt (DSÖ) tarafından sigara içme davranışı, günümüzde bir biyo-sosyo-psikolojik zehirlenme hali olarak tanımlanmaktadır (WHO 2001). Sigaranın yanması sırasında 4000'den fazla zararlı madde oluşmaktadır. Bu maddelerden en az 55'inin hücresel düzeyde mutajenik ve kanserojenik etkilere neden olduğu ifade edilmektedir (ztuna 2007). Bunlar poliaromatik hidrokarbonlar, aza-arenler, nitrosaminler, aromatik aminler, aldehitler, organik ve inorganik bileşiklerdir (Hecht, Hoffmann 1988). Sigara onkogenleri aktive etmekte ve kanser baskılayıcı genleri suprese etmektedir. Bunun yanı sıra onkogen veya tümör baskılayıcı gen sisteminde 10-20 arasında mutasyon oluşturduğu ve buna bağlı akciğer kanseri geliştirdiği düşünülmektedir (ztuna 2007).

Sigaranın akciğer kanseri yanı sıra aşağıda belirtilen hastalıklara da neden olduğu rapor edilmektedir: (Al-Bader, Omu, Dashti 1999, Blann ve ark 1998, Doll 1996, ztuna 2007, WHO 2002, Yüksel 2002).

1. Kanserler: Akciğer, dudak, dil, farenks, larenks, karaciğer, özafagus, mide, anüs, pankreas, mesane, rahim, meme, yumurtalık, böbrek, mesane, penis ve kan kanserleri.

2. Solunum sistemi hastalıkları: Kronik bronşit, KOAH, amfizem, astım, bronşiolitis, uyku apnesi, pnömotoraks ve pnömokok enfeksiyonu.

3. Kalp-damar hastalıkları: Aterosklerotik kalp-damar hastalıkları (koroner, renal, karotid, mezenterik, iliak arterler ve abdominal aorta), enfarktüs, aritmiler, inme, periferik arter hastalığı ve venöz tromboemboli.

4. Sindirim sistemi hastalıkları: Peptik ülser, kanama, kronik pankreatit ve kolon adenomları.

5. Kadın hastalıkları ve doğum: Erken doğum, EMR, düşük doğum ağırlığı, abortus, ani bebek ölümü, büyüme gelişme geriliği, mental gerilik, febril konvülsiyon, davranış bozukluğu, akciğer gelişme bozukluğu ve artmış solunum yolu enfeksiyonları.

6. Erkek reme sistemi hastalıkları: Sperm kalitesinde azalma ve prostat hipertrofisi.

7. Cilt hastalıkları: Ciltte kırışıklıklar.



## 8. Romatizmal hastalılar: Osteoporoz.

Sigara içen bireylerde fizyolojik bir bağımlılık oluşmaktadır. Alışkanlığa neden olan nikotin, tütün bitkisinin yapraklarında bulunmaktadır. Sigaranın içerdiği diğer önemli zararlı maddeler; karbonmonoksit, katran, Radon (radyasyon), Bütan (tüp gazı), DDT (böcek öldürücü), Hidrojen Siyanür, Aseton, Naftalin ve Arsenik (fare zehri) olarak belirtilmektedir. Sigaranın içinde bulunan toksik maddelerden en önemlisi olarak belirtilen nikotin ve karbonmonoksitin gebelik sürecini olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (Özmen 2004, Gomez ve ark 2004).

Nikotin; yağda çözünebilen bir yapıya sahip olduğu için, biyolojik membranları kolaylıkla geçebilir. Bu nedenle ağız, farenks mukozalarından ve akciğerlerden absorbe olur. Karaciğerde metabolize olduktan sonra böbreklerden atılır. Kimyasal yapısı bakımından asetilkoline benzememesine rağmen asetilkolin gibi otonom sinir sistemini önce uyarır, sonra bloke eder. Nikotin'in metaboliti olan "kötinin" hem amniyotik sıvıda hem de bebek kordon kanında gösterilmesiyle plasental bariyeri geçtiği kanıtlanmıştır (Lambers, Clark 1996).

Katran kanser yapıcı maddeleri içerir. Sigaranın içerdiği bu maddeler dumanla çevreye de dağıldığı için, sigara içmediği halde sigara içilen ortamlarda sigara dumanına maruz kalan pasif içiciler de bu maddelerden olumsuz etkilenmektedir (Özer 2003).

Sigara alışkanlığı öncelikle erkekler arasında yayılmış olduğundan sigaranın neden olduğu sağlık sorunları da öncelikle erkeklerde gözlenmiştir. Ancak zamanla kadınlar arasında da sigara içme davranışının yaygınlaşması ile sigaranın yol açtığı çeşitli sağlık sorunları kadınlarda da gözlenmeye başlanmıştır. Öyle ki; kadınlar arasında akciğer kanseri ile olan ölümler 1960'lı yılların ortalarından itibaren artmaya başlamış ve 1987 yılından sonra meme kanseri ile olan ölümlerden daha yüksek düzeye ulaşmıştır (Bilir 2003).

Akciğer kanseri ve diğer organ kanserleri dışında sigara nedeni ile kadınlarda görülen diğer sağlık problemleri; KOAH, kalp hastalıkları, osteoporoz, hormonal etkilenimler şeklinde ifade edilmektedir. KOAH nedeni ile ölen kadınların %80'inin öyküsünde sigara içme alışkanlığı saptanmıştır. Ayrıca 2002 yılında KOAH'a bağlı gerçekleşen ölümlerin %51'inin kadın olduğu vurgulanmaktadır. Sigara içen kadınlarda kalp hastalığı görülme riskinin 2 kat arttığı ve kalp krizi riskinin ise %50 daha fazla olduğu belirtilmektedir. Sigara içmeyen kadınlara göre içen kadınların post-menopozal

dönemde daha düşük kemik dansitesine sahip olduğu ve bu nedenle kalça kırığı riskinin arttığı ifade edilmektedir (Çöl 2007, Yüksel 2002).

## **II. 2. Sigara ve Gebelik**

Sigara alışkanlığı, kadın sağlığına olan olumsuz etkileri yanı sıra üreme sisteminde de bazı etkilere neden olduğu için kadının bu boyutta da sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Bunlar infertilite, üreme sistemi kanserleri, erken menopoz ve menstrual problemler olarak ifade edilmektedir (Bilir 2003, Çöl 2003).

Kadınların sigara alışkanlığına gebelik süresince devam etmesi gebelikte görülebilecek sorunların artışına ve fetüs sağlığının bozulmasına neden olmaktadır.

Sigara içiminin gebeye ve fetusa etkileri şu şekilde gruplandırılmıştır;

- Gebelik kayıpları (spontan düşük, fetal ölüm, ölü doğum),
- Ektopik gebelik,
- Erken membran rüptürü (preterm, term),
- Preterm doğum ağırları ve erken doğum,
- Plasenta previa, ablasio plasenta,
- Fetal toksisite, (büyümede gecikme, nöro toksisite, damak ve dudak yarıkları, akciğer gelişiminde olumsuz etkiler),
- Postnatal yan etkiler, (ani bebek ölüm sendromu, prematür infantlar, düşük doğum ağırlıklı infantlar, yeni doğanda hiperviskosite, bebeklik ve çocukluk döneminde kan basıncının yükselmesi, çocuklarda davranışsal, psikiyatrik ve bilişsel yan etkiler, mental retardasyon, çocukluk kanserleri),
- Çocuklarda pasif sigara içiciliği ile ilgili sağlık sorunları (ani bebek ölümü, respiratuar hastalıklar nedeniyle ölümler, astım, pnömoni, otitis media, yanıklar ve yanığa bağlı ölümler) (Demsey, Benowitz 2001, Saraiya ve ark 1998).

Gebelikte sigara içilmesi durumunda sigaranın içinde bulunan zararlı maddeler nedeni ile gebelik sürecinin olumsuz etkilenmesine neden olan olaylar aşağıda sıralanmıştır (Sezer 2006).

1. Nikotinin, nörogenezis üzerine toksik etki yapması; Gebelikte sigara içilmesi fetüs beyinde asetil kolin sentezi olmadığı bu dönemde beynin nikotine maruz kalmasına neden olur. Bu durum nöronların çoğalması sürecini erken sonlandırır ve farklılaşma sürecini erken başlatır. Buna bağlı olarak beynin bazı bölgelerinde nöron sayısı olması gerekenden daha az olur.

2. Östrojene yönelik etkisi; Sigara içen gebelerde östrojen düzeyi, sigara içmeyenlerden %10 daha düşüktür. Gebelikte östrojenin çoğu, plasentada, fetal adrenal gland kaynaklı olan androstenedione'dan, plasental aromataz aracılığıyla yapılır. Fazla sigara içenlerde plasental aromataz düzeyi düşüktür, östrojen yapımı da bir ölçüde azalmıştır.

3. Sigaranın C vitamini üzerine olan etkisi; Amniokorionik membranın gerilmeye dayanıklılığı kollajenle ilgilidir. Amnion epitel hücrelerinde kollajen biosentezi için C vitamini gereklidir. C vitamini düzeyi azlığı, kollajen yapımını olumsuz etkileyerek, membranın gerilmeye dayanıklılığını azaltır ve membran yırtılmasını kolaylaştırır. Sigara içenlerde C vitamini düzeyleri düşüktür, C vitamini oksidan maddelerin nötralize edimesinde kullanılır ve azalır. C vitamini azlığı bağışıklık işlevlerini de olumsuz etkilemekte, enfeksiyon eğilimini artırmaktadır.

4. Kadmiyum etkisi; Kadmiyumun vücuttan atılma yarı ömrü 7-30 yıldır. Sigara içenlerin kadmiyum düzeyleri, kadmiyum maruziyetine neden olan işyerlerinde çalışanların kadmiyum düzeyleri gibidir. Bu nedenle sigara içenlerde kadmiyum birikimi olur. Kadmiyum birikimi çinko ve bakır tutarak, çinko ve bakır içeren enzimlerin yapımını azaltır, bu yolla kollajen oluşumunu, membran kuvvetini ve dayanıklılığını olumsuz etkiler. Kadmiyum birikmesi sonucunda oluşan çinko eksikliği neden ile, büyüme-gelişme geriliği, konjenital anomaliler, intrauterin büyüme geriliği, enfeksiyonlara duyarlılıkta artma, bozulmuş nörofizyolojik performans gibi klinik bulgular ortaya çıkar. Yaş ilerledikçe kadmiyum birikimi arttığından ileri yaş hamilelerde bu olumsuz etki daha da artar.

5. Fibronektin üzerine etkisi; Fibronektin plasentada yapılan glikoprotein özelliğinde bir maddedir. Fibronektin plasentanın desidua bazalise yapışmasını sağlar. Sigarada bulunan maddelerden bazıları (akrolein ve asetaldehid) fibronektin yapımını inhibe eder.

6. PAF (Platelet Activating Factor) yapımını artması; Sigarada bulunan nikotin ve kotinin dışındaki bazı maddeler, trombositleri etkinleştiren faktör (Platelet activating factor, PAF) yapımını artırır. Sigara bu etkiyi, PAF'ı etkisizleştiren bir enzimi (PAF asetil hidrolaz) inhibe ederek ortaya çıkarır. PAF artışı, fosfolipaz A yı etkinleştirecek prostaglandin yapımını artırır ve bu yolla erken eyleme katkıda bulunabilir. Amniyotik sıvıda prostaglandin artışı uterus kontraksiyonlarını başlatmaktadır. Amniyotik sıvının bakteriyel kontaminasyonunda da monositler uyarılmakta, uyarılan monositler de fosfolipaz A'yı ve PAF'ı uyararak prostaglandin yapımını artırmaktadırlar. Sigara kullanımı, PAF'ı etkisizleştiren sistemi inhibe ederek erken eylemi kolaylaştırabilir.

7. Nitrik oksit üzerine etkisi; Nitrik oksit, myometrium üzerine gevşetici etkiye sahiptir. Annenin sigara içmesi nitrit oksit sentezini azaltır. Sigara, damar endotelinden nitrik oksit salınımını azaltır. Bu etkinin altında oksidatif stres vardır. Sigaranın erken eyleme, nitrit oksiti azaltıcı etkisiyle de katkıda bulunabileceği öne sürülmektedir. Plasentada nitrik oksit sentezinde azalma vazokonstriksiyona katkı sağlamaktadır.

8. Uteroplental dolaşım üzerine etkisi; Sigara dumanı ile vücuda alınan nikotinin, uterus ve umbilikal korddaki damarlarda vazokonstrüksiyon yapması nedeni ile uteroplental dolaşımın bozulması fetüse besin ve oksijen geçişinin azalmasına neden olarak fetüste gelişme geriliğine neden olur.

9. Karbonmonoksitin etkisi; Sigara içinde bulunan karbonmonoksit, anne kanındaki karboksihemoglobin oranını arttırmaktadır. Bu durum fetusde distress oluşturarak ACTH ve katekolamin salgılanmasını stimüle etmekte ve doğum ağrılarını başlatmaktadır. Karbonmonoksit fetal bir toksindir. Gebelik döneminde karbonmonoksit zehirlenmesinden annenin tamamen iyileştiği vakalar, ölü doğumla veya kalıcı nörolojik hasarla sonlanabilmektedir. Karbonmonoksitin hemoglobine bağlanma eğilimi oksijenden yaklaşık 200 kat fazladır. Fetal hemoglobine bağlanma afinitesi daha da yüksektir. Bu nedenle fetusun karboksi-hemoglobin düzeyi annenin karboksi hemoglobin düzeyinden 1.8 kat yüksek olur. Sigara içenlerde karbonmonoksit konsantrasyonu yaklaşık %5-10'dur. Karbonmonoksitin vucuttan atılma yarı ömrü 5-6 saattir. Artmış karboksihemoglobin, işlevsel bir anemiye yol açar ve eritrosit yapımını uyarır. Sigara içen gebelerde ve fetuslarında hematokrit ve kan viskozitesi yükselir. Hematokrit ve viskozite artışı plasental perfüzyonu olumsuz etkiler. Karboksihemoglobin konsantrasyonundaki artış, fetal dokuların oksijenlenmesini olumsuz etkiler ve fetusta kronik hücresel hipoksiye yol açar. Bu durumun fetal büyüme

gecikmesine katkıda bulunduğu öne sürülmektedir. Yüksek karboksihemoglobin düzeylerinin merkez sinir sistemi üzerine toksik etki yaptığı ve kalıcı davranışsal sorunlara yol açabileceği hayvan deneylerinde gösterilmiştir.

**II.2.1. Gebelikte Sigara İçilmesinin Gebelik Komplikasyonları Üzerine Etkisi :** Sigara içilmesi plasental problemler, erken membran rüptürü (EMR), abortus-erken doğum riski ve prematür doğum insidansında artış gibi gebelik komplikasyonları ile ilişkili bulunmuştur.

**II.2.1.1. Plasental problemler:** Sigara içilmesinin plasental problemlerin görülme olasılığını arttırdığı belirtilmektedir. Bu problemler daha çok plasenta previa ve ablasio plasentayı içermektedir. Sigara içen gebelerde plasenta hipertrofisi olduğu ve implantasyonun uterusun daha alt segmentlerinde gerçekleştiği düşünülmektedir (Blake, Gurrin, Evans 2000). Ayrıca sigara içme nedeni ile fetüste artan karboksihemoglobin düzeyini kompanse etmek için plasentanın büyüyerek internal osa kadar ulaştığı ve plasenta previa oluşumuna neden olduğu belirtilmektedir (Meusr 1999). Yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre; günde bir paketten az sigara içen kadınlarda plasenta previa görülme oranı %8.2, ablasio plasenta görülme oranı %20.6 olarak belirtilirken yine aynı çalışmada günde bir paketten fazla sigara içen kadınlarda plasenta previa görülme oranı %13.1, ablasio plasenta görülme oranı %28.9 olarak saptanmıştır (Andres, Day 2000). Plasenta previa kanamanın ciddiyetine bağlı olarak anne ve fetüste anemi, hipoksi, ölüm, neonatal anemi gelişimine neden olabilir. Ayrıca erken doğum ve sezaryen nedeni de olabilmektedir (Andres, Day 2000, Dağoğlu, Gürok 2002). Sigara içiminin bırakılmasıyla, sigara içmeye devam edenlere göre ablasio plasenta sıklığının %23, plasenta previa sıklığının ise %33 azaldığı vurgulanmaktadır (Naeye 1980).

**II.2.1.2. Erken Membran Rüptürü (EMR):** Gebelikte sigara içilmesinin EMR insidansını arttırdığı (Gelişen 2001), EMR ile sigara içilmesinin doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (Andres, Day 2000). EMR'nin her gebelikte görülebilme oranı %5-15 olarak belirtilirken sigara içilmesiyle oranının %30-60'a ulaştığı saptanmıştır (Andres, Day 2000). Dolayısıyla bu durumun preterm doğum ve onun komplikasyonlarının da (solunum güçlüğü sendromu, neonatal enfeksiyon ve intraventriküler hemoraji) fazla görülmesine neden olacağı ifade edilmektedir (Samuel, Jerome 1998).

**II.2.1.3. Abortus-Erken Doğum Riski:** Sigara içen kadınlarda düşük yapma riskinin sigara içmeyenlere göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (Andres, Day 2000, Kallen 2000, Wasserman ve ark 1996). Gebelikte sigara içilmesinin erken doğuma

neden olduğu ifade edilmektedir (Backe 1993, Rush ve ark 1978, Sandergaard ve ark 2001). Hemminki ve arkadaşlarının (1983) yaptığı çalışmada günde 10 sigaradan fazla tüketimin sponran abortusu arttırdığı bulunmuştur. Gebeliğinde sigara içmeyenlerde erken doğum hızı %12.5 iken, günde 20 ve daha fazla sigara içenlerde bu oran %29.7'ye çıkmaktadır. Ayrıca erken doğumun yeni doğan ölümlerinin %60'ından sorumlu olduğu belirtilmektedir (Parsen, Spellacy 1994).

**II.2.1.4. Prematürite İnsidansında Artış:** Özellikle son trimesterde sigara içilmesinin, prematür doğum ile anlamlı derecede ilişkili olduğu belirtilmektedir (Backe 1993, Çetin, Malas 2005, Sondergaard ve ark 2001). Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin yenidoğan periyodu boyunca ciddi sağlık problemleri ile karşılaşma riskleri de artmaktadır (Özmen 2004).

### **II.2.2. Gebelikte Sigara İçilmesinin Fetüs Sağlığına Etkileri**

Sigara dumanında bulunan ve fetus üzerine toksik etkileri olan kimyasal maddelerden başlıcaları; karbonmonoksit, nikotin, hidrojen syanid, anilin, katekol, nitrojen oksit, metanol, fenol, akrolein, piridin, amonyak, hidrojen sülfid, arsenik, hekzavalan krom, kadmiyum, nikel, kurşun, aromatik hidrokarbonlar, nitrozaminler, aromatik aminler, heterosiklik aminler, aldehidler ve volatil hidrokarbonlardır (Dempsey, Benowitz 2001). Bu maddelerin intrauterin dönemde fetüsü olumsuz olarak etkilemesi sonucu bazı sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır.

**II.2.2.1. İntrauterin Gelişme Geriliği (İUGG) :** Sigara içilmesinin İUGG'ye neden olduğu belirtilmektedir (Desdicioğlu, Malas 2006, Kallen 2000, Wasserman ve ark 1996). Bunun, nikotinin vazokonstriktif etkisine bağlı uteroplesental dolaşımdaki azalma sonucu olduğu düşünülmektedir (Lambers, Clark 1996). Albuquerque ve ark'nın (2004) yaptığı çalışmada uterin arter, umbilikal arter ve fetal serebral arter kan akımlarının sigara içmekle etkilenip etkilenmediği araştırılmıştır. Sonuçta ise maternal sigara içmenin damarlarda kronik olarak artan rezistansa yol açtığı ve artan rezistans sonucu, fetal beslenmenin bozulması ile İUGG görüldüğü saptanmıştır. Fetüs büyümesinde yetersizliğe neden olan diğer bir faktör sigaranın içinde bulunan kadmiyum ve siyaniddir. Kadmiyum, gebelik döneminin aloenzimi olan çinkonun kullanımını engelleyerek İUGG'ne neden olur. Siyanid ise, fetüs hücrelerinin gelişimine direkt toksik etki göstererek fetüsün büyüme ve gelişmesinde geriliğe yol açar (Cunningham ve ark 1994).

**II.2.2.2. Düşük Doğum Ağırlığı (DDA) :** Doğum ağırlığı 2500 gramdan az olan bebeğe düşük doğum ağırlıklı bebek denir (Çavuşoğlu 2004). 2002 yılında ABD’de sigara içen annelerden doğan bebeklerin %12.2’si DDA iken sigara içmeyen annelerden doğan bebeklerin %7.5’i DDA olarak tespit edilmiştir (Martin 2002). Düşük doğum ağırlığı; doğumdan önceki yetersiz büyümeye, erken doğuma yada ikisine bağlı olarak gelişebilir. Sigara içilmesinin preterm doğumların %15’inden, DDA infantların %20-30’undan ve tüm perinatal mortalitede %150’lik bir artıştan sorumlu olduğu düşünülmektedir (Andres, Day 2000). Yapılmış bir çalışmanın sonucuna göre; gebeliğin 3 ay öncesinden başlayarak gebelik süresince sürekli sigara içen annelerin bebeklerinin kontrol grubuna göre doğum ağırlığı 377gr. daha düşük bulunmuştur (Samet 2003). Goel ve arkadaşları (2003) çalışmasında, sigara kullanan annelerin bebeklerinin ağırlığını kullanmayan annelerin bebeklerinin ağırlığına göre 100-300 gr daha eksik belirlemiştir. DDA olan bebekler doğum ve doğumdan sonraki ilk altı ayda daha yüksek mortaliteye ve morbiditeye sahiptirler. DDA bebeklerde aynı zamanda ciddi komplikasyon ve hastalık gelişme riski de daha fazladır (Özmen 2004).

**II.2.2.3. Yenidoğan Ölümü :** Yeni doğan ölümlerinin yaklaşık %5’inin maternal sigara içimi ile ilişkili olduğu tahmin edilmektedir (Salihu ve ark 2003). Bir çalışmada sigara içen annelerin bebeklerinde perinatal mortalite oranı %10.5 olarak ifade edilirken (Meyer ve ark 2004), yine farklı bir çalışmada bu oran %40’dan fazla olarak belirtilmiş ve riskin, prenatal olarak içilen sigara sayısına bağlı olarak arttığı belirtilmiştir (Andres, Day 2000).

**II.2.2.4. Yarık Damak-Dudak :** Gebelik sürecinde annenin aktif yada pasif sigara dumanına maruz kalması bebekte yarık damak-dudak gibi defektlerin görülmesinde artışa neden olmaktadır (Kalen 2000, Little ve ark 2004, Meyer ve ark 2004, Wasserman ve ark 1996). Annenin sigara içme durumu ile transforming growth factor alpha (TGFA) polimorfizmi arasında çocuklarda yarık damak-dudak oluşmasında bir etkileşim saptanmıştır. Tek başına TGFA polimorfizmi ve annenin sigara içmesi yarık damak-dudak oluşumunu bir kez arttırırken, birlikte bulduklarında yarık damak-dudak oluşumunun 5.5 kez daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Hwang ve ark. 1995).

**II.2.3. Gebelikte Sigara İçilmesinin Postnatal Etkileri :** Gebelik süresince sigara içilmesinin doğum sonrasında da bebeğin sağlığını etkileyebileceği ifade edilmektedir. Gebelikteki sigara içmek ile çocuktaki gelişimsel ve davranışsal etkilerle ilgili çalışmalar yapılmıştır. Buna göre gebelikteki sigara içiminin ya nikotinin etkisi ile

kan akımını azaltarak ya da karbonmonoksitin çok miktarda karboksihemoglobin oluşturması ile fetal hipoksiye yol açtığı belirtilmektedir (Eskenazi, Trupin 1999). Nikotin ayrıca fetal beyindeki spesifik nörotransmitter reseptörleri hedef alarak hücre çoğalması ve farklılaşmasında anormalliklere yol açabileceği ifade edilmektedir. Ayrıca gebelikte sigara içilmesi nedeni ile bebekte sigaraya bağımlılık belirtileri, nöropsikolojik gelişim geriliği, astım, ani bebek ölüm sendromu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anti sosyal davranış, intrauterin dönemde kemik kitlesi oluşunda zayıflık, aritmetik ve heceleme becerilerinde azalma olabileceği belirtilmektedir (Backe 1993, Button 2005, Davies, Stockdale, Cropper 2005, Özge, Toros 2006, Sondergaard ve ark 2001). Sigara içen annelerden doğan bebekler ile sigara içmeyen annelerden doğan bebekler, 1-2 günlükken davranışsal olarak karşılaştırılmışlardır. Sigara içen annelerden doğan bebekler; uyarılabilme, hipertonic olma, zor baş edebilme ve huzursuzluk yönlerinden yüksek puanlar almışlardır. Gebelikte günde içilen sigara miktarı ile bu belirtilerin şiddeti arasında pozitif bir ilişki de saptanmıştır (Button 2005).

Yapılan bir çalışmada, gebelikte içilen sigara ile okul çağı çocuklarda genel entelektüel yeteneklerde, dil/işitsel ve davranışsal fonksiyonlar ve okul başarısında hafif bir azalma (%10) olduğunu göstermektedir (Olds, Henderson, Tatelbaum 1994). Hem annenin hem babanın sigara içmesinin çocuğun zeka puanının normalin altında olma ihtimalini anlamlı olarak arttırdığı, sadece birinin içiyor olmasının ise çocuğun normalin üstünde zekaya sahip olma ihtimalini anlamlı olarak azalttığı belirtilmektedir (Özmert 2005).

Kaynaklarda, ifade edilen tüm bu olumsuzlukların, annenin sigara içmesi ile oluşabileceğinin yanı sıra annenin pasif olarak sigara dumanına maruz kalmasının da aynı etkiye sahip olduğu önemle vurgulanmaktadır.

### **II. 3. Gebelikte Sigara İçimi ve Hemşirelik**

Gebeliğin sorunsuz olarak başlaması, sürdürülmesi ve sonlanmasında doğum öncesi bakım hizmetlerinin yeterli kalitede ve ihtiyaca yönelik olması gerekmektedir. Hemşireler, sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme, kadınları ve ailelerini anlama, antepartum ve porstpartum bakım sağlama ve bu bakımlarda holistik bakım sağlayan uygulamaları yapmada uzman sağlık çalışanlarıdır (Pletsch, Morgan 2002). Bu nedenle



gebelik sürecinde anne yada 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 yada sigara dumanına pasif olarak maruz kalması gebelik komplikasyonların görölme oranını arttırmaktadır. İstendik olan hiçbir insanın yaşamının hiçbir döneminde sigara içmemiş olmasıdır. Ancak günümüzde sigara içme oranı her cinsiyet ve yaş grubunda artış göstermektedir. Bu nedenle gebeliğin başlangıcından itibaren sigara dumanına maruziyetin engellenebilmesi önemlidir. Hemşireler prenatal ve postpartum periyotlar süresince kadınlarla düzenli iletişimler kurarak kadınların sigara alışkanlıklarını değerlendirmede ve bakımın devamlılığını sağlamada, sigara dumanına maruz kalmayı gözlemlemede ve kadınların sigarayı bırakmaya yönelik başarılarını desteklemede aktif olarak rol almalıdır (Pletsch, Morgan 2002, Thyrian ve ark 2006). Bu sayede sigara alışkanlığı tespit edilen kadınlara gebelik süresince yapılacak destek ve danışmanlıkla gebelik öncesi yada gebeliğin erken dönemlerinde sigara içmemeleri sağlanmış olacaktır.

Doğum öncesi bakım kapsamında kadınların yapılan gebeliği etkileyebilecek alışkanlıklarının varlığı da sorgulanmalıdır. Gebelik öncesinde sigara kullanan ya da kullanmayan tüm kadınlara aktif yada pasif sigara içiciliğinin gebelikte anne, fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerine etkilerini açıklayan eğitimler düzenlenmelidir. Hemşireler sigara içtiği tespit edilen kadınlara sigarayı bırakabilmelerine yönelik uygun destek ve danışmanlık sağlamanın yanı sıra, onları sigara bıraktırma ünitelerine de yönlendirmelidir. Ayrıca bu boyutta hemşire, kadını ailesi ve çevresi ile bir bütün olarak ele alıp pasif içiciliği önlemek adına aile bireylerinin de sigara içmeyi bırakmasına yönelik çalışmalar yapmalı yada en azından gebe kadınların bulunduğu ortamda sigara içilmemesini sağlamak için girişimlerde bulunmalıdır.

### **III. YÖNTEM**

#### **III.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, gebe kadınların sigara içme davranışları ve gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

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

Araştırma Sivas il merkezi belediye sınırları içerisinde bulunan toplam 19 sağlık ocağı bölgesinde yapılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı sağlık ocaklarında, Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan Eylül 2007 tarihli kayıtlara göre toplam 72 hemşire, 113 ebe ve 75 doktor görev yapmaktadır. Her bir sağlık ocağı bölgesindeki tüm gebelerin tespit edilmesi ve gebelik süresince izlenmesi sağlık ocağında çalışan ebe/hemşirelerin görevleri arasında yer almaktadır. İl Sağlık Müdürlüğü sağlık ocaklarında, gebelikte sigaranın etkilerine yönelik geçmişte yapılmış, şuanda yürütülen ya da gelecekte yapılması planlanan herhangi bir çalışma olmadığını, ancak gebe takibinden sorumlu hemşire ve ebelerin bu konuda gebeleri bilgilendirme görevlerinin olduğunu belirtmektedir. Ancak gözlemler tüm gebelerin sigara kullanma davranışların sorgulanmadığı ve gebelikte sigaranın etkisine yönelik planlı eğitimler yapılmadığı yönündedir. Gebe izlemi için kullanılan "Gebe-Lohusa İzlem Formu"nda annenin yada aile bireylerinin sigara içme durumunu sorgulayan maddenin yetersiz olduğu saptanmıştır.

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

Araştırmanın evrenini Sivas il merkezi belediye sınırları içinde bulunan sağlık ocaklarına kayıtlı olan gebe kadınlar oluşturmuştur. Ekim 2006 rakamlarına göre 19 sağlık ocağına kayıtlı toplam gebe sayısı 2134 tür. Araştırmanın örnekleme evrenin belirli olduğu durumlarda olayın sıklığını incelemek amacıyla kullanılan formül yardımıyla belirlenmiştir. Buna göre örneklem sayısı 662 olarak saptanmıştır.

$$N= 2134$$

$$p= 0.50$$

$$q= 0.50$$

$$d= 0.01$$

$$t= 1.96$$

Araştırmanın yapılacağı her bir sağlık ocağı bölgesi bir tabaka olarak kabul edilmiş ve bu sağlık ocağı bölgesinden örnekleme alınacak kadın sayısı belirlenmiştir. Şekil 1. de Sivas il merkezine bağlı sağlık ocakları, bu sağlık ocağına kayıtlı toplam gebe sayısı ve her bir bölgeden örnekleme alınacak olan ve ulaşılan gebe sayısı verilmiştir.

**Şekil 1.** Araştırmanın yürütüldüğü sağlık ocakları, sağlık ocağına kayıtlı, örnekleme alınması gereken ve ulaşılan gebe sayıları

<b>Sağlık Ocağı Bölgesi</b>	<b>Kayıtlı Toplam Gebe Sayısı</b>	<b>Örnekleme Alınması Gereken Gebe Sayısı</b>	<b>Örnekleme alınan gebe sayısı</b>
Alibaba Sağlık Ocağı	120	38	33
Aydoğan Sağlık Ocağı	143	45	40
Çayyurt Sağlık Ocağı	96	30	27
Demircilerardı Sağlık Ocağı	46	14	14
Emek Sağlık Ocağı	221	70	56
Esentepe Sağlık Ocağı	168	52	46
Gökmedrese Sağlık Ocağı	54	16	16
Gültepe Sağlık Ocağı	33	10	10
Kadıburhanettin Sağlık Ocağı	85	25	21
Karşıyaka Sağlık Ocağı	52	15	15
Kılavuz Sağlık Ocağı	91	28	23
Kızılırmak Sağlık Ocağı	123	38	32
Mehmet Akif Sağlık Ocağı	106	33	26
Mimar Sinan Sağlık Ocağı	162	50	42
Orhan Gazi Sağlık Ocağı	143	45	35
Şeyh Şamil Sağlık Ocağı	176	55	50
Şükrü Beyazıt (Fatih) Sağlık Ocağı	124	38	34
Çarşıbaşı Sağlık Ocağı	73	23	20
4 Eylül Sağlık Ocağı	118	37	32
Toplam 19 sağlık ocağı	2134	662	572

Her bir sağlık ocağında örnekleme alınması gereken gebe kadın sayısı belirlendikten sonra sağlık ocağındaki gebe takip formları alınmış, birden başlayarak sıralanmıştır. Örneğe alınması gereken sayıda gebe kadın basit rastgele örnekleme yöntemi ile sıralanan formlar arasından seçilmiştir. Daha sonra örnekleme çıkan gebe kadınların adres bilgileri alınarak evlerinde ziyaret edilmiştir. Evinde ulaşılan gebe kadının öncelikle gebeliğinin devam ettiği tespit edilmiş, daha sonra araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Yapılan açıklamalardan sonra araştırmaya katılmayı kabul ettiğine dair sözel onam veren gebe kadınlar araştırmanın örnekleme alınmıştır. Ziyaret sırasında evde bulunmayan, taşınan ya da adres yanlışlığı nedeniyle ulaşılamayan, düşük yada erken doğum nedeni ile gebeliği sonlanan kadınlar örnekleme alınmamıştır (90 kadın). Ulaşılan kadınlardan araştırmayı kabul etmeyen olmamıştır. Bu şekilde örnekleme alınan toplam kadın sayısı 572 olmuştur (belirlenen örneklemin %86'sı).

#### **III.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi**

### III.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından konuya ilişkin kaynaklardan yararlanılarak oluşturulan üç form aracılığı ile toplanmıştır.

**Kişisel Bilgi Formu:** Bu form, kadınların bazı bireysel ve sigara içme durumları ile ilgili özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Formda, gebe kadınlara ait bireysel özellikler (6 soru), obstetrik özellikler (6 soru), en son gebeliğe ilişkin özellikler (4 soru) ve kadınların sigara içme durumuna yönelik özellikleri (10 soru) belirlemeyi amaçlayan toplam 26 soru bulunmaktadır (EK 1).

**Gebe Kadınların Gebelikte Sigaranın Etkileri Hakkında Bilgi Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Bilgi Formu:** Bu form, kadınların gebelikte sigara içimine yönelik genel bilgilerini ve gebelikte sigara içilmesinin anne, fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerindeki etkilerine yönelik bilgilerini belirlemek için literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (Andres, Day 2000, Albrecht, Caruthers 2002, Özmen 2004, Grengre ve ark 2005a, Grengre ve ark 2005b, Albuquerque ve ark 2004, Dempsey , Benowitz 2001, Alp ve ark. 1995, Uncu 1999, Özsoy 1992, Üstün, Malatyalıoğlu 1990, Semiz ve ark. 2006, Marakoğlu, Sezer 2003, Cunningham 1994, Borges 2005, Cimete 2002). (EK II). Form; gebelikte sigaranın etkilerine yönelik olumlu ve olumsuz ifadelerden oluşan toplam 25 madde ve dört alt başlıktan oluşmuştur.

Gebelikte sigara içimine yönelik genel bilgiler (1,3,5,7,9,11,14): 7 madde

Gebelikte sigaranın anne sağlığına etkileri (15,17,19): 3 madde

Gebelikte sigaranın fetüs sağlığına etkileri (16,18,20,21,22,23,24,25): 8 madde

Gebelikte sigaranın yenidoğan sağlığına etkileri (2,4,6,8,10,12,13): 7 madde

Her bir maddenin karşısında “doğru”, “yanlış” ve “bilmiyorum /bir fikrim yok” olmak üzere üç seçenek bulunmaktadır.

**Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi :** Bu test toplam 6 sorudan oluşmakta ve sigara içen bireylerin nikotin bağımlılık düzeylerini değerlendirmektedir (EK III). Ülkemizde sigara ile ilgili yapılan birçok araştırmada nikotin bağımlılık düzeyini belirlemek için kullanılmıştır. Test 1978 yılında, Fagerström tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapıldıktan sonra literatüre sunulmuştur (Ebbert ve ark. 2006). Testin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği ise 2003 yılında Uysal ve ark. tarafından yapılmıştır (Uysal ve ark 2004). Test, Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?, Sabah ilk

sigarayı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?, Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?, Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan hangisi size en hoş geliyor?, Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre sigarayı daha sık mı içersiniz? Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olduğunuzda da sigara içer misiniz? şeklinde 6 sorudan oluşmaktadır. Her soruya verilecek cevaplar 0, 1, 2, 3 şeklinde derecelendirilerek değerlendirilmektedir.

#### **III.4.2. Veri toplama araçlarının ön uygulaması**

Gebe kadınların Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgilerini Belirlemeye Yönelik Bilgi Formu, literatür doğrultusunda oluşturulduktan sonra Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanından iki ve Aile Hekimliği alanında bir olmak üzere toplam üç uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanların görüşleri doğrultusunda aynı anlama gelen ifadeler birleştirilmiş, ayrıntı olduğu düşünülen bazı ifadeler çıkarılmış, anlaşılması güç olan ifadeler düzenlenmiş ve form ön uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Form daha sonra araştırma kapsamında olmayan 20 gebe kadına uygulanmıştır. Bu uygulama sonunda kadınların bir çoğunun “bebeğin tıbbi müdahaleye maruz kalması” ifadesine yönelik açıklama istedikleri görülmüş ve bunun üzerine bu ifadenin hemen sonuna parantez içinde “bebeğin küveze alınması, bebeğe oksijen verilmesi vb” örnek yazılmıştır. Böylece forma son şekli verilmiştir.

#### **III.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulaması**

Veri toplama formlarının uygulanması İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli izinler yazılı olarak alındıktan sonra başlamıştır. Formlar araştırmacı tarafından örneğe alınan kadınların evinde yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Formlardaki her bir ifade araştırmacı tarafından okunmuş ve kadının yanıtı form üzerine işaretlenmiştir. Tüm formların uygulanması ortalama 20 dakika sürmüştür.

#### **III.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Elde edilen veriler, araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra SPSS 13.0 bilgisayar programına aktararak değerlendirilmiştir. “Kişisel Bilgi Formu”ndaki bilgiler frekans dağılımı olarak gösterilmiştir. “Gebe Kadınların Gebelikte Sigaranın Etkileri Hakkında Bilgi Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Bilgi Formu”nda kadınların doğru olarak bildikleri her bir madde için 1 puan verilmiştir. Kadınların yanlış bildikleri yada bilmediklerini/bu konuda bir fikirlerinin olmadığını ifade ettikleri maddeler için ise

0 puan verilmiştir. Daha sonra kadınların doğru yanıtlarından aldıkları puanlar toplanarak toplam puan elde edilmiştir. Formdan alınabilecek en yüksek puan 25 olup, kadınların toplam puanları buna göre değerlendirilmiştir. Ayrıca formdan toplam puanın yanı sıra alt boyutlara ilişkin de puanlar elde edilmiştir. Buna göre formdan alınabilecek toplam ve alt boyutlara özgü puan dağılımı şekil 2’de sunulmuştur.

**Şekil 2.** Gebe kadınların gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgilerini belirlemeye yönelik soru formunda yer alan boyutlar, soru sayıları ve puan dağılımı

<b>Gebelikte sigara içilmesinin etkileri</b>	<b>Soru sayısı</b>	<b>Alnabilecek en düşük ve en yüksek puan aralığı</b>
Gebelikte sigara içimine yönelik genel bilgiler	7	0 - 7
Gebelikte sigaranın anne sağlığına etkileri	3	0 - 3
Gebelikte sigaranın fetüs sağlığına etkileri	8	0 - 8
Gebelikte sigaranın yenidoğan sağlığına etkileri	7	0 - 7
<b>Toplam</b>	<b>25</b>	<b>0 -25</b>

Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi’nde alınan yanıtların derecelendirilmesiyle elde edilen değerler kadınların bağımlılık düzeylerini belirlemeyi sağlamaktadır. Her soruya verilen cevaplar 0, 1, 2, 3 şeklinde derecelendirilerek değerlendirilmektedir. Daha sonra 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

Verilerin değerlendirilmesinde, kadınların gebelikteki sigara içme davranışlarının bazı özelliklerine göre incelenmesinde  $x^2$  testi, kadınların gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi puan ortalamalarının bazı bireysel özelliklerine göre incelenmesinde ise bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

#### IV. BULGULAR

**Tablo 1.** Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Demografik özellikler	Sayı	%
<b>Yaş</b>		
16-26	338	59.0
27-36	216	38.0
37 ve üzeri	18	3.0
<b>Yaş ortalaması: 25.9 ± 5.21</b>		
<b>Öğrenim durumu</b>		
Okur-yazar değil	6.0	1.0
Okur yazar	4.0	0.7
İlkokul mezunu	313	54.7
Ortaokul mezunu	112	19.6
Lise mezunu	120	21.0
Üniversite mezunu	17	3.0
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	322	56.3
Geniş aile	250	43.7
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	11	1.9
Çalışmıyor	561	98.1
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Var	528	92.3
Yok	44	7.7
<b>Toplam</b>	<b>572</b>	<b>100.0</b>

Tablo 1’de kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Buna göre kadınların %59’unun 16-26 yaş arasında ve %57.7’sinin ilk okul mezunu olduğu görülmektedir. Kadınların yaş ortalaması 25.9±5.21, en küçük yaş 16, en büyük yaş 43 olarak saptanmıştır. Ayrıca kadınların %56.3’ünün çekirdek aile tipine sahip olduğu, tamamına yakınının (%98.1) her hangi bir işte çalışmadığı ve sağlık güvencesinin olduğu (%92.3) görülmektedir.



**Tablo 2.** Kadınların bazı obstetrik özelliklerinin ortalaması

<b>Özellikler</b>	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Ortalama <math>\pm</math> SD</b>
Toplam gebelik sayısı	572	1	9	2.4 $\pm$ 1.41
Toplam doğum sayısı	375	1	5	1.7 $\pm$ 0.88
Yaşayan çocuk sayısı	375	1	5	1.6 $\pm$ 0.84
Yaşayan en küçük çocuk yaşı	375	1	18	5.2 $\pm$ 2.95
Kendiliğinden düşük sayısı	136	1	4	1.3 $\pm$ 0.76
Ölü doğum sayısı	30	1	3	1.1 $\pm$ 0.43

Tablo 2’de kadınların bazı obstetrik özelliklerinin ortalaması görülmektedir. Buna göre kadınların, ortalama toplam gebelik sayısı 2.4, toplam doğum sayısı 1.7, yaşayan çocuk sayısı 1.6, yaşayan en küçük çocuk yaşı 5.2’dir. Araştırmaya katılan gebelerin %23.8’i kendiliğinden düşük yapmış olup kendiliğinden düşük sayısı ortalama 1.3’tür. Diğer taraftan kadınların %5.2’si ölü doğum yapmıştır ve ölü doğum sayısı ortalama 1.1’dir.

**Tablo 3.** Kadınların bu gebeliklerine ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Gebelik sayısı</b>		
Birinci gebelik (primigravida)	160	28.0
İkinci ve üzeri (multigravida)	412	72.0
<b>Gebelik trimestiri</b>		
Birinci trimestir	108	18.8
İkinci trimestir	280	48.9
Üçüncü trimestir	184	32.3
<b>Gebeliğin istenme durumu</b>		
İstenen gebelik	448	78.3
İstenmeyen gebelik	124	21.7
<b>İlk doğum öncesi kontrole gitme zamanı</b>		
Birinci trimestir	499	87.2
İkinci trimestir	71	12.4
Üçüncü trimestir	2	0.4
<b>Toplam</b>	<b>572</b>	<b>100.0</b>

Tablo 3'te kadınların bu gebeliklerine ilişkin bazı özelliklerine yönelik dağılımı görülmektedir. Tabloya göre kadınların %28'inin birinci gebeliği ve %48.9'unun gebeliğinin ikinci trimestirinde olduğu görülmektedir. Kadınların %21.7'si bu gebeliğin istenmeyen bir gebelik olduğunu ifade etmiştir. Kadınların %87.2'sinin ilk doğum öncesi kontrolünü gebeliğinin birinci trimestirinde yaptırdığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.** Kadınların gebelik öncesi dönemde sigara içme özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<b>Gebelik öncesi sigara içme durumu (n=572)</b>		
Halen sigara içenler	137	24.0
Denemiş vazgeçmiş olanlar (yaşamı boyunca 100 sigara içmemiş)	132	23.0
Bırakmış olanlar (yaşamı boyunca 100 sigara içmiş)	8	1.3
Hiç sigara içmeyen/denemeyen	295	51.7
<b>İçilen günlük sigara miktarı (n=137)</b>		
Günde birden az	52	38.0
Günde 1-5 arası	25	18.2
Günde 6-10 arası	38	27.7
Günde 11-20 arası	22	16.1

Tablo 4'te kadınların gebelik öncesi dönemdeki sigara içme özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Tabloya göre kadınların %24'ünün gebelik öncesi dönemde yaşamı boyunca 100 tane yada daha az miktarda sigara içtiği, %23'ünün gebelik öncesinde sigara içmeyi denediği (yaşamı boyunca 100 sigara içmemiş) ancak şuanda içmediği, %1.3'ünün sigarayı bıraktığı (yaşamı boyunca 100 sigara içmiş), ve %51.6'sının hiç sigara içmediği/denemediği dikkati çekmektedir. Gebelik öncesi dönemde en az bir kez sigara denediğini ya da halen içtiğini ifade eden kadınlara (277 kadın) yaşam boyu 100 sigara içmiş olup olmadıkları sorulduğunda %37.5'i yaşam boyu 100 sigara içmiş olduklarını belirtmişlerdir. Yaşamı boyunca 100 sigara içtiğini ve gebeliği öncesinde sigara içmeye devam ettiğini ifade eden kadınlara Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi uygulanmış ve alınan yanıtların derecelendirilmesiyle elde edilen değerlere göre kadınların bağımlılık düzeyleri belirlenmiştir. Buna göre bu kadınların %50.6'sının çok düşük, %23.7'sinin düşük, %9.2'sinin orta, %11.4'ünün yüksek ve %5.1'inin çok yüksek derecede nikotin bağımlısı olduğu saptanmıştır.

Gebelik öncesi dönemde sigara içtiğini ifade eden kadınların %62'si her gün sigara içtiğini belirtirken, %38'i her gün olmamakla birlikte ara sıra sigara içtiğini ifade etmiştir. Kadınların günde kaç adet sigara içtikleri incelendiğinde %38'inin günde birden az, %27.7'sinin ise günde 6-10 adet sigara içtiği saptanmıştır.

**Tablo 5.** Kadınların gebelikte sigara içme özelliklerine göre dağılımı

<b>Gebelikte sigara içme durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Halen sigara içenler	39	6.8
Bırakmış olanlar	95	16.6
Gebeliği süresince hiç sigara içmemiş olanlar	438	76.6
<b>Toplam</b>	<b>572</b>	<b>100 0</b>

Tablo 5'te kadınların gebelikte sigara içme durumlarının dağılımı verilmiştir. Tabloya göre kadınların %6.8'inin halen sigara içtiği ve %16.6'sının gebeliğin her hangi bir aşamasında sigara içtiği, ancak görüşme esnasında bırakmış olduğu belirlenmiştir. Kadınların %76.6'sı gebeliği süresince hiç sigara içmemiştir. Bu verilere göre gebelikte sigara bırakma oranının %70 olduğu bulunmuştur.

**Tablo 6.** Gebelik öncesi dönemde sigara içen kadınların gebelikte sigara içme davranışlarındaki değişime göre dağılımı

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Gebelik öncesi sigara içenlerin gebelikte sigara içme davranışları (n=137)</b>		
Gebeliği planladıktan sonra sigara içmeyi bırakan	3	2.2
Gebe olduğunu öğrendikten sonra sigara içmeyi bırakan	95	69.3
Gebelikte sigara içmeye devam eden	39	28.5
<b>Kadınların gebelikte günlük içtikleri sigara sayısı (n=39)</b>		
1-3 adet	16	41.1
4-6 adet	13	33.3
7-9 adet	5	12.8
10 ve üzeri	5	12.8
<b>Gebelikte sigara içmeyi bırakan kadınların doğum sonu sigara içmeyi düşünme durumu (n=98)</b>		
Evet	32	32.7
Hayır	58	59.2
Kararsız	8	8.1

Tablo 6’da gebelik öncesi dönemde sigara içen kadınların gebelikle birlikte bu davranışlarında nasıl bir değişim olduğu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Tabloya göre gebelik öncesi dönemde sigara içen kadınların yalnızca %2.2’si gebeliği planladıktan sonra sigara içmeyi bırakmıştır. Kadınların yarısından fazlası (%69.3) sigara içmeyi gebe olduğunu öğrendikten sonra bırakmıştır. Bu kadınların %95.9’u gebeliğin ilk bir ayı içinde sigara içmeyi bıraktıklarını ifade ederken %4.1’i birinci aydan sonraki bir zaman sürecinde sigara içmeyi bıraktığını ifade etmiştir. Gebelik öncesi dönemde sigara içen kadınların %28.4’ü gebelik süresince sigara içmeye devam etmiştir. Gebelik döneminde sigara içmeye devam eden kadınların 30’u (%21.9) gebeliğinde gebelik öncesine göre günlük içtiği sigara miktarını azalttığını, 9’u (%6.6) ise gebelik öncesindeki gibi sigara içmeye devam ettiğini belirtmiştir. Gebelikte sigara içen kadınların yarıya yakını (%41.1) günde 1-3 adet sigara içtiğini ifade etmiştir. Gebeliği planladıktan ve gebe olduğunu öğrendikten sonra sigara içmeyi bırakan kadınların yarısından fazlası (%59.2) doğum sonrasında sigara içmeyi düşünmediğini ifade etmiştir.

**Tablo 7.** Kadınların eşlerinin sigara içme ve gebelik sürecinde ev ortamında sigara dumanına maruz kalma durumlarına göre dağılımı

	Sayı	%
<b>Eşlerin sigara içme durumu</b>		
İçen	424	74.0
İçmeyen	148	26.0
<b>Gebelik süresince evde sigara içilme durumu</b>		
Evde hiç sigara içilmiyor	60	10.5
Ev halkı gebe kadının bulunduğu odanın dışında sigara içiyor	71	12.4
Yalnızca dışardan misafir geldiğinde evde sigara içiliyor	80	14.0
Ev halkı evde sigara içiyor.	361	63.1
<b>Toplam</b>	<b>572</b>	<b>100.0</b>

Tablo 7’de kadınların eşlerinin sigara içme ve gebelik süresince evde sigara dumanına maruz kalma durumlarına yönelik dağılımı yer almaktadır. Tabloda kadınların eşlerinin çoğunluğunun (%74.0) sigara içtiği görülmektedir. Ayrıca kadınların çoğunluğunun (%89.5) gebelik sürecinde ev ortamında misafirlerin yada ev halkının sigara içmesi nedeni ile sigara dumanına maruz kaldıkları görülmektedir.

**Tablo 8.** Kadınların doğum öncesi bakım sırasında gebelikte sigara içme davranışı ile ilgili aldıkları sağlık hizmetlerine göre dağılımı

	Sayı	%
<b>Doğum öncesi bakım sırasında sigara içme davranışının sorulması (n=572)</b>		
Sorulan	187	32.7
Sorulmayan	385	67.3
<b>Soran sağlık ekibi üyesi (n=187)</b>		
Hemşire	110	58.8
Doktor	77	41.2
<b>Doğum öncesi bakım sırasında gebelikte sigaranın etkileri hakkında bilgi alma durumu (n=572)</b>		
Alan	76	13.3
Almayan	496	86.7
<b>Bilgi alınan sağlık görevlisi (n=76)</b>		
Hemşire/ebe	47	61.8
Doktor	21	27.6
Öğrenci hemşire	8	10.6
<b>Verilen bilgiyi yeterli bulma durumu (n=76)</b>		
Yeterli bulan	73	96.1
Yeterli bulmayan	3	3.9
<b>Sigara içen kadınlara sigarayı bırakması (n=39)</b>		
Önerilen	19	48.7
Önerilmeyen	20	51.3
<b>Sigarayı bırakmalarını öneren sağlık görevlisi (n=19)</b>		
Hemşire/ebe	10	52.6
Doktor	9	47.4

Tablo 8’de kadınların doğum öncesi bakım sırasında gebelikte sigara içme davranışı ile ilgili aldıkları sağlık hizmetlerine göre dağılımı görülmektedir. Tabloya göre kadınların %67.3’ünün doğum öncesi bakım sırasında sigara içip içmediğinin sorgulanmadığı belirlenmiştir. Doğum öncesi bakım sırasında sigara içip içmediği sorulan kadınların yarısından fazlasına (%58.8) bu soruyu hemşire/ebelerin sorduğu görülmektedir. Doğum öncesi bakım sırasında sigara içilmesinin zararları hakkında bilgi alan kadınların %61.8’i bu bilgiyi hemşire/ebelerin verdiğini ve kadınların tamamına

yakını (%96.1) verilen bu bilgileri yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir. Gebelikte sigara içmeye devam eden kadınların %51.3'ünün doğum öncesi bakım sırasında sigara içmeyi bırakmasına yönelik herhangi bir öneri almadığı görülmektedir.

**Tablo 9.** Kadınların gebelikte sigaranın genel etkisine, anne, fetus ve yenidoğan sağlığına etkisine yönelik ifadeleri doğru yanıtlama dağılımı

İfadeler	Verilmesi Beklenen Yanıt	Doğru Yanıtlayanlar (n=572)	
	Yanlış / Doğru	Sayı	%
<b>Gebelikte Sigara İçimine Yönelik Genel Bilgiler</b>			
1-Gebelikte içilen bir sigaranın gebeliğe zararlı bir etkisi olmaz.	Yanlış	428	74.8
2-Gebelikte sigara ara sıra içilebilir.	Yanlış	461	80.6
3-Gebelikte sigara içilen ortamda bulunmanın gebeliğe zararlı bir etkisi olmaz.	Yanlış	474	82.9
4-Gebelikte ilk 3 ayda sigara içmek zararsızdır.	Yanlış	431	75.3
5-Gebelikte son 3 ayda sigara içmek zararsızdır.	Yanlış	467	81.6
6-Gebelikte sigara içmek, her gebeliği zararlı etkilemez.	Yanlış	339	59.3
7-Gebe kadın kendini sıkıntılı hissettiğinde içtiği bir iki tane sigaranın gebeliğe zararı olmaz.	Yanlış	371	64.9
<b>Gebelikte Sigaranın Anne Sağlığı Üzerindeki Etkileri</b>			
1-Gebelikte sigara içilmesi annenin gebelikte az kilo almasına neden olur.	Doğru	389	68.0
2-Gebelikte sigara içilmesi annenin doğumda solunum sorunları yaşamasına neden olur.	Doğru	303	53.0
3-Gebelikte sigara içilmesi annenin gebelikte kanama sorunları yaşamasına neden olur.	Doğru	149	26.0
<b>Gebelikte Sigaranın Fetus Sağlığı Üzerindeki Etkileri</b>			
1-Gebelikte sigara içilmesi düşüğe neden olur.	Doğru	277	48.4
2-Gebelikte sigara içilmesi bebeğin zayıf doğmasına neden olur.	Doğru	371	64.9
3-Gebelikte sigara içilmesi bebeğin ölü doğmasına neden olur.	Doğru	203	35.5
4-Gebelikte sigara içilmesi erken doğuma neden olmaz.	Yanlış	102	17.8
5-Gebelikte sigara içilmesi bebeğin anne karnında büyümesinin yavaşlatır.	Doğru	190	33.2
6-Gebelikte sigara içilmesi bebeğin özürlü doğmasına neden olmaz.	Yanlış	369	64.5
7-Gebelikte sigara içilmesi bebekte yarık damak ve dudak oluşmasına neden olur.	Doğru	174	30.4
8-Gebelikte sigara içilmesi anne karnında eşin zarar görmesine neden olur.	Doğru	397	69.4
<b>Gebelikte Sigaranın Yenidoğan Sağlığı Üzerindeki Etkileri</b>			
1-Gebelikte sigara içilmesi bebeğin doğum sonrasında normalden daha yavaş büyümesine neden olur.	Doğru	323	56.5
2-Gebelikte sigara içilmesi doğum sonrasında bebeğin çabuk hastalanmasına neden olur.	Doğru	199	34.8
3-Gebelikte sigara içilmesi bebekte öğrenme güçlüğüne neden olur.	Doğru	213	37.1
4-Gebelikte sigara içilmesi bebeğin doğum sonrasında tıbbi müdahaleye (oksijen verme, kuvöze konma, ilaç tedavisi,...) maruz kalmasına neden olur.	Doğru	316	55.2
5-Gebelikte sigara içilmesi bebeğin doğum sonrasında astım hastası olması nedeni olabilir.	Doğru	281	49.1
6-Gebelikte sigara içilmesi doğum sonrasında bebeğin aniden ölmesine neden olmaz.	Yanlış	379	66.3
7-Gebelikte sigara içilmesi doğum sonrası bebekte sigaraya bağımlılık belirtilerinin (sinirlilik, çok ağlama, uyuyamama,...) görülmesine neden olur.	Doğru	344	60.1



Tablo 9’da kadınların gebelikte sigara içimine yönelik genel bilgileri, anne, fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerindeki etkisine yönelik ifadeleri doğru yanıtlayma yüzdeleri görülmektedir. Tabloya göre kadınların çoğunluğunun gebelikte sigaranın genel etkilerine yönelik olarak verilen ifadeleri doğru yanıtladıkları görülmektedir. Kadınların gebelikte sigaranın genel etkilerine yönelik doğru yanıtladıkları ifadeler arasında ilk üç sırada “gebelikte sigara içilen ortamda bulunmanın gebeliğe zararlı bir etkisi olmaz (%82.9)”, “gebelikte son 3 ayda sigara içmek zararsızdır (%81.6)” ve “gebelikte sigara ara sıra içilebilir (%80.6)” yer almaktadır. Kadınların gebelikte sigaranın fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerindeki etkilerine yönelik olan ifadeleri doğru yanıtlayma yüzdelerinin daha düşük olduğu görülürken en az doğru yanıtlanan ifadeler arasında “gebelikte sigara içmek erken doğuma neden olmaz (%17.8)”, “gebelikte sigara içilmesi annenin gebelikte kanama sorunları yaşamasına neden olur (%26.0)”, “gebelikte sigara içilmesi bebekte yarı damak ve dudak oluşmasına neden olur (%30.4)”, “gebelikte sigara içilmesi bebeğin anne karnında büyümesinin yavaşlatır (%33.2)”, “gebelikte sigara içilmesi doğum sonrasında bebeğin çabuk hastalanmasına neden olur (%34.8)”, “gebelikte sigara içilmesi bebeğin ölü doğmasına neden olur (%35.5)” ve “gebelikte sigara içilmesi bebekte öğrenme gücüne neden olur (%37.1)” yer almaktadır.

**Tablo 10.** Kadınların gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması

<b>Bilgi Puan Alanları</b>	<b>Madde sayısı</b>	<b>Min ve Max. Puan</b>	<b>X ± SD</b>
Gebelikte sigara içimine yönelik genel bilgiler	7	0-7	5.19 ± 1.80
Gebelikte sigaranın anne sağlığına etkileri	3	0-3	1.47 ± 0.95
Gebelikte sigaranın fetüs sağlığına etkileri	8	0-8	3.64 ± 2.23
Gebelikte sigaranın yenidoğan sağlığına etkileri	7	0-7	3.59 ± 2.04
<b>Toplam</b>	25	0-25	13.89 ± 5.64

Tablo 10’da kadınların gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması verilmektedir. Tabloya göre kadınların, gebelikte sigara içimine yönelik genel bilgi puan ortalamasının 5.19±1.80, anne sağlığına etkilerine yönelik bilgi puan ortalamasının 1.47±0.95, fetüs sağlığına etkilerine yönelik bilgi puan ortalamasının 3.64±2.23 ve yeni doğan sağlığına etkilerine yönelik bilgi puan ortalamasının 3.59±2.04 olduğu görülmektedir. Ayrıca kadınların gebelikte sigaranın etkilerine yönelik toplam bilgi puan ortalamasının 13.89±5.64 olduğu dikkati çekmektedir.

**Tablo 11.** Kadınların öğrenim yılına göre gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması

Bilgi Puan Alanları	Öğrenim yılı		t / p
	5 yıl ve daha az (n=323)	6 yıl ve daha fazla (n=249)	
	X ± SD	X ± SD	
Gebelikte sigara içimine yönelik genel bilgiler	5.04 ± 1.81	5.38 ± 1.77	-2.23 / <b>0.026</b>
Gebelikte sigaranın anne sağlığına etkileri	1.50 ± 0.95	1.42 ± 0.94	1.07 / 0.285
Gebelikte sigaranın fetüs sağlığına etkileri	3.59 ± 2.24	3.70 ± 2.22	-0.57 / 0.566
Gebelikte sigaranın yenidoğan sağlığına etkileri	3.52 ± 2.11	3.68 ± 1.96	-0.92 / 0.356
<b>Toplam</b>	13.67 ± 5.77	14.19 ± 5.47	-1.09 / 0.275

Tablo 11’de gebe kadınların öğrenim yılına göre gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması görülmektedir. Tabloya göre 6 yıl ve daha fazla öğrenim yılına sahip olan kadınların gebelikte sigara içimine yönelik genel bilgi puan ortalamasının 5.38±1.77, 5 yıl ve daha az öğrenim yılına sahip olan kadınların ortalamasının 5.04±1.81 olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu dikkati çekmektedir (p<0.05). Gebelikte sigaranın etkilerine yönelik diğer alt boyutlar ve toplam bilgi puan ortalamaları açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 12.** Kadınların yaş grubuna göre gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması

Bilgi Puan Alanları	Yaş						t / p
	25 yaş ve daha küçük (n=291)			26 yaş ve daha büyük (n=281)			
	X	±	SD	X	±	SD	
Gebelikte sigara içimine yönelik genel bilgiler	5.14	±	1.84	5.24	±	1.75	-0.71 / 0.473
Gebelikte sigaranın anne sağlığına etkileri	1.42	±	0.91	1.51	±	0.99	-1.12 / 0.260
Gebelikte sigaranın fetüs sağlığına etkileri	3.64	±	2.13	3.63	±	2.33	0.04 / 0.962
Gebelikte sigaranın yenidoğan sağlığına etkileri	3.55	±	1.99	3.63	±	2.10	-0.46 / 0.640
<b>Toplam</b>	13.76	±	5.41	14.03	±	5.88	-0.57 / 0.569

Tablo 12’de yaş grubuna göre kadınların gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması görülmektedir. Tabloya göre gebelikte sigaranın etkilerine yönelik toplam ve alt boyut bilgi puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 13.** Kadınların gravidasına göre gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması

Bilgi Puan Alanları	Gravida						t / p
	Primigravida (n=160)			Multigravida (n=412)			
	X	±	SD	X	±	SD	
Gebelikte sigara içimine yönelik genel bilgiler	5.15	±	1.95	5.20	±	1.74	-0.31 / 0.755
Gebelikte sigaranın anne sağlığına etkileri	1.33	±	0.90	1.52	±	0.96	-2.18 / <b>0.030</b>
Gebelikte sigaranın fetüs sağlığına etkileri	3.42	±	2.21	3.72	±	2.23	-1.44 / 0.149
Gebelikte sigaranın yenidoğan sağlığına etkileri	3.48	±	2.03	3.63	±	2.05	-0.76 / 0.445
<b>Toplam</b>	13.40	±	5.76	14.09	±	5.59	-1.31 / 0.189

Tablo 13’de kadınların gravidasına göre gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması görülmektedir. Tabloda multigravida olan kadınların gebelikte sigaranın anne sağlığına etkilerine yönelik bilgi puan ortalamasının  $1.52 \pm 0.96$ , primigravida olan kadınların ortalamasının  $1.33 \pm 0.90$  olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Gebelikte sigaranın etkilerine yönelik diğer alt boyutlar ve toplam bilgi puan ortalaması açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 14.** Kadınların sigara içme durumuna göre gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması

Bilgi Puan Alanları	Sigara içme durumları						t / p
	Hiç sigara kullanmayanlar (n=295)			En az bir kez deneyenler (n=277)			
	X	±	SD	X	±	SD	
Gebelikte sigara içimine yönelik genel bilgiler	5.15	±	1.85	5.23	±	1.74	-0.52 / 0.602
Gebelikte sigaranın anne sağlığına etkileri	1.41	±	0.95	1.52	±	0.95	-1.38 / 0.167
Gebelikte sigaranın fetüs sağlığına etkileri	3.43	±	2.17	3.86	±	2.28	-2.30 / <b>0.022</b>
Gebelikte sigaranın yenidoğan sağlığına etkileri	3.41	±	2.00	3.78	±	2.08	-2.16 / <b>0.031</b>
<b>Toplam</b>	13.42	±	5.58	14.40	±	5.68	-2.09 / <b>0.037</b>

Tablo 14'te kadınların sigara içme durumlarına göre gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması görülmektedir. Tabloya göre en az bir kez sigara deneyen kadınların gebelikte sigaranın fetüs sağlığına etkileri ile ilgili bilgi puan ortalamasının  $3.86 \pm 2.28$ , yenidoğan sağlığına etkileri ile ilgili bilgi puan ortalamasının  $3.78 \pm 2.08$  olduğu görülmektedir. Elde edilen ortalamaların hiç sigara içmeyen kadınların aldığı ortalamalardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu dikkati çekmektedir ( $p < 0.05$ ). Gebelikte sigaranın etkilerine yönelik diğer alt boyutlar arasında anlamlı bir fark bulunmazken ( $p > 0.05$ ) toplam bilgi puanları açısından en az bir kez sigara içmeyi deneyen kadınların ortalamasının ( $14.40 \pm 5.68$ ) hiç sigara içmeyen kadınların ortalamasına ( $13.42 \pm 5.58$ ) göre daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 15.** Kadınların gebelikte sigara içme durumuna göre gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması

Bilgi Puan Alanları	Gebelikte sigara içme durumları		t / p
	Gebelikte sigara içmeyi bırakanlar (n=98)	Gebelikte sigara içenler (n=39)	
	X ± SD	X ± SD	
Gebelikte sigara içimine yönelik genel bilgiler	5.26 ± 1.76	4.10 ± 1.95	3.36 / <b>0.001</b>
Gebelikte sigaranın anne sağlığına etkileri	1.54 ± 0.98	1.35 ± 0.90	0.99 / 0.321
Gebelikte sigaranın fetüs sağlığına etkileri	3.94 ± 2.45	3.41 ± 1.55	1.27 / 0.206
Gebelikte sigaranın yenidoğan sağlığına etkileri	3.92 ± 2.05	3.33 ± 2.03	1.53 / 0.127
<b>Toplam</b>	14.68 ± 5.89	12.20 ± 4.60	2.35 / <b>0.020</b>

Tablo 15'te kadınların gebelikte sigara içme durumlarına göre gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması görülmektedir. Tabloya göre gebelikte sigara içmeyi bırakan kadınların gebelikte sigara içimine yönelik genel bilgi puan ortalamasının  $5.26 \pm 1.76$ , gebelikte sigara içmeye devam eden kadınların sigara içimine yönelik genel bilgi puan ortalamasının  $4.10 \pm 1.95$  olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak ta anlamlı olduğu dikkati çekmektedir ( $p < 0.05$ ). Gebelikte sigarayı bırakan ve devam eden kadınların gebelikte sigaranın etkilerine yönelik diğer alt boyutlar açısından aldıkları bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ( $p > 0.05$ ) toplam bilgi puan ortalamaları açısından gebelikte sigara içmeyi bırakan kadınların bilgi puan ortalamasının  $14.68 \pm 5.89$ , gebelikte sigara içmeye devam eden kadınların bilgi puan ortalamasının  $12.20 \pm 4.60$  olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 16.** Kadınların doğum öncesi bakım sırasında sigaranın etkileri hakkında bilgi alma durumlarına göre gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması

Bilgi Puan Alanları	Sigaranın etkileri hakkında bilgi alma durumları		t / p
	Bilgi alanlar (n=76)	Bilgi almayanlar (n=496)	
	X ± SD	X ± SD	
Gebelikte sigara içimine yönelik genel bilgiler	5.80 ± 1.37	5.10 ± 1.84	3.18 / <b>0.002</b>
Gebelikte sigaranın anne sağlığına etkileri	1.82 ± 0.90	1.41 ± 0.94	3.56 / <b>0.000</b>
Gebelikte sigaranın fetüs sağlığına etkileri	4.72 ± 1.94	3.47 ± 2.23	4.61 / <b>0.000</b>
Gebelikte sigaranın yenidoğan sağlığına etkileri	4.67 ± 1.88	3.42 ± 2.02	5.03 / <b>0.000</b>
<b>Toplam</b>	17.02 ± 4.68	13.41 ± 5.63	5.30 / <b>0.000</b>

Tablo 16’da kadınların doğum öncesi bakım sırasında sigaranın etkileri hakkında bilgi alma durumlarına göre gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması görülmektedir. Tabloya göre sigaranın etkileri hakkında bilgi alan kadınların gebelikte sigara içimine yönelik genel bilgi puan ortalamasının 5.80±1.37, anne sağlığına etkilerine yönelik bilgi puan ortalamasının 1.82±0.90, fetüs sağlığına etkilerine yönelik bilgi puan ortalamasının 4.72±1.94, yenidoğan sağlığına etkilerine yönelik bilgi puan ortalamasının 4.67±1.88 ve toplam bilgi puan ortalamasının 17.02±4.68 olduğu görülmektedir. Doğum öncesi bakım sırasında sigaranın etkileri hakkında bilgi aldığını ifade eden kadınların aldıkları bu ortalamaların bilgi almadığını ifade eden kadınların aldığı ortalamalardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu dikkati çekmektedir (p<0.05).

**Tablo 17.** Gebelik öncesi dönemde sigara içme deneyimi olan kadınların bazı özelliklere göre gebelikte sigara içme durumlarının dağılımı (n=137)

Özellikler	Gebelikte sigara içme durumu				x <sup>2</sup> / p
	Sigarayı bırakan (n=98)		Sigara içmeye devam eden (n=39)		
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Öğrenim yılı</b>					
5 yıl ve daha az	44	59.5	30	40.5	11.51 / <b>0.001</b>
6 yıl ve üzeri	54	85.7	9	14.3	
<b>Yaş grubu</b>					
25 yaş ve altı	43	74.1	15	25.9	0.33 / 0.563
26 yaş ve üzeri	55	69.6	24	30.6	
<b>Aile tipi</b>					
Çekirdek aile	68	74.7	23	25.3	1.35 / 0.244
Geniş aile	30	65.2	16	34.8	
<b>Gravida</b>					
Primigravida	26	81.3	6	18.8	1.93 / 0.164
Multigravida	72	68.6	33	31.4	
<b>Gebeliğin istenmesi</b>					
İstenen gebelik	85	75.9	27	24.1	5.73 / <b>0.017</b>
İstenmeyen gebelik	13	52.0	12	48.0	
<b>Ölü doğum öyküsü</b>					
Var	8	88.9	1	11.1	1.42 / 0.233
Yok	90	70.3	38	29.7	
<b>Kendiliğinden düşük yapma öyküsü</b>					
Var	19	61.3	12	38.7	2.06 / 0.151
Yok	79	74.5	27	25.5	
<b>Bağımlılık düzeyi (n=97)</b>					
Çok az ve az düzeyde	52	72.2	20	27.8	12.72 / <b>0.000</b>
Orta ve yüksek	8	32.0	17	68.0	
<b>Eşinin sigara içme durumu</b>					
İçen	84	70.0	36	30.0	1.11 / 0.291
İçmeyen	14	82.4	3	17.6	
<b>Gebelikte sigaranın etkilerine ilişkin toplam bilgi puan ortalaması</b>					
12 ve altında	34	61.8	21	38.2	4.25 / <b>0.039</b>
13 ve üzerinde	64	78.0	18	22.1	



Tablo 17’de gebelik öncesi dönemde sigara deneyimi olan kadınların bazı özelliklerine göre gebelikte sigara içmeyi bırakma ve devam etme durumlarının dağılımı görülmektedir. Tabloya göre 6 yıl ve üzeri öğrenim yılına sahip olan kadınların (%85.7) 5 yıl ve daha az öğrenim yılına sahip olan kadınlara göre (%59.2), gebeliği isteyen kadınların (%75.9) gebeliği istemeyen kadınlara (%52.0) göre gebelikte sigarayı bırakma oranları daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Kadınların bağımlılık düzeyine göre gebelikte sigara içme davranışları karşılaştırıldığında bağımlılık düzeyi çok az ve az düzeyde olan kadınların gebelikte sigarayı bırakma oranlarının (%72.2), bağımlılık düzeyi orta ve yüksek olan kadınlardan (%32.0) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Gebelikte sigara kullanımının etkilerine ilişkin toplam bilgi puan ortalamaları açısından kadınların gebelikte sigarayı bırakma oranlarına bakıldığında ise aldığı toplam puan 13 ve üzerinde olan kadınların (%78.0) toplam bilgi puanı 12 ve altında olan kadınlara (%61.8) göre daha yüksek oranda sigara içmeyi bıraktığı ve gruplar arasında ki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). 25 ve altı yaş grubunda olan kadınların (%74.1), 26 ve üzeri yaş grubundakilere göre (%69.6), çekirdek ailede yaşayan kadınların (%74.7), geniş ailede yaşayanlara göre (%65.2), primigravida olan kadınların (%81.3), multigravida olanlara göre (%70.3), kendiliğinden düşük yapma öyküsü olmayanların (%74.5), olanlara göre (%61.3) ve eşi sigara içmeyen kadınların (%82.4), eşi sigara içenlere göre (%70.0) gebelikte sigarayı bırakma oranı daha yüksek olmasına karşın gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

## V. TARTIŞMA

Gebelikte anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyen alışkanlıklardan biri sigara içme davranışı/bağımlılığıdır. Bu araştırmada gebe kadınların sigara içme davranışları ve gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi düzeyleri saptanmış, gebe kadınların sigara içme davranışları ile bilgi düzeyleri, bazı bireysel ve obstetrik özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar tartışılmıştır.

Çalışmada kadınların obstetrik özelliklerine yönelik elde edilen sonuçlara bakıldığında, toplam gebelik sayısı ortalama 2.4, yaşayan çocuk sayısı ortalama 1.6, kendiliğinden düşük yapmış kadınların oranı %23.8 ve ölü doğum yapmış kadınların oranı %5.2 olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Türkiye genelinde ise ortalama gebelik sayısı 2.3, hayatta olan çocuk sayısı ortalama 1.69, düşük oranı %21 ve ölü doğum oranı %1 olarak ifade edilmektedir (TNSA-2003). Çalışma kapsamına alınan kadınların obstetrik özellikleri açısından Türkiye geneli ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Araştırmaya alınan kadınların %21.7'si bu gebeliği istemediğini ifade etmiştir (Tablo 3). Gebeliğin istenmemesi annenin gebelik süresince kendi ve fetüsün sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik yaşam tarzı değişikliklerini yapmada isteksiz olmasına neden olabilir. Çalışmalarda istenmeyen gebelik durumunda kadınların doğum öncesi bakım almaya isteksiz oldukları belirtilmektedir (Erol ve ark 2002, Sönmez 2007). Erol ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, gebeliği isteme durumunun doğum öncesi bakım alma sıklığına etkilemediği ancak alınan bakımdan yararlanma niteliğini anlamlı derecede etkilediği ifade edilmiştir. Bu nedenle istenmeyen gebelik yaşayan kadınlar doğum öncesi bakım sırasında bir risk grubu olarak ele alınmalı ve sigara içimi dahil olmak üzere gebeliğin gidişini olumsuz etkileyebilecek sağlık davranışları açısından dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Çalışmada kadınların %87.2'sinin gebeliğin birinci trimestirinde doğum öncesi bakım almaya başladıkları bulunmuştur. Bu sonuç gebelik süresince anne ve fetüsün sağlığına yönelik yapılacak değerlendirme ve müdahalelerin erken dönemde başlatılabilmesi ve sigara içimi de dahil olmak üzere var olan riskli durumların erken dönemde belirlenebilmesi açısından önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Araştırmada kadınların gebelik öncesi dönemde sigara içme oranı %24 olarak belirlenmiştir (Tablo 4). DSÖ verilerine göre dünya genelinde kadınların %17'si, gelişmiş ülkelerde %20'si, gelişmekte olan ülkelerde ise %9'u sigara içmektedir (WHO 2001). Yapılan bazı çalışmalarda İngiltere'de sigara içen kadın oranı %57.6 (Munafö ve

ark 2006), Fransa'da %30 (Grenge ve ark 2005), Norveç'te %13.1 (Zhu, Valbo 2002), İsrail'de %12.8 (Fisher ve ark. 2005), İtalya'da %20 (Nobile ve ark. 2000), İran'da %3.6 (Ahmedi ve ark. 2002) olarak saptanmıştır. Ülkemizde ise 15-49 yaş grubundaki kadınların %28'i sigara içmektedir (TNSA-2003). Diğer illerde yapılan bazı çalışmalarda kadınların sigara içme oranı Trabzon'da %32 (Can, Özlü 1999), İstanbul'da %55 (Ögel ve ark. 2003), Elazığ'da %54.8 (Gülbayrak ve ark 2004), Zonguldak'ta %25.7 (Altın ve ark 2004), Manisa'da %31.8 (Cihan ve ark 2001) olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada elde edilen sonuç Türkiye geneli ile benzer olmakla beraber DSÖ'nün geliştirmekte olan ülkeler için öngördüğü değer ve bazı Avrupa ülkelerindeki değerlerin üzerinde, Türkiye'deki bazı şehirlerin değerlerine göre ise düşük olduğu saptanmıştır. Kadının sigara içmesi doğurganlık özellikleri nedeniyle gelecek nesillerin sağlığını olumsuz olarak etkileyen bir alışkanlıktır. Bu nedenle kadınlar arasındaki sigara alışkanlığı özelde kendi sağlığı, genelde gelecek nesillerin ve toplumun sağlığı açısından önemle ele alınması ve mücadele edilmesi gereken bir sorun alanıdır.

Araştırma kapsamına alınan tüm kadınların gebelikte sigara içme durumlarına bakıldığında (572) %76.6'sının gebelik süresince hiç sigara içmediği, %6.8'inin ise görüşme anında veri alırken sigara içtiği belirlenmiştir. Kadınların %16.6'sı ise görüşme anında sigara içmemekle birlikte gebeliklerinin herhangi bir döneminde sigara içmişlerdir. Böylece çalışmada yer alan gebe kadınların %23.4'ünün gebeliğinde sigara içmiş oldukları belirlenmiştir (Tablo 5). Ülkemizde gebe kadınların sigara içme sıklığını yansıtan çalışmalara göre; gebelikte sigara içme sıklığı Erzurum'da %3 (Alp ve ark.1995), Konya'da %7.3 (Marakoğlu, Erdem 2007), Sakarya'da %12.7 (Semiz ve ark. 2006), Bursa'da %16 (Uncu 1999), Samsun'da %37 (Üstün, Malatyalıoğlu 1990) olarak bildirilmiştir. İlimizde yapılan başka bir çalışmada, kadınların gebeliğinin herhangi bir döneminde sigara içme oranı %17 olarak saptanmıştır (Marakoğlu, Sezer 2003). Özmen'in (2004) çalışmasına göre İstanbul'da yaşayan gebelerin %28'i sigara içmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan farklı çalışmalarda ise gebelikte sigara içme oranının % 11 ile % 55 arasında değiştiği bildirilmektedir (Collishaw, Lopez 1996, Surgeon general 2004, Thomas ve ark. 2000, Jesse, Graham, Swanson 2005). Gebelikte sigara içme davranışını inceleyen diğer çalışmalarda bu oran İsrail'de Yahudi kadınlarda %8.0, Arap kadınlarda %1.8 (Fisher ve ark 2005) ve İngiltere'de %34.6 (Munafö ve ark. 2006) olarak saptanmıştır. Portekiz'de ise sigara içen 15-35 yaş

arasındaki kadınların %56'sının gebeliğinde sigara içtiği belirlenmiştir (Borges 2005). Çalışmaların sonuçlarında ki farklılıklar; bölgelerin sosyokültürel özelliklerinin değişik olmasından, kadınların sosyodemografik özelliklerindeki farklılıklardan ve bazı çalışmaların yapıldığı dönemlerde sigara içme davranışının kadınlar arasında daha az yaygın olabileceği ihtimalinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca çalışmalarda sigara içme ölçütü olarak farklı değerlendirmeler yapılmış olabileceği de göz önünde tutulmalıdır. Ancak bu araştırma ve son dönemlerde yapılan diğer bazı araştırmaların sonuçları doğrultusunda dünyada ve ülkemizde gebe kadınlar arasında sigara içiminin önemli bir sorun olarak ele alınması gerektiği düşünülebilir.

Araştırmada gebelik öncesinde sigara içen kadınların (137) sadece %2.2'sinin gebeliği planladıktan sonra, %69.3'ünün gebe olduğunu öğrendikten sonra sigara içmeyi bıraktığı ve %28.4'ünün araştırmanın yapıldığı süreçte sigara içmeye devam ettiği bulunmuştur (Tablo 6). Grange ve arkadaşlarının (2005) Fransa'da yaptıkları çalışmada gebeliği planladıktan sonra sigara içmeyi bırakma oranı %12.9, gebelikte sigara içmeyi bırakma oranı %73.6 ve doğuma kadar sigara içmeyi sürdürme oranı %13.1 olarak belirtilmiştir. Amerika'da yapılan bir çalışmada gebelik öncesi dönemde sigara içen kadınların yalnız %26'sının gebe olduğunu öğrendiğinde sigarayı bıraktığı, %74'ünün her gün bir ya da daha fazla sayıda sigara içtiği saptanmıştır (Walker, Vacek 2003). Londra'da sigara içen kadınların %10'unun gebelik öncesinde, %72'sinin gebelik sırasında sigara içmeyi bıraktığı ve %18'inin gebelik süresince sigara içmeye devam ettiği bulunmuştur (Owen, McNeill, Callum 1998). Ülkemizde Marakoğlu ve Sezer'in (2003) yaptığı bir çalışmada gebelikte sigarayı bırakma oranının %43, Marakoğlu ve Erdem (2007)'in çalışmasında ise %48.2 olduğu belirlenmiştir. Sakarya'da gebe kadınlar arasında yapılan bir çalışmada kadınların %7.3'ünün gebeliğinde sigarayı bırakmış olduğu ve %12.7'sinin araştırmanın yapıldığı süreçte sigara içtiği saptanmıştır (Semiz ve ark 2006). Diğer çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında bu çalışmada, gebelik öncesi sigara bırakma oranının düşük, gebelikte sigara içme ve gebelik döneminde sigarayı bırakma davranışının diğer sonuçlarla benzer olduğu görülmektedir. Çalışmalarda sigara içen kadınlar arasında gebelik planlandığında sigara içmeyi bırakma oranının düşük olduğu ve çoğunluğunun gebelik döneminde sigarayı bıraktığı belirtilmektedir. Bu sonuçlar anne ve bebeklerin sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik gebelik öncesi dönemde sunulması gereken prekonsepsiyonel danışmanlık hizmetlerinin yetersizliğini düşündürmektedir. Gebelik öncesi dönemde yeterli eğitim ve

danışmanlık hizmetleri ile kadınların sigara içmeyi bırakmalarının sağlanması hem anne hem de bebek için daha yararlı olacaktır. Çünkü gebeliğin ilk dönemlerinde organogenezisin olması nedeni ile sigara gibi bir teratojen fetüsün sağlığını-gelişimini olumsuz etkilediği ve gebelikte görülebilecek komplikasyonların görülme sıklığını arttırdığı belirtilmektedir (Andres, Day 2000).

Bu çalışmada, gebelikte sigara içen kadınların %21.8'inin gebelik öncesine göre içtiği sigara sayısını azalttığı ve kadınların yarıya yakınının (%41.1) günde bir-üç adet, %12.8'inin ise 10 adet ve daha fazla sigara içtiği saptanmıştır. Alp ve ark (1994), gebelerin %51.1'inin günde içtikleri sigara miktarını beş adet ve altı olarak bildirmişlerdir. Bu araştırma sonuçları ile araştırmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir. Farklı bir çalışmada gebelikte sigaraya devam eden kadınların % 8.3'ünün günde 1-5, %2'sinin günde 5-10, %2.4'ünün de günde 10-20 tane sigara içtiği belirlenmiştir (Semiz ve ark 2006). Albrecht ve Caruthers'in (2002) çalışmasında gebe kadınların %50'sinin günde 10 sigaradan daha az sigara içtiği saptanmıştır. Literatürde günlük içilen sigara sayısının artmasının perinatal dönemde maternal ve fetal risk oranını arttırdığı vurgulanmaktadır (Button 2005, Uncu 2002, Andres, Day 2000, Cimete 2002, Bonollo ve ark 2002, Boyacı ve ark 2006).

Çalışmada gebeliğinde sigarayı bırakan kadınların %59.2'sinin doğumdan sonra tekrar sigara içmeyi başlamakta düşünmedikleri belirlenmiştir. Başka bir çalışmada bu oran %97.7 olarak bildirilmektedir (Marakoğlu, Sezer 2003). Ancak yapılan çalışmalarda gebelik sürecinde sigara içmeyi bırakan kadınların %50'sinin doğumdan sonraki 2. ve 6. aylar arasında sigara içmeye yeniden başladıkları tespit edilmiştir (Carmichael, Ahlumalia 2000, Lelong ve ark. 2001). Bu sonuçlar gebelik döneminin kadınların sigarayı bırakmaları için bir fırsat olarak değerlendirilebileceği, ancak sigarayı bırakma davranışının kalıcı olması için kadınların doğum sonrası dönemde sağlık personeli tarafından sunulacak profesyonel desteğe ihtiyaçlarının olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada kadınların çoğunluğunun (%74.0) eşlerinin sigara içtiği ve %89.5'inin gebelikleri süresince evlerinde sigara dumanına maruz kaldıkları yani pasif içici oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 7). Yapılmış çalışmalarda gebelikte kadınların pasif içicilik oranının %26 ve %68 arasında değiştiği görülmektedir (Marakoğlu, Sezer 2003, Marakoğlu, Erdem 2007, Özmen 2004, Rashid, Rashid 2003, Semiz ve ark 2006). Farklı bir çalışmada sigara içen ancak gebeliğinde sigarayı bırakan

kadınların %66'sının, gebeliğinde sigara içmeye devam eden kadınların ise %93'ünün pasif içici olduğu saptanmıştır (Grenge ve ark 2005b). Bu çalışmanın ve diğer çalışmaların sonuçlarına göre kadınların büyük oranda gebelikte sigara dumanına maruz kalarak pasif içici oldukları görülmektedir. Pasif sigara içiminin insan sağlığını olumsuz etkilediği ve gebelikte görülebilecek komplikasyonların oranını arttırdığı vurgulanmaktadır (Nakamura ve ark 2004). Aynı ortamda başka kişilerin sigara içmesi perinatal dönemde maternal ve fetal risk oranını daha da arttırmaktadır (Andres, Day 2000, Uncu 2002, Walker, Vacek 2000). Yapılan bir çalışmada anne sigara içmese de, evde sigara içilmesinin doğum ağırlığını etkilediği sonucu belirtilmiştir (Yeltekin, Karasınay, Yalçın 2005). Yine sigara içen babaların bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının düşük olduğu bildirilmektedir (Duran, Ceyhan 2004). Turrell ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan araştırmada; doğum öncesi ve sonrasında pasif olarak sigara dumanına maruz kalan bebeklerde morbidite ve mortalite oranı yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar doğum öncesi bakım kapsamında sigara içen yada içmeyen tüm kadınların ve ailelerini gebelikte sigaranın zararları konusunda ve sigara içmeseler bile kendilerini sigara dumanına maruz kalmaktan korumalarına yönelik bilgilendirilmelerinin önemini ortaya koymaktadır. Toplumdaki sigara içiciliğinin yaygınlığı göz önüne alındığında, sigara içmeyen gebe kadının kendini pasif içici olmaktan uzak tutması için profesyonel bilgi desteğine ihtiyaç duyacağı açıktır.

Bu çalışmada, kadınların %67.3'ü doğum öncesi bakım sırasında sigara içme davranışının sorgulanmadığını, sigara içme davranışı sorulan kadınların yarısından fazlası (%52.8) sorgulayan sağlık personelinin hemşire/ebe olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca kadınların çoğunluğu (%86.7) doğum öncesi bakım sırasında sigaranın etkileri hakkında bilgi almadıklarını, bilgi aldığını ifade eden kadınların %61.8'i bu bilgiyi hemşire/ebenin verdiğini belirtmiştir. Diğer taraftan gebelikte sigara içen kadınların yarısından fazlası (%51.3) doğum öncesi bakım sırasında sigarayı bırakmaya yönelik bir öneri almadığını ifade etmiştir (Tablo 8). Yapılan farklı bir çalışmada; gebelikte sigara içmeyi bırakamayan kadınların %21'inin sigara içme durumu ile ilgili hiçbir soru sorulmadığını, %53'ünün sigara içmeyi bırakmanın yararları hakkında bilgi almadıklarını ve %84'ünün de sigara içmeyi bırakma çabaları hakkında bir şey sorulmadığını ifade ettikleri belirtilmektedir (Grenge ve ark. 2005a). Bahar'ın (1993) çalışmasında sigarayı bırakmaya yönelik verilen eğitim sonrasında sigarayı bırakma oranının artış gösterdiği ifade edilmektedir. Albrecht ve arkadaşlarının (2002)

çalışmasında, kadınların gebelikte sigara içmeyi bırakmaları için yönlendirme yapan kişi olarak %64 oranında doktoru, %66 oranında erkek arkadaşını, %57 oranında yakın arkadaşını ve %45 oranında hemşireyi ifade etmiştir. Diğer bir çalışmada gebeliğinde sigarayı bırakması konusunda öneri alan kadın oranı %5.6, hemşireden öneri almadığını ifade eden kadın oranı %95.5 olarak verilmiştir (Marakoğlu, Erdem 2007). Bu çalışmanın ve verilen diğer çalışmaların sonuçlarına göre gebeliğinde sigara içen kadınların sağlık personeli tarafından sigarayı bırakmasına yönelik öneri ve eğitim alma oranının düşük olduğu görülmektedir. Çalışmada yer alan kadınların büyük çoğunluğunun doğum öncesi bakım almaya başlama zamanının ilk trimestir olduğu göz önüne alındığında (%87.2), bu bakım sırasında kadınların sigara içimi gibi gebeliğin gidişini olumsuz etkileyebilecek sağlık alışkanlıklarına yönelik değerlendirilmemeleri ve gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi almamaları önemli bir bulgudur.

Çalışmada kadınların gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde, gebelikte sigara içimine yönelik konuları daha yüksek oranlarda doğru bildikleri ancak sigaranın fetüs ve yeni doğan sağlığına etkilerine yönelik ifadelerde doğru yanıtlama oranlarının düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Yapılan başka bir çalışmada da kadınların sigaranın fetüs ve bebek üzerine olan etkilerini ifade etmede zorlandıkları tespit edilmiştir (Marakoğlu, Erdem 2007). Semiz ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da, kadınların sigaranın zararları denildiğinde daha çok genel zararlarını saydıkları, fetüs ve anne sağlığına yönelik etkileri olarak belirttikleri ifadelerin sınırlı sayıda ve çoğunlukla aynı ifadeler olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda da bu çalışmalara benzer sonuçlar elde edilmiştir. Kadınların sigaranın fetüs ve yenidoğan sağlığına olan etkileri hakkında bilgisi arttıkça gebelikte sigara içme yüzdelerinin yada içtikleri sigara sayısının azaldığı belirtilmektedir (Grange ve ark 2005a, Özmen 2004). Sigaranın genel zararlarının genel olarak medyada ve yazılı basında sıkça yer alması kadınların sigaranın genel etkilerini kapsayan ifadeleri daha yüksek oranda bilmelerine neden olmuş olabilir. Ancak sigaranın anne, fetüs ve yenidoğan üzerine olan etkilerini içeren bilgileri daha çok uzmanlar verdiğinde bu alanda bilgi artışı söz konusu olabileceği ve ülkemizde bu alanda yapılan uygulamaların yetersiz olduğu söylenebilir. Bu nedenle kadınların farkındalığını arttırabilmek ve durumun önemini algılamalarını güçlendirmek için sigaranın gebelikte anne, bebek ve yenidoğan sağlığına etkileri konusunda kapsamlı, planlı eğitimlerin yapılması gerektiği söylenebilir.

Araştırmada kadınların gebelikte sigaranın etkilerine yönelik yanıtları bilgi puanı olarak incelendiğinde, sigaranın genel etkilerine yönelik sorulan 7 ifadeden ortalama  $5.19 \pm 1.80$ , anne sağlığına etkilerine yönelik sorulan 3 ifadeden ortalama  $1.47 \pm 0.95$ , fetüs sağlığına etkilerine yönelik sorulan 8 ifadeden ortalama  $3.64 \pm 2.23$ , yenidoğan sağlığına etkilerine yönelik sorulan 7 ifadeden ortalama  $3.59 \pm 2.04$  ve toplamda 25 ifadeden ortalama  $13.89 \pm 5.64$  puan aldıkları görülmektedir (Tablo 10). Bu sonuçlara göre kadınların gebelikte sigaranın etkilerine yönelik toplam bilgi puanının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Kadınların bilgi puan ortalamaları alt boyutlara göre incelendiğinde gebelikte sigara içiminin genel etkilerine yönelik bilgi düzeylerinin ortanın biraz üzerinde ve yenidoğan sağlığına etkilerine yönelik bilgi düzeylerinin ise orta düzeyde olduğu, ancak gebelikte içilen sigaranın fetüs ve anne sağlığına etkilerine yönelik bilgi düzeylerinin ortanın altında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada en az bir kez sigara içmeyi deneyen kadınların, hiç sigara içmemiş olan kadınlara göre fetüs, yenidoğan ve toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 14). Gebelikte sigarayı bırakan kadınların gebelikte sigara içmeye devam eden kadınlara göre sigaranın genel etkilerine ve toplam bilgi puanına yönelik ortalamaları yüksek bulunmuştur ve sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 15). Araştırmada gebe kadınlardan doğum öncesi bakım sırasında sigaranın etkileri hakkında bilgi alanların almayanlara göre sorulan tüm alt gruplardaki ve toplam bilgi puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 16). Sigara içen kadınların bir şekilde bir yerden bilgi edinmiş olma ihtimalleri nedeni ile bilgi puan ortalamalarının yüksek olmasına rağmen gebeliklerinde sigara içme davranışlarını devam ettirmeleri, kadınların bu dönemde daha çok profesyonel, etkili ve motivasyonlarını arttıracak bir desteğe ihtiyaçları olduğunu gösteriyor olabilir. Kadınların, gebelikte sigara içilmesinin anne ve bebek üzerine olan etkilerini bildiklerinde sigarayı gebelik öncesinde veya gebelikte bıraktıkları yada günlük içtikleri sigara sayısını azalttıkları ifade edilmektedir (Özmen 2004). Borges'in (2005) çalışmasında danışmanlık verilen ve davranış müdahalesinde bulunulan sigara içen gebelerin içtiği sigara sayısını %51, diğer gruptaki kadınların ise %19.7 oranında azalttıkları ortaya konmuştur. Farklı bir çalışmada ise gebelikte içtiği sigara sayısını azaltan kadınların %28'inin, gebeliğinde sigara içmeyi bırakamayan kadınların %6'sının verilen tıbbi bilginin sigara içmeyi bırakmada önemli rol oynadığını ifade ettiği belirtilmektedir (Grenge ve ark 2005a). Bu sonuç kadınların sigaranın gebelikte anne ve



bebek sağlığı üzerine etkileri anlatıldığında konu ile ilgili olarak daha bilinçli hale geldiklerini göstermektedir. Araştırmamızda gebelik öncesinde yada gebe olduğunu öğrendikten sonra sigara içmeyi bırakan kadınların, gebelikte sigara içmeye devam eden yada içtiği sigara sayısını azaltan kadınlara göre bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu göz önünde bulundurduğumuzda bilgi oranının artması ile gebelikte sigara içme oranının daha da azalacağı sonucuna varılabilir.

Araştırmada kadınların bazı bireysel ve obstetrik özellikleri ile gebelikte sigara içme davranışları karşılaştırılmıştır. Buna göre kadınların eğitim düzeyine, gebeliğin istenmiş olmasına, bağımlılık düzeyine ve gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgi düzeyine göre gebelikte sigarayı bırakma davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 17). Çalışmamızda eğitim düzeyi 6 yıl ve üzerinde olan (%85.7), gebeliğini isteyen (%75.9), sigara bağımlılık düzeyi çok az ve az olan (%71.4) ve gebelikte sigaranın etkilerine ilişkin bilgi düzeyi yüksek olan (%78.0) kadınların gebelik döneminde sigarayı bırakma oranı yüksek bulunmuştur. Literatürde eğitim düzeyi, yaş ve bağımlılık düzeyinin gebelik süresince sigara bırakma davranışı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Borges 2005). Yapılan bir çalışmada kadınların %31.3'ünün gebeliği istemediği ve gebeliği istemeyen kadınların gebelikte sigara içmeye devam etme davranışlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Erol ve ark 2002). Grange ve ark. (2005b) çalışmalarında gebelik boyunca sigarayı bırakabilen kadınların eğitim ve bağımlılık düzeylerini yüksek bulmuşlardır. Yapılmış farklı çalışmalarda bağımlılık düzeyi yüksek ve sigara içmenin bebek üzerindeki risklerine yönelik algısı yetersiz olan ve sigaranın etkileri hakkında daha az bilimsel bilgiye sahip olan kadınların gebelikte sigara içmeyi bırakmada başarısız oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Grenge ve ark 2005a, Grange ve ark 2005b). Gebeliğinde sigara içmeye devam eden kadınların özelliklerinin bilinmesi, bu grubun sağlık personeli tarafından risk grubu olarak ve dikkatle ele alınması açısından önemlidir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre eğitim düzeyi düşük, bağımlılık düzeyi yüksek, istenmeyen gebelik yaşayan ve sigaranın gebelikteki etkilerine yönelik yetersiz bilgisi olan kadınlar gebelikte sigara içme davranışı yönünden bir risk grubu olarak değerlendirilebilir.

## VI. SONUÇLAR

Bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan gebe kadınların %59'unun 16-26 yaş grubunda, yaş ortalamasının  $25.9\pm 5.21$ , %54.7'sinin ilk okul mezunu, %56.3'ünün çekirdek aileye sahip olduğu, %98.1'inin gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı ve %92.3'ünün herhangi bir sağlık güvencesine sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Kadınların ortalama toplam gebelik sayısı 2.4, toplam doğum sayısı 1.7, yaşayan ocuk sayısı 1.6, yaşayan en kk ocuk yaşı 5.2 olarak belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %23.8'inin kendiliğinden dşuk, %5.2'sinin ölü doğum yapmış olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Gebe kadınların %72'sinin multigravida, %48.9'unun ikinci trimestirde, %78.3'ünün gebeliğinin istenen gebelik olduğu ve %87.2'sinin ilk trimestirde doğum öncesi bakım almaya başladığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Gebelik öncesinde kadınların %51.6'sının hiç sigara içmediği/denemediği, %24.4'ünün en az bir kez sigara içmeyi denediği ve %24'ünün gebelik öncesinde sigara içtiği tespit edilmiştir (Tablo 4).

Araştırma kapsamında yer alan tüm gebelerin %76.6'sının gebeliğinde hiç sigara içmediği, %16.6'sının gebeliğinin herhangi bir aşamasında sigara içtiği ancak daha sonra bıraktığı ve %6.8'inin ise halen sigara içtiği saptanmıştır (Tablo 5).

Gebelik ncesi dönemde sigara içen kadınların (n=137) %2.2'sinin gebeliği planladıktan sonra, %69.3'ünün gebe olduğunu öğrendikten sonra sigara içmeyi bıraktığı ve %28.4'ünün gebelikte sigara içmeye devam ettiği bulunmuştur. Ayrıca gebelikte sigara içmeye devam eden kadınların %41.1'inin günde 1-3 adet sigara içtiği belirlenmiştir. Gebelikte sigara içmeyi bırakan kadınların %59.2'sinin doğum sonrası sigara içmeye başlamayı dşunmedikleri saptanmıştır (Tablo 6).

Kadınların %74'ünün eşinin sigara içtiği ve yalnızca %10.5'inin evinde sigara içilmediği belirlenmiştir (Tablo 7).

Kadınların %67.3'ünün doğum öncesi bakım sırasında sağlık personeli tarafından sigara içme davranışının sorulmadığını ifade ettiği belirlenmiştir. Kadınların %13.3'ünün doğum öncesi bakımda sigaranın etkileri hakkında bilgi aldığı, %61.8'ine bu bilgiyi hemşirenin verdiği saptanmıştır. Görüşme sırasında sigara içen gebe

kadınların %51.3'üne sigara içmeyi bırakma konusunda sağlık personeli tarafından herhangi bir tavsiyede bulunulmadığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Kadınların gebelikte sigaranın etkilerine yönelik ifadelerden doğru yanıtlanma yüzdesi en yüksek olan ilk üç ifade arasında “gebelikte sigara içilen ortamda bulunmanın gebeliğe zararlı bir etkisi olmaz (%82.9)” ve “gebelikte son üç ayda sigara içmek zararsızdır (%81.6)” ve “gebelikte ara sıra sigara içilebilir (%80.6)” yer almıştır. Yanıtlanma yüzdesi en düşük olan ifade ise “gebelikte sigara içmek erken doğuma neden olmaz ifadesidir (%17.8)” (Tablo 9).

Araştırmaya katılan kadınların gebelikte sigaranın genel etkisine yönelik bilgi puan ortalamasının  $5.19 \pm 1.80$ , anne sağlığına etkilerine yönelik bilgi puan ortalamasının  $1.47 \pm 0.95$ , fetüs sağlığına etkilerine yönelik bilgi puan ortalamasının  $3.64 \pm 2.23$  ve yeni doğan sağlığına etkilerine yönelik bilgi puan ortalamasının  $3.59 \pm 2.04$  olduğu belirlenmiştir. Kadınların gebelikte sigaranın etkilerine yönelik toplam bilgi puan ortalamasının  $13.89 \pm 5.64$  olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Araştırmada 6 yıl ve daha fazla öğrenim yılına sahip olan kadınların gebelikte sigaranın genel etkileri ile ilgili bilgi puan ortalamasının  $5.38 \pm 1.77$ , 5 yıl ve daha az öğrenim yılına sahip olan kadınların bilgi puan ortalamasının  $5.04 \pm 1.81$  olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak ta anlamlı olduğu ( $p < 0.05$ ) bulunmuştur (Tablo 11).

Yaş grubuna göre kadınların gebelikte sigaranın etkilerine yönelik toplam ve alt boyut bilgi puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ( $p > 0.05$ ) belirlenmiştir (Tablo 12).

Multigravida olan kadınların gebelikte sigaranın anne sağlığına etkilerine yönelik bilgi puan ortalamasının  $1.52 \pm 0.96$ , primigravida olan kadınların bilgi puan ortalamasının  $1.33 \pm 0.90$  olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak ta anlamlı olduğu ( $p < 0.05$ ) bulunmuştur (Tablo 13).

En az bir kez sigara deneyen kadınların gebelikte sigaranın fetüs sağlığına etkilerine yönelik bilgi puan ortalamasının  $3.86 \pm 2.28$ , yeni doğan sağlığına etkilerine yönelik bilgi puan ortalamasının  $3.78 \pm 2.08$  olduğu ve bu puanların hiç sigara denemeyen kadınların bilgi puan ortalamasından istatistiksel olarak yüksek olduğu ( $p < 0.05$ ) saptanmıştır. Ayrıca toplam bilgi puanları açısından en az bir kez sigara içmeyi deneyen kadınların ortalamasının ( $14.40 \pm 5.68$ ), hiç sigara içmeyen kadınların toplam

bilgi puan ortalamasına ( $13.42 \pm 5.58$ ) göre daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ( $p < 0.05$ ) bulunmuştur (Tablo 14).

Gebeliğinde sigara içmeyi bırakan kadınların gebelikte sigaranın genel etkilerine yönelik bilgi puan ortalamasının  $5.26 \pm 1.76$ , gebelikte sigara içmeye devam eden kadınların bilgi puan ortalamasının  $4.10 \pm 1.95$  ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak ta anlamlı olduğu ( $p < 0.05$ ) belirlenmiştir. Ayrıca toplam bilgi puan ortalamaları açısından gebeliğinde sigarayı bırakan kadınların bilgi puan ortalamasının  $14.68 \pm 5.89$ , gebelikte sigara içmeye devam eden kadınların bilgi puan ortalamasının  $12.20 \pm 4.60$  olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ( $p < 0.05$ ) saptanmıştır (Tablo 15).

Doğum öncesi bakım kapsamında sağlık personelinin sigaranın etkileri hakkında bilgi alan kadınların, gebelikte sigaranın etkilerine yönelik toplam ve alt boyutlara yönelik bilgi puan ortalamasının, sağlık personelinin bilgi almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 16).

Araştırmada öğrenim yılına göre kadınların gebelikte sigara içmeyi bırakma yada devam etme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p < 0.05$ ), buna göre altı yıl ve üzeri öğrenim yılına sahip olan kadınların (%85.7) beş yıl ve daha az öğrenim yılına sahip olan kadınlara göre (%59.5) gebelikte sigarayı bırakma oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebeliğini isteyen kadınların (%75.9) gebeliğini istemeyen kadınlara (%52.9) göre gebelikte sigarayı bırakma oranı daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Bağımlılık düzeyi ile kadınların gebelikte sigara içmeyi bırakma yada devam etme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p < 0.05$ ), bağımlılık düzeyi çok az ve az düzeyde olan kadınların (%72.2) bağımlılık düzeyi orta ve yüksek düzeyde olan kadınlara (%32.0) göre gebelikte sigara içmeyi bırakma davranışları yüksek bulunmuştur. Gebelikte sigaranın etkilerine ilişkin toplam bilgi puan ortalamaları ile gebelikte sigara içme yada devam etme davranışları karşılaştırıldığında, toplam bilgi puan ortalaması 13 ve üzerinde olan kadınların (%78.0) toplam bilgi puan ortalaması 12 ve altında olan kadınlara (%61.8) göre gebelikte sigarayı bırakma oranları yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Yaş grubu, aile tipi, gravida, ölü doğum/düşük yapma öyküsü ve eşinin sigara içme durumuna göre kadınların gebelikte sigarayı bırakma yada devam etme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 17).

## VII. ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucu aşağıdaki öneriler getirilmiştir.

1. Sigara içme alışkanlığının değerlendirilmesi doğum öncesi bakım kapsamında gebe kadınlarla ilgili veri toplama sürecinin rutin bir parçası olmalı ve böylece gebelikte sigara içen kadınlar mümkün olan en erken dönemde belirlenmeli,

2. Sigara içen ya da içmeyen tüm kadınlara ve ailelerine aktif ya da pasif sigara içiciliğin gebelikte anne, fetüs ve yenidoğan üzerindeki etkilerine yönelik eğitimler planlanmalı, uygulanmalı ve verilen bu eğitimlerin sonuçları değerlendirilmeli,

3. Sigara içen kadınların gebelik öncesinde ya da gebeliğin erken dönemlerinde sigarayı bırakabilmeleri için gerekli eğitim ve danışmanlık sağlanmalı,

4. Eğitim düzeyi düşük, gebeliğini istemeyen, bağımlılık düzeyi yüksek ve gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgisi yetersiz olan kadınlar gebelikte sigara içimi açısından yüksek risk grubu olarak ele alınmalı,

5. Gebelikte sigara içmeye devam eden kadınlar için sigarayı bırakmalarına yönelik farklı müdahale programlarının kadınların sigarayı bırakma davranışları üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar yapılmalı,

6. Gebelikte sigara içilmesinin anne, fetüs ve yenidoğan sağlığına etkilerini araştıran çalışmalar yapılmalı.

## IX. KAYNAKLAR

Ahmedi J, Khalili H, Jooybar R, Namazi N, Mohammadagaei P (2002) Prevalence of cigarette smoking in Iran. American Journal of Public Health, 92(1):71-74.

Albrecht SA, Caruthers D (2002) Characteristics of inner-city pregnant smoking teenagers. JOGNN, 31(4): 462-469.

Al-Barder A, Omu AE, Dashti H (1999) Chronic cadmium toxicity to sperm of heavy cigarette smokers: immunomodulation by zinc. Archives Andrology, 43(2):135-140.

Albuquerque CA, Smith KR, Johnson C, Chao R, Harding R (2004) Influence of maternal tobacco smoking during pregnancy on uterine, umbilical and fetal cerebral artery blood flows. Early Human Development, 80(1):31-42.

Alp H, Selimoğlu MA, Yaman S, Energin M, Altınkaynak S, Orbak Z (1995) Gebelikte sigara kullanımının fetüse etkileri, Çocuk Kliniği Dergisi, 30(1):80-83.

Altın R, Kart L, Ünlüoğlu M, Dutkun Y, Örnek T (2004) Tıp fakültesinde çalışanlarda sigara içme prevalansı ve sigaraya karşı tutumların değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi, 5(2):63-67.

Andres RL, Day ML (2000) Perinatal complications associated with maternal tobacco use. Seminars in Neonatology, 5(3):231-241.

Atasü T ve Beninan S (2000) Bağımlılık yapan maddelerin fetüse etkileri. İstanbul, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, Tayf Ofset, ss: 466-467.

Backe B (1993) Maternal smoking and age. Effect on birghtweight and risk for small-for- gestational age births. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 72(3):172-176.

Bahar Z (1993) Kadınların sigaraya ilişkin bilgi ve tutumları, sigarayı bırakmada verilen eğitimin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(3):89-97.

Balat Ö, Balat A, Kutlar İ, Pençe S, İyiköşker H (2003) The effect of smoking and caffeine on the and placenta in pregnancy. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 30(1):57-59.

Bilir N (2003) Sigara kullanımının kadın sağlığına etkisi ve kontrolü. İçinde: *Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın* (Ed. Akın A) Hacettepe Üniversitesi Yayınları, ss:209-219.

Bilir N (2003) Sigara ve Üreme Sağlığı, V. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara.

Blake KV, Gurrin LC, Evans (2000) Maternal cigarette smoking during pregnancy, low birth weight and subsequent blood pressure in early childhood. *Early Human Development*, 57(2):137-147.

Blann AD, Kirkpatrick U, Devine C, Naser S, McCollum CN (1998) The influence of acute smoking on leucocytes, platelets and the endothelium. *Atherosclerosis*, 141(1):133-139.

Bonollo DP, Zapka JK, Stoddard AM, Yunsheng MA, Pbert L, Ockene JK (2002) Treating nicotine dependence during pregnancy and postpartum: understanding clinician knowledge and performance. *Patient Education and Counseling*, 48(3):265-274.

Borges CF (2005) Effectiveness of a brief counseling and behavioral intervention for smoking cessation in pregnant women. *Preventive Medicine*, 41(1):295-302.

Boyacı H, Büyükgöze B, Başığit İ, Yıldız F, Ilgazlı A, Duman C (2006) Fetustaki sigara dumanı maruziyetinin kord kanı kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi. *Toraks Dergisi*, 7(2):115-119.

Bush PG, Mayhew TM, Abramovich DR, Aggett PJ, Burke MD, Page KR (2000) Maternal cigarette smoking and oxygen diffusion across the placenta. *Placenta*, 21(8):824-833.

Button TMM, Thapar A, Guffin P (2005) Relationship between antisocial behaviour, attention-deficit hyperactivity disorder and maternal prenatal smoking. *The British Journal of Psychiatry*, 187(22): 155-160.

Can G, Özlü T (1999) Trabzon il merkezinde sigara içme sıklığı. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 16(3):200-203.

Carmichael A, Ahluwalia IB (2000) Correlates of postpartum smoking relapse. Results from pregnancy risk assessment monitoring system. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(2):193-196.

Chatenoud L, Chiaffarino F, Parazzini F, Banzi G, Vecchia C (1999) Prevalence of smoking among pregnant women is lower in Italy and England. *British Medical Journal*, 318(7189):1012-1018.

Cihan ÜA, Dinç G, Özvurmaz S, Ay S, Oral A, Özcan L (2001) Manisa kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlar ve eşleri arasında sigara içme boyutu ve bunu etkileyen sosyoekonomik faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 22(1):24-30.



Cimete G (2002) Gebelikte madde kullanımının anne, fetüs ve yenidoğan üzerine etkisi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 5(1):68-77.

Collishaw NE, Lopez AD (1996) The tobacco epidemic: a global public health emergency. İn: Tobacco Alert. Geneva: World Health Organization.

Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF (1994) The placenta and fetal membrans. Williams Obstetrics, 5:111-139.

Çavuşoğlu H (2004) Çocuk sağlığı hemşireliği: normal yenidoğan ve hemşirelik bakımı, Ankara, Genişletilmiş 7. baskı, Cilt:2, ss:26.

Çetin E, Malas MA (2005) Fetal büyümeye etki eden çevresel faktörler. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12(2):65-72.

Çöl M (2007) Kadın sağlığı sigara ve madde bağımlılığı, V. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 19-22 Nisan.

Dağoğlu T, Görok G (2002) Obstetrik Komplikasyonlar. İçinde: Neonatoloji, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, ss:72-74.

Davies JM, Stockdale MS, Cropper M (2005) Smoking while pregnant may cause attention-deficit hyperactivity disorder. Antisocial Behavior, Available at: [www.health.dailynewscentral.com](http://www.health.dailynewscentral.com), Accessed: 17.04.2007.

Desdicioğlu K, Malas MA (2006) Fetal büyümeye etki eden maternal faktörler. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 13(2):47-54.

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

Doll R (1996) Cancers weakly related to smoking. *British Medical Bulletin*, 52(1):35-49.

Duran Ö, Ceyhan O (2004) Tokat Karşiyaka Doğum ve Çocuk Bakımında doğan bebeklerin, gebelik haftası, doğum şekli, doğum ağırlığı, boy uzunluğu ve anomali durumu ile anne ve babaya ait özellikler arasındaki ilişki. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1):26-34.

Ebbert JO, Patent CA, Schroeder DR (2006) The fagerström test for nicotine dependence-smokeless tobacco. *Addictive Behaviors*, 31(9):1716-1721.

Erol N, Durusoy R, Ergin I, Döner B, Çiçeklioğlu M, Kırca Ü (2002) Gebeliği isteme durumuna göre doğum öncesi bakım düzeyi: İzmir Konak Doğumevi'nde Mayıs 2002'de yapılmış bir araştırma. Available at: [www.dicle.edu.tr](http://www.dicle.edu.tr), Accesses: 23.8.2007.

Eskenazi B, Trupin LS (1999) Passive and active maternal smoking during pregnancy, as measured by serum cotinine, and postnatal smoke exposure. II. Effects on neurodevelopment at age 5 years. *American Journal of Epidemiology*, 142(9):19-29.

Fisher N, Amitai Y, Haringman M, Meiraz H, Baram N, Leventhal A (2005) The prevalence of smoking among pregnant and postpartum women in Israel: a national survey and review, *Health Policy*, 73(1):1-9.

Floyd RL, Rimer BK, Giovino GA (1993) A review of smoking in pregnancy: Effects on pregnancy outcomes and cessation efforts. *Annual Review of Public Health*, 14:379-411.

Gelişen O, Çalışkan R (2001) Erken doğum. İçinde: *Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji*, Beksaç MS, Demir N, Koç A, Ankara, Medikal Network, ss:1148-1150.

Goel P, Radotra A, Singh I, Aggarwal A, Dua D (2004) Effects of passive smoking on outcome in pregnancy. *Journal of Postgraduate Medicine*, 50(1):12-16.

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

Grange G, Vaissiere C, Borgne A, Ouazana A, Huillier JP, Valensi P, Peiffer G, Aubin HJ, REnon D, Thomas D, Lebergry F (2005a) Characteristics of tobacco withdrawal in pregnant women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 6:1-6.

Grange G, Vaissiere C, Borgne A, Ouazana A, Huillier JP, Valensi P, Peiffer G, Aubin HJ, REnon D, Thomas D, Lebergry F (2005b) Description of tobacco addiction in pregnant women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 120:146-151.

Glbayrak C, Aık Y, Deveci SE, Ouzncl AF (2004) Elazı il merkezinde iki eitim salık ocağı blgesinde kadınların sigara ime sıklığı. *Erciyes Tıp Dergisi*, 26(4):158-164.

Hecht SS, Hoffmann D (1988) Tobacco-specific nitrosamines, an important group of carcinogens in tobacco and tobacco smoke. *Carcinogenesis*, 9(6):875-884.

Hemminki K, Mutanen P, Saloniemi I (1983) Smoking and the occurrence of congenital malformations and spontaneous abortions: multivariate analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 145(1):61-66.

Hwang SJ, Beaty TH, Panny SR ve ark. (1995) Association study of transforming growth factor alpha (TGFA) TaqI polymorphisms and oral clefts: indication of gene-environment interaction in a population-based sample of infants with birth defects. *American Journal Epidemiology*, 141:629-636.

Jesse DE, Graham M, Swanson M (2006) Psychosocial and spiritual factors associated with smoking and substance use during pregnancy in African and White low-income women. *JOGNN*,35:68-77.

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

Kavaklı A, Yıldız S (1994) Ebeveynlerin sigara içme alışkanlığı ile çocuklarında görülebilecek sorunların ilişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 10(3):113-124.

Lambers DS, Clark KE (1996) The maternal and fetal physiologic effects of nicotine. *Semin Perinatol*, 20(2):115-126.

Lammer EJ, Shaw GM, Lovannisci DM (2004) Maternal smoking and the risk of orofacial clefts, susceptibility with NAT 1 and NAT2 polymorphisms, *Epidemiology*, 15(2):150-156.

Lelong N, Kaminski M, Saurel-Cubizolles MJ, Bouvier-Colle MH (2001) Postpartum return to smoking among usual smokers who quit during pregnancy. *European Journal of Public Health*, 11(3):334-339.

Lindley AA (2001) Hamilelik döneminde sigarayı bırakmanın yada içmeye devam etmenin çocuk doğum ağırlığına, kafa çevresine, panderal indeksine ve beyin-vücut ağırlığına etkisi. Çev: Açık Y ve Deveci SE, *Sağlık için Sigara Alarmı Dergisi*, 4(1-4):29-36.

Little J, Cardy A, Arslan MT (2004) Smoking and orofacial clefts: a United Kingdom-based case-control study. *The Cleft Palate Craniofacial Journal*, 41(4):381-6.

Luppi P, Lain KY, Jeyabalan A, Deloia JA (2007) The effects of cigarette smoking on circulating maternal leukocytes during pregnancy. *Clinical Immunology*, 122:214-219.

Marakoğlu K, Erdem D (2007) Konya'da gebe kadınların sigara içme konusundaki tutum ve davranışları. *Erciyes Tıp Dergisi*, 29(1):47-55.

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

Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML (2002) Births: Final Data For 2002. National Vital Statistics Reports, 52(10) National Center for Health Statistics. Available at: [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr52/nvsr52\\_10.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr52/nvsr52_10.pdf), Accessed: 16.05.2007.

McLeon D, Benn C, Pullon S, Viccars A, White S, Cookson T, Dowell A (2003) The midwife's role in facilitating smoking behaviour change during pregnancy. Midwifery, 19:285-297.

Meurs KP (1999) Cigarette smoking pregnancy and the developing fetus, Stanford Medical Review 1(1):14-16.

Meyer KA, 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.

Munafö MR, Wileyto EP, Murphy MFG, Collins BN (2006) Maternal smoking during late pregnancy and offspring smoking behaviour. Addictive Behaviors, 13:1-12.

Naeye RL (1980) Abruptio placentae and placenta previa: frequency, perinatal mortality and cigarette smoking. Obstetrics and Gynecology, 55(6):701-704.

Nakamura MU, Alexandra SM, Kuhn dos Santos JF (2004) Obstetric and perinatal effects of active and/or passive smoking during pregnancy. Sao Paulo Medical Journal, 122(3):94-98.

Nobile CGA, Anfosso R, Pavia M, Angelillo IF (2000) Cigarette smoking: knowledge, attitudes and behaviour in an adult population in Italy. Public Health, 114:348-352.

Ogburn PL, Hurt RD, Croghan IT, Schroeder DR, Ramin KD, Offord KB, Moyer TB (1999) Nicotine patch use in pregnant smokers: nicotine and cotinine levels and fetal effects. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181: 736-743.

Olds DL, Henderson CR, Tatelbaum R (1994) Intellectual impairment in children of women who smoke cigarettes during pregnancy. *Pediatrics*, 93:221-227.

Owen L, McNeil A, Callum C (1998) Trends in smoking during pregnancy in England. *British Medicine Journal*, 317(7160):728-730.

Ögel K, Tamer D, Özmen E, Aker T, Sağduyu A, Boratav C, Liman O (2003) İstanbul örneğinde tütün (sigara) kullanım yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi*, 4(3);1405-1416.

Özge C, Toros F (2006) Is there any relationship between attention deficit hyperactivity disorder and smoking during pregnancy and second hand smoking? *Akciğer Arşivi*, 7(2):49-52.

Özer M (2003) Sigara Alışkanlığı, *Aile ve Toplum*, 2(6):91-94.

Özmen BÖ (2004) Gebelikte Sigara İçiminin Plasenta ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Özmert EN (2005) Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48(4):179-195.

Özsoy S (1992) Gebelikte sigara içme olasılığı ve evde sigara içilmesinin doğum şekli ve bebeğin doğum tartısı üzerine etkisi, *Hemşirelik Bülteni*, 6:25-26.

Öztuna F (2004) Sigaranın hücrel etkileri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 52(1):69-74.

Parson MT, Spellacy WN (1994) Preterm labor. In: Danforth's Obstetrics and Gynecology, Lippincott Williams & Willcinsi, Philadelphia, ss:289-304.

PIAR (1988) Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu.T.C Başbakanlık, Devlet İstatistik Enstitüsü (2003), Bülten No:03.

Pichini S, Garcfa-Algar O (2006) In utero exposure to smoking and newborn neurobehavior: how to assess neonatal withdrawal syndrome? Therapeutic Drug Monitoring, 28(5):288-290.

Pletsch PK, Morgan S (2002) Smoke free families: A tobacco control program for pregnant women and their families. JOGNN, 31(1):39-47.

Rashid M, Rashid H (2003) Passive maternal smoking and pregnancy outcome in a Saudi population. Saudi Medical Journal, 24(3):248-53.

Rush RW, Dawey DA, Segall ML (1978) The effect of preterm delivery on perinatal mortality. British Medical Journal Obstet Gynecology, 85(3):806-911.

Salihu HM, Aliyu MH, Pierre-Louis BJ, Alexander GR (2003) Levels of excess infant deaths attributable to maternal smoking during pregnancy in the United States. Maternal and Child Health Journal, 7(4):219-227.

Samet JM (2003) Synthesis: The health effects of tobacco smoke expasure on children. Addictive at: <http://www.who.int/tobacco/media/en/samet.pdf>, Accessed: 12.12.2006.

Samuel P, Jerome F (1998) Department of obstetrics and gynecology, Center for Research on reproduction and womens health and the division of maternal-fetal medicine. Çev:Yılmaz B,American Journal of Obstetrics & Gynecology, 338:663-667.

Saraiya M, Berg CJ, Kendrick JS, Strauss LT, Atrash HK, Ahn YW (1998) Cigarette smoking as a risk factor for ectopic pregnancy. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 178:493-498.

Semiz O, Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Kılıçoğlu S (2006) Sakarya’da bir sağlık kuruluşuna başvuran gebelikte sigara içme durumu ile ilgili bazı özellikleri. STED 15(8):149-152.

Sezer RE (2001) Dünyada ve Türkiye’de sigara tüketiminin eğilimleri. Hipokrat Dergisi, 11(3):56-63.

Sezer RE (2006) Gebelikte sigara kullanımının anne ve fetus sağlığı üzerine etkileri, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD, 5 Mayıs Ebeler Günü Konuşma Metni, Sivas.

Sherman J, Young A, Sherman M, Collazo C, Bernert JT (2001) Prenatal smoking and alterations in newborn heart rate during transition. JOGNN, 31:680-687.

Sondergaard C, Henrikson TB, Obel C, Wisborg K (2001) Smoking during pregnancy and infantile colic. Pediatrics, 108(2):342-346.

Sönmez Y (2007) Doğum öncesi bakım hizmetleri. STED, 16(1):9-12.

Surgeon General’s Report Women and Smoking (2004) United States Department of Health and Human Services, The Health Consequences of Smoking, A report of the surgeon general, Addictive at: [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov), Accessed:17.04.2007.

Thyrian JR, Hannöver W, Röske K, Scherbarth S, Hapke U, John U (2006) Midwives attitudes to counselling women about their smoking behaviour during pregnancy and postpartum. Midwifery, 22:32-39.



Thomas JD, Garrison ME, Slawecki CJ ve ark. (2000) Nicotine exposure during the neonatal brain growth spurt produces hyperactivity in preweanling rats. *Neurotoxicology and Teratology*, 22(5):695,701.

Turrell G, Battistutta D, McGuffog I (2002) Social determinants of smoking among parents with infants. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 26(1):30-37.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2003) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Ekim 2004.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (1993) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Uncu G (2002) Sigaranın fertilitte ve gebelik üzerine etkileri. İçinde: Sigara ve Sağlık, (Ed: Özyardımcı N), Bursa, ss: 257-295.

Uncu YA (1999) Gebelikte asemptomatik bakteriüri sıklığı ve komplikasyonları ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD. Bursa.

Uysal MA ve ark (2004) Fagerström Test for Nicotine Dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 52(2):115-121.

Üstün C, Malatyaloğlu E (1990) Gebelikte sigara kullanımının fetüs ve plasenta üzerinde etkileri. *On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 7:43-49.

Walker RH, Vacek PM (2003) Relationships between cigarette smoking during pregnancy, gestational age, maternal weight gain and infant birthweight, *Addictive Behaviors* 28:55-66.

Wasserman CR, Shaw GM, O'Malley CD, Tolarova MM, Lammer EJ (1996) Parental cigarette smoking and risk for congenital anomalies of the heart, neural tube or limb. *Teratology*, 53(4):261-267.

WHO (2002) Sigara öldürür:Aldanmayın! Basın ek bilgisi EURO/04/02, Kopenhag ve Varsova, 18 Şubat 2002, DSÖ Türkiye İrtibat Ofisi-WHO Turkey Croison Office. Available at:<http://www.un.org.tr/who/tobacco1.607>, Accessed: 05.12.2006.

WHO (2000) Women's Special Risk, Bulletin of the World Health Organization, 78, Available at:[www.un.org.tr](http://www.un.org.tr), Accessed: 19.11.2006.

WHO (2001) Women and Tobacco Epidemic (2001) Challenges for the 21st Century, Available at:[www.un.org.tr](http://www.un.org.tr), Accessed: 25.02.2006.

Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB, Olsen SF, Secher NJ (2001) Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *American Journal of Epidemiology*, 154(4):322-327.

Yaman S, Bölükbaş N, Pasinlioğlu T (1994) Gebelerin sigara içme alışkanlıklarına ilişkin davranış değişiklikleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 10(2):125-131.

Yeltekin SY, Karasimav D, Yalçın S (2005) Gümüşdere Sağlık Ocağında pasif sigara maruziyetinin doğum ağırlığı üzerine etkisi, *STED*, 14(4):90-93.

Yüksel EG (2002) Sigara ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı. *İçinde: Sigara ve Sağlık*, Bursa, ss:136-375.

Zhu SH, Valbo A (2002) Depression and smoking during pregnancy, *Addictive Behaviors*, 27:649-658

## **X. EKLER**

## EK-I. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

Telefon Numarası:

Anket No:

### 1. Sosyo Demografik Veriler

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

1.Okur Yazar Değil

2.Okur Yazar

3.İlkokul Mezunu

4.Ortaokul Mezunu

5.Lise Mezunu

6.Üniversite Mezunu

3.Aile tipiniz nedir?

1.Çekirdek Aile

2.Geniş Aile

3.Diğer.....

4.Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1.Çalışıyor

2.Çalışmıyor

5.Sağlık güvenceniz var mı?

1.Var.....

2. Yok

6.Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.Çok kötü

2.Kötü

3.Orta

4.İyi

5.Çok iyi

### 2.Obstetrik Veriler

1.Toplam kaç kez gebe kaldınız?.....

2.Kaç kez doğum yaptınız?.....

3.Yaşayan kaç çocuğunuz var?.....

4.Yaşayan en küçük çocuğunuz kaç yaşında?.....

5.Hiç kendiliğinden düşük yaptınız mı?

1. Evet.....Kaç kez.....

2. Hayır

6. Hiç ölü doğum yaptınız mı?

1. Evet.....Kaç kez.....

2. Hayır

### 3. Bu Gebeliğe İlişkin Veriler

1. Bu kaçınıcı gebeliğiniz?.....

- Son adet tarihi (SAT).....

- Şu andaki gebelik ayı.....

2. Bu gebeliğiniz planlı olarak mı gerçekleşti?

1.Evet

2.Hayır

3. Bu gebeliğinizde doğum öncesi bakım (kontrol) almak üzere

ilk olarak ne zaman bir sağlık kurumuna gittiniz?

1. Şu ana kadar hiç gitmedim

2. Gebeliğimin ..... ayında, .....haftasında

4. Şimdiye kadar gittiğiniz doğum öncesi bakımlarda size

sigara içip içmediğiniz soruldu mu?

1. Evet

2. Hayır

Evetse, kim sordu?

1. Hemşire/ebe

2. Doktor

3. Diğer.....

### 4. Sigara Kullanım Durumuna Yönelik Veriler

1. Aşağıda belirtilen seçeneklerden size uyanı seçiniz? (**Gebelik öncesi dönemde**)

1.Şimdiye kadar hiç sigara içmedim/denemedim. (7. soruya geçiniz)

2.Sigara denedim ancak içmiyorum.

3.Sigara içiyorum.

2. Yaşamınız boyunca toplam 100 adet (beş paket) sigara içmiş misinizdir?

1.Evet (Kaç yaşında başladınız?.....)

(Kaç yıldır içiyorsunuz?.....)

2.Hayır

3. Halen sigara içiyor musunuz?

1.Evet, her gün içerim.

2.Her gün olmamakla birlikte ara sıra içerim.

3.Hayır, bıraktım.

4. Günde kaç sigara içiyorsunuz? (3\1 ve 3\2yi seçenlere sorulacak)

- 1.Günde bir tane
- 2.Günde 1-5 tane
- 3.Günde 6-10 tane
- 4.Günde 11-20 tane
- 5.Günde 20'den fazla

5. Gebelikle birlikte sigara içme davranışınızda nasıl bir değişim oldu?

1. Gebeliği planladıktan sonra bıraktım.
2. Gebe olduğumu öğrendikten sonra bıraktım/hiç içmedim. (Gebeliğinizin kaçınıcı haftasında sigarayı bıraktınız? ..... haftasında, Doğum sonrası tekrar başlamayı düşünüyor musunuz?.....)
3. Gebe olduğumu öğrendikten sonra azalttım.....
4. Su anda da aynı şekilde sigara içmeye devam ediyorum.

(3 ve 4. maddeyi işaretleyenler yanıtlayacak)

- Günde ortalama kaç sigara içiyorsunuz?.....
- Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?.....

6. Doğum öncesi kontroller sırasında size sigarayı bırakmanız önerildi mi?

1. Evet
2. Hayır

Evetse, kim önerdi?

1. Hemşire/ebe
2. Doktor
3. Diğer.....

7. Şimdiye kadar aldığınız doğum öncesi kontroller sırasında gebelikte sigaranın etkileri hakkında bilgi verildi mi?

1. Evet
2. Hayır

Evetse, bu bilgiyi kim verdi?

1. Hemşire/ebe
- 2.Doktor
- 3.Diğer.....

8. Verilen bu bilgi sizce yeterlimiydi?

- 1.Evet
- 2.Hayır

9. Eşiniz sigara içiyor mu?

- 1.Evet
2. Hayır

10. Bu gebeliğinizde evinizde sigara içiliyor mu?

1. Hayır, evimde hiç sigara içilmiyor.
2. Yalnızca dışardan misafir geldiğinde evimde sigara içiliyor.
3. Ev halkı evde benim bulunduğum odanın dışındaki bir yerde sigara içiyor.
4. Ev halkı evde sigara içiyor

**EK-II. GEBE KADINLARIN GEBELİKTE SİGARANIN ETKİLERİ  
HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK BİLGİ  
FORMU**

İFADELER	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Gebelikte içilen bir sigaranın gebeliğe zararı olmaz.			
2. Gebelikte sigara içilmesi bebeğin doğum sonrasında astım hastası olması nedeni olabilir.			
3. Gebelikte ara sıra sigara içilebilir.			
4. Gebelikte sigara içilmesi doğum sonrası bebekte sigaraya bağımlılık belirtilerinin (sinirlilik, çok ağlama, uyuyamama..) görülmesine neden olur.			
5. Sigara içilen bir ortamda bulunmanın gebeliğe zararlı bir etkisi olmaz.			
6. Gebelikte sigara içilmesi doğum sonrası bebeğin aniden ölmesine neden olmaz.			
7. Gebeliğin ilk 3 ayında sigara içilmesi zararsızdır.			
8. Gebelikte sigara içilmesi bebeğin doğum sonrasında tıbbi müdahaleye (oksijen verme, kuvöze konma, ilaç tedavisi,...) maruz kalmasına neden olur.			
9. Gebeliğin son 3 ayında sigara içilmesi zararsızdır.			
10. Gebelikte sigara içilmesi bebekte öğrenme gücüne neden olur.			
11. Gebelikte sigara içilmesi her gebeliğe zarar vermez.			
12. Gebelikte sigara içilmesi doğum sonrasında bebeğin çabuk hastalanmasına neden olur.			
13. Gebelikte sigara içilmesi bebeğin doğum sonrasında normalden daha yavaş büyümesine neden olur.			
14. Gebe kadının kendini sıkıntılı hissettiğinde içtiği bir iki tane sigaranın gebeliğe zararı olmaz.			
15. Gebelikte sigara içilmesi annenin doğumda solunum sorunları yaşamasına neden olur.			
16. Gebelikte sigara içilmesi düşüğe neden olur.			
17. Gebelikte sigara içilmesi annenin gebelikte az kilo almasına neden olur.			
18. Gebelikte sigara içilmesi bebeğin zayıf doğmasına neden olur.			
19. Gebelikte sigara içilmesi annenin doğum öncesi dönemde kanama sorunu yaşamasına neden olur.			
20. Gebelikte sigara içilmesi bebeğin ölü doğmasına neden olur.			
21. Gebelikte sigara içilmesi bebekte yarık damak ve dudak oluşmasına neden olur.			
22. Gebelikte sigara içilmesi erken doğuma neden olmaz.			
23. Gebelikte sigara içilmesi bebeğin anne karnında büyümesini yavaşlatır.			
24. Gebelik döneminde sigara içilmesi anne karnında eşin zarar görmesine neden olur.			
25. Gebelikte sigara içilmesi bebeğin özürlü doğmasına neden olmaz.			



### EK-III. FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIĞI 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 IV. FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIĞI TESTİ DERECELENDİRME  
ŞEMASI**

<b>Fagerström testi</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?	0-10	11-20	21-30	31 ve üzeri
Sabah ilk sigarayı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?	Bir saat sonra	31-60 dk 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		

## EK-V. Kadınların gebelik öncesi ve sırasında sigara içme durumları

