



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**GEBELERDE SİGARANIN YENİDOĞANIN APGAR SKORU VE
DOĞUM PARAMETRELERİ ÜZERİNE ETKİSİ: KONYA ÖRNEĞİ**

DR. CANAN TEKİN

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2024

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**GEBELERDE SİGARANIN YENİDOĞANIN APGAR SKORU VE
DOĞUM PARAMETRELERİ ÜZERİNE ETKİSİ: KONYA ÖRNEĞİ**

DR. CANAN TEKİN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN:
PROF. DR. RUHUŞEN KUTLU

KONYA, 2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana yol gösteren tez danışmanım Sayın hocam Prof. Dr. Ruhuşen Kutlu'ya, asistanlığımın her aşamasında yardımını esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Nur Demirbaş'a teşekkür ederim. İçten bir çabayla, kliniğimizi daima ileri taşıma gayretinde olan Sayın hocam Prof. Dr. Nazan Karaoğlu'na, asistanlık sürecimde güleryüzüyle yanımda olduğunu hep hissettiren Prof. Dr. Fatma Gökşin Cihan hocama ve eğitimimiz için çaba sarf eden Dr. Öğr. Üyesi Hatice Küçükceran hocama teşekkür ederim. Tez hazırlık sürecimde desteğinden dolayı Op. Dr. Rukiye Özçelik Tepe'ye teşekkür ederim.

Bugüne ulaşmamda en büyük emeğin sahipleri, maddi ve manevi yardımlarıyla her zaman yanımda olan kıymetli annem Türkan Kara ve babam Halil Kara'ya, varlıkları ile bana güç veren kardeşlerim Elife Tuğçe'ye ve Ahmet Sina'ya içtenlikle teşekkür ederim. Asistanlık sürecimi bilgisi ve desteği ile kolaylaştıran değerli eşim Uzm. Dr. Fatih Cemal Tekin'e ve neşe kaynağım oğullarıma, yanımda oldukları için müteşekkirim.

Uzmanlık eğitimim sırasında birbirimize yoldaş olduğumuz araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve aile hekimliği polikliniği çalışanlarına destekleri için teşekkür ederim.

Rotasyon eğitimlerim süresince tanıdığım, hekimliğe olan inancımı tazeleyen hocalarım ve asistan arkadaşlarım başta olmak üzere, tıp eğitimimde ve mesleğimi icra ettiğim dönemlerde bana yol gösteren, yardımcı olan tüm sağlık çalışanlarına teşekkür ederim.

Saygı ve sevgilerimle...

Canan TEKİN

Ağustos, 2024

ÖZET

GEBELERDE SİGARANIN YENİDOĞANIN APGAR SKORU VE DOĞUM PARAMETRELERİ ÜZERİNE ETKİSİ: KONYA ÖRNEĞİ

Dr. Canan TEKİN

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2024

Amaç: Bu çalışmada gebelerde sigara içme ve tütün dumanına maruziyet prevelansının tespit edilmesi; sigara içen ve içmeyen kadınların, doğum sürecinde ve bebeklerinin doğum parametrelerinde farklılık olup olmadığının incelenerek, sorunun ortaya konmasına katkıda bulunulması hedeflendi.

Gereç ve yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışma olarak planlanmıştır. 15 Ocak–15 Nisan 2021 tarihleri arasında Konya İl Sağlık Müdürlüğü Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yeni doğum yapmış kadınlardan 502 katılımcıyla yapılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik bilgilerin, doğum süreci ve yenidoğanla ilgili özelliklerin, sigara kullanımına dair tutum ve davranışların yer aldığı bilgi formu ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verileri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 22.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınanların yaş ortalaması $27,2\pm 5,8$ (min:18, max:45) yıl idi. Katılımcıların %34,8'i lise ve üstü eğitilmiş, %93,6'sı çalışmamakta, %97,4'ü halen evli idi. 2 ve üzeri doğum yapmış anne yüzdesi %39,2 ile çoğunluğu oluşturmaktaydı. Katılımcıların %82,0'ı gebeliğinde hiç sigara içmediğini, %9,2'si ise her gün içtiğini, %4,6'sı gebelikte bıraktığını, %2,8'i sadece 1-2 defa içtiğini, %1,4'ü ara sıra içtiğini belirtmişti. Çalışmaya alınanların %67,5'inin ise evinde diğer bireyler tarafından sigara tüketilmekteydi.

Çalışmada bebeklerin %99,2'si (n=498) canlı, %0,8'i (n=4) ölü doğduğu tespit edildi. Toplamda gerçekleşen 502 doğumun %6,8'inde (n=34) çeşitli sebeplerle yoğun bakım ihtiyacı olduğu bulundu. Yenidoğanın canlılık durumu, yoğun bakım ihtiyacı olup olmaması ve ilk muayenede tespit edilebilen herhangi bir konjenital anomali varlığı ile de annelerin sigara kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların sigara kullanım durumu ile yenidoğanın ağırlığı karşılaştırıldığında ise sigara içen ve içmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü ($p=0,009$). Evde sigara dumanına maruziyet ile bebeğin canlılık durumu arasında ($p=0,011$) ve APGAR 1. dakika skoru arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,026$).

Sonuç: Sigara tüketimi açısından özellikli bir zaman olan, gebelik döneminde sigara kullanımının incelendiği çalışmamızda, gebeliğin kadınlarda tütün ve tütün ürünleri ile mücadele için bir fırsat olduğu tekrar gözler önüne serilmiştir. Elde edilen verilerde sigara kullanmayı bırakmak isteyen gebelerin, bir yöntem kullanmadığının tespit edilmesi ise fırsatın kaçırıldığını düşündürmekte, bu bireylerle temas halinde olan Aile Hekimlerinin konuya dikkatlerinin çekilmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Gebeler açısından dumansız hava sahası ele alındığında ise; çalışmada değerlendirilen sigara dumanına pasif maruziyetin yenidoğanın doğum ağırlığına etkisi ve APGAR skoru ile ilişkisi, bu çalışmanın ilgili alandaki literatüre yaptığı önemli bir katkıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Yenidoğan, Sigara, Tütün kullanımı, Tütün dumanı, Pasif İçicilik

ABSTRACT

THE EFFECT OF SMOKING IN PREGNANCY ON THE APGAR SCORE AND BIRTH PARAMETERS OF THE NEWBORN: THE EXAMPLE OF KONYA

Dr. Canan TEKİN

MEDICAL SPECIALISATION THESIS

KONYA, 2024

Aim: In the study, it was aimed to determine the prevalence of smoking and exposure to tobacco smoke in pregnant women and to contribute to the identification of the problem by examining whether there is a difference in the birth process and birth parameters of the babies of smoking and non-smoking women.

Materials and Methods: This study was planned as a descriptive and cross-sectional study. It was conducted between 15 January and 15 April 2021 with 502 participants from women who had recently given birth in Konya Provincial Health Directorate Dr. Ali Kemal Belviranlı Obstetrics and Gynecology Hospital. The data were collected using an information form prepared by the researchers including sociodemographic information, characteristics related to the birth process and newborn, attitudes and behaviours regarding smoking, and the Fagerström Nicotine Dependence Test. The data were evaluated using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22.0 statistical package programme. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: The mean age of the participants was 27.2 ± 5.8 years (min:18, max:45). 34.8% of the participants had high school education or higher, 93.6% were not working, and 97.4% were still married. The percentage of mothers who had 2 or more births constituted the majority with 39.2%. Among the participants, 82.0% had never smoked during pregnancy, 9.2% smoked every day, 4.6% quit smoking during pregnancy, 2.8% smoked only 1-2 times, and 1.4% smoked occasionally. In 67.5% of those included in the study, cigarettes were consumed by other individuals at home.

In the study, 99.2% (n=498) of the babies were born alive and 0.8% (n=4) were stillborn. It was found that 6.8% (n=34) of the 502 births in total needed intensive care for various reasons. No statistically significant difference was found between the vitality status of the newborn, the need for intensive care and the presence of any congenital anomaly that could be detected in the first examination and the smoking status of the mothers ($p>0.05$). When the smoking status of the participants was compared with the weight of the newborn, a statistically significant difference was observed between the smoking and non-smoking groups ($p=0.009$). A significant correlation was found between exposure to cigarette smoke at home and the vital status of the baby ($p=0.011$) and APGAR 1 minute score ($p=0.026$).

Conclusions: In our study in which smoking during pregnancy, which is a special time in terms of cigarette consumption, was analysed, it was revealed again that pregnancy is an opportunity for combating tobacco and tobacco products in women. In the data obtained, it was found that pregnant women who wanted to quit smoking did not use a method, which suggests that the opportunity was missed and shows the necessity of drawing the attention of Family Physicians who are in contact with these individuals to the issue.

When the smokefree airspace is considered in terms of pregnant women, the effect of passive exposure to cigarette smoke on the birth weight of the newborn and its relationship with APGAR score, which were evaluated in the study, is an important contribution of this study to the literature in the related field.

Key words: Pregnancy, Newborn, Cigarette, Tobacco Use, Tobacco Smoke, Passive Smoking

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLOLAR.....	xii
ŞEKİLLER.....	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiv
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Sigara ve Tütün.....	2
2.2 Tütünün Tarihçesi.....	2
2.2.1 Dünyada Tütünün Tarihçesi.....	2
2.2.2 Ülkemizde Tütünün Tarihçesi.....	3
2.3 Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi.....	3
2.3.1 Tütün Kullanımı Epidemiyolojinde Kadınlar ve Gebeler.....	4
2.4 Sigaranın İçeriğindeki Maddeler.....	5
2.5 Sigaranın İnsan Sağlığına Etkileri.....	6
2.5.1 Sigaranın Kadın Sağlığına Etkileri.....	7
2.6 Gebelik Döneminde Sigara Kullanımının ve Pasif İçiciliğin Etkileri.....	7
2.7 Gebelikte Sigara Bırakmayla İlgili Yaklaşımlar ve Tedavi Seçenekleri.....	9
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
3.1 Araştırmanın Zamanı ve Tipi.....	12
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	12

3.3	Araştırmanın Dışlama Kriterleri	12
3.4	Etik Kurul Onayı ve İdari İzin	12
3.5	Araştırmanın Uygulanması	13
3.6	Araştırmanın Veri Toplama Araçları	13
3.6.1	Sosyodemografik Bilgi Formu	13
3.6.2	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)	13
3.6.3	APGAR Skoru.....	14
3.7	Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatiksel Analizi	15
4.	BULGULAR	16
4.1	Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	16
4.2	Annelerin Gebeliklerine Dair Özellikleri.....	16
4.3	Annelerin Gebelikte Sigara ve Pasif İçicilikle İlgili Diğer Özellikleri.....	18
4.4	Katılımcıların Doğum Süreci ve Doğum Şekli ile İlgili Özellikleri.....	19
4.5	Yenidoğanlar ile İlgili Özellikler	20
4.6	Yenidoğanların Antropometrik Ölçümleri ve Gebelik Haftası ile İlgili Verileri	20
4.7	APGAR Skoru Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	21
4.8	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin Değerlendirilmesi	21
4.9	Gebeliği Sırasında veya Öncesinde Sigara İçenlerin Düşünce ve Davranış Özellikleri	23
4.10	Sigara Kullanma Durumu ile Bazı Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	25
4.11	Sigara İçme Durumu ile Doğum Süreci ve Yenidoğanın Durumunun Karşılaştırılması.....	26
4.12	Sigara İçme Durumu ile Gebelik Haftasının, Yenidoğanın Antropometrik Özelliklerinin ve APGAR Skorlarının Karşılaştırılması	26

4.13	Evde Sigara Dumanına Maruziyet ile Doğum Süreci ve Yenidoğanın Durumunun Karşılaştırılması	27
4.14	Evde Sigara Dumanına Maruziyet ile Yenidoğanın Doğum Parametrelerinin ve Gebelik Haftasının Karşılaştırılması	28
4.15	Sigara İçme Öyküsü ile Annelerin Obstetrik Özgeçmişlerinin Karşılaştırılması.....	29
5.	TARTIŞMA.....	30
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	36
7.	KAYNAKLAR.....	37
8.	EKLER	44
	EK 1 Veri Toplama Formu	44

TABLolar

Tablo 1. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri	16
Tablo 2. Annelerin Obstetrik Özellikleri.....	17
Tablo 3. Katılımcıların Gebelikte Sigara Kullanımına ve Pasif İçiciliğe Dair Özellikleri..	18
Tablo 4. Annelerin doğum süreci ve doğum şekli ile ilgili özellikler	19
Tablo 5. Yenidoğanlar ile ilgili özellikler	20
Tablo 6. Yenidoğanların antropometrik özelliklerinin ortalama değerleri.....	21
Tablo 7. Yenidoğanların APGAR 1. dakika ve 5. dakika skorlarının dağılımı.....	21
Tablo 8. FNBT'ye verilen yanıtların dağılımı.....	22
Tablo 9. FNBT'ye göre bağımlılık düzeylerinin dağılımı.....	23
Tablo 10. Sigara içenlerin başlama yaşının, kaç yıldır kullandığının ve günde kaç adet içtiğinin ortalama değerleri.....	23
Tablo 11. Gebeliği sırasında veya öncesinde sigara kullananların bazı düşünce ve davranış özellikleri.....	24
Tablo 12. Gebeliğinde sigarayı bırakanların, bırakmasında etkili olan faktörlerin dağılımı	24
Tablo 13. Sigara içme durumu ile bazı demografik özelliklerin karşılaştırılması.....	25
Tablo 14. Sigara içme durumu ile bazı parametrelerin karşılaştırılması.....	26
Tablo 15. Sigara içme durumu ile gebelik haftasının, yenidoğanın antropometrik özelliklerinin ve APGAR skorlarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 16. Evde Sigara Dumanına Maruziyet ile Doğum Süreci ve Yenidoğanın Durumunun Karşılaştırılması.....	28
Tablo 17. Evde sigara dumanına maruziyet ile yenidoğanın bazı doğum parametrelerinin ve gebelik haftasının karşılaştırılması	28
Tablo 18. Sigara içme öyküsü olma durumu ile annelerin obstetrik özgeçmişlerinin karşılaştırılması.....	29

ŞEKİLLER

Şekil 1. Sigara İçerisindeki Bazı Maddelerin Bulunduğu Diğer Alanlar	6
Şekil 2. 5Ö (5A) stratejisi	9
Şekil 3. TeRKET (5R) stratejisi	10
Şekil 4. Gebelik Döneminde Sigara Bıraktırma Yaklaşımı.....	10
Şekil 5. APGAR Skoru.....	14

SİMGELER VE KISALTMALAR

C/S: Sezaryen ameliyatı

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CO: Karbonmonoksit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DNA: Deoksiriboz nükleik asit

ESDM: Evde Sigara Dumanı Maruziyeti

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

IARC: International Agency for Research on Cancer

ICD-10: International Classification of Diseases

NSVD: Normal Spontan Vajinal Doğum

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YB: Yoğun Bakım

WHO-FCTC: Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün kullanımı ve tütün ürünlerine maruziyet dünya genelinde önemli bir sorundur ve insanlığın şimdiye kadar gördüğü en büyük halk sağlığı tehditlerindedir. Gebelikte sigara kullanımı ise bu sorunun oldukça önemli bir boyutudur. Gebelikte sigara içilmesinin ve pasif içiciliğin; fetüsün gelişimini, doğum sürecini, doğum sonrasında ise bebek sağlığını olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Prematür doğum, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı doğum sürecinde ki olumsuz etkilere verilebilecek birkaç örnektir. Doğum sonrası dönemdeki olumsuz etkilere ise ani bebek ölümü sendromu, sık geçirilen alt ve üst solunum yolu enfeksiyonları, orta kulak iltihabı gibi çeşitli problemler örnek olarak gösterilmektedir (1-4).

Toplumda sigara tüketiminin artması, gebelikte ilgili risklerin artmasında da önemli bir rol oynamaktadır. Gösterilen tüm çabalara rağmen, gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında sigara kullanımı artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2017 verilerine göre ülkemizde sigara içme oranı erkeklerde %43,6, kadınlarda %19,7 iken toplamda ise bu oran %31,6 olarak açıklanmıştır (5). Gebelik süresince sigara içme prevalansına yönelik literatüre bakıldığında; Tekirdağ'da yapılan bir çalışmada bu oran %10,8 olarak bulunurken, Zonguldak'ta yapılan bir çalışmada %20,5 olarak bulunmuş, Konya'da yapılan bir çalışmada ise %7,3 olarak bildirilmiştir (6-8).

Gebelerin sigara içmesinin önüne geçilmesi, gelecek nesillerin de sağlıklarını korumak adına oldukça önemlidir. Başta anneler ve anne adayları olmak üzere tüm toplumun bu konu ile ilgili bilinçlendirilmesi, daha sağlıklı nesillere sahip olma yolunda bir basamak olacaktır.

Gebelikte sigara kullanımı ve sigara dumanına maruziyet ile mücadelede öncelikle; gebelerin sigara kullanım boyutunun, sigara kullanan gebelerin tutum ve davranışlarının ne olduğunun belirlenmesi ve diğer aile bireylerinin sigara içme davranışlarının bilinmesi gereklidir. Bahsedilen değişkenlerin, tütün kullanımı ve tütün ürünlerine maruziyet probleminin önemli bir bileşeni olduğu düşünülerek bu çalışmada; gebelerde sigara içme ve tütün dumanına maruziyet prevalansının tespit edilmesi, sigara içen ve içmeyen kadınların doğum süreci ve bebeklerinin doğum parametreleri incelenerek, bu önemli halk sağlığı probleminin çözümüne katkıda bulunulması amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Sigara ve Tütün

Bitki sistematüğinde tütün, *solanaceae* familyasının *nicotiana* cinsi içerisinde yer almaktadır. Bu cins içerisinde yaklaşık 65 farklı tür vardır. Tütün mamullerinin (sigara, puro vb.) imalatında kullanılanların ise %90'ı *Nicotiana Tabacum* olarak adlandırılan türdür. Tek yıllık bir bitki olan tütünün, ticari açıdan değerli olan kısmı yapraklarıdır. Çeşitleri içerisinde, tütün üretiminde kullanılan türü farklı kılan özellik ise yapraklarındaki nikotindir. Nikotin bitkinin kökünde organik azotlu bir madde olarak sentezlenerek yapraklarında depolanır. Nikotin alışkanlık yapıcı ve keyif verici, kuvvetli alkaloid bir maddedir (9, 10).

Tütünün işlenmiş haline tütün mamülü denir ve sigara, nargilelik tütün mamülü, puro, enfiye ve çığnemelik tütün gibi çeşitleri vardır. Bilindiğı üzere en sık tüketilen formu ise sigaradır. Sigara, tütünün kıyılarak ince bir kâğıtla kaplanmış halidir (11).

2.2 Tütünün Tarihçesi

2.2.1 Dünyada Tütünün Tarihçesi

Tütün tüketiminin geçmişine bakıldığında Orta ve Güney Amerika'da 4000 yıldır tüketildiğı tahmin edilmektedir. Tütünün Amerika'dan dünyaya yayılma süreci ise Küba'da, yerlilerin tütün yapraklarını puro haline getirip tütürdüklerinin görülmesi ile başlamıştır. Deniz seferleri tütünü Avrupa'ya getirmiştir. Denizcilerin Avrupaya taşıdığı tütün, zamanla Fransa kraliçesine kadar ulaşmış, tütünün böylece tarımı ve ticareti de hızla yayılmıştır. 1614 tarihine bakıldığında sadece Londra' da bile bu işle meşgul yüzlerce dükkân olması tütün kullanma alışkanlığının ne kadar yayıldığını ortaya koymaktadır. Kötü kokusu ve yangınlara sebep olması sebebiyle tarihte birçok kez kısıtlamalar getirilmeye çalışılsa da bağımlılık yapıcı etkisi sebebiyle ne yazık ki sonuç alınamamıştır. Tabaka, çakmak, pipo gibi malzemeler 17. ve 18. yüzyılda tütün tüketen erkeklerin önemli aksesuarları iken kadınların ise bu tarihlerde tütün kullanması yasaktı ve sosyolojik olarak da hoş karşılanmamakta idi. (12-14).

1960'lar Avrupa'sında ölümlere sebep olan birçok bulaşıcı hastalığın azalmasına rağmen, akciğer kanserinin büyük oranda artması dikkat çekmiştir. Bu durum tütünün

zararlarını gündeme getirmiş ve tütün kullanımı hakkında sorgulamalara sebep olmuştur. O dönemde, Avrupa’ da 10 farklı ülkede yapılan çalışmalarda, akciğer sorunlarından muzdarip olanların çoğunun sigara içtiği tespit edilmiştir. Konuyla ilgili çalışmalar devam ederken 1950-1960 yıllarında İngiltere’de 40.000 İngiliz doktor üzerine yapılan bir çalışma ile sigara tüketen hekimlerde tütünle ilgili hastalıkların (başta akciğer kanseri, kalp ve damar hastalıkları olmak üzere) daha çok görüldüğü dünyaya ilan edilmiştir. Tüm bu bilimsel verilere rağmen sigara firmaları; gelişmiş ülkelerde üretimlerine ara vermek yerine, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde de faaliyetlerini artırıp, gençlere ve kadınlara da bu alışkanlığın yayılması amacıyla çalışmalarda bulunmuşlardır. (12, 15).

2.2.2 Ülkemizde Tütünün Tarihçesi

Osmanlılar ise tütün ile Akdeniz üzerinden gelen Avrupalı denizciler vasıtasıyla 17. yüzyılda tanışmıştır. İlk önce tütün ilaç olarak tanıtılmış olmakla birlikte, daha sonraları halktan ve devlet adamlarından tiryakisinin olduğu tarih kitaplarında yer almaktadır. Tütün kullanımının yasaklanması da dâhil olmak üzere Osmanlı İmparatorluğu döneminde tütün kullanımı ile alakalı birçok tartışma yaşanmış, ancak ticari olarak da önemli bir kaynak olması nedeniyle yetiştirilmesi hızla yaygınlaşmış ve ticari amaçlı birçok işletme kurulmuştur. Cumhuriyet döneminde de tütün tekel ve idaresi ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır (16, 17).

Ülkemizde tütün ürünlerinin kullanımı nedeni ile oluşan sorunlara yönelik mücadele ilk olarak 7 Kasım 1996 tarihli ve 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun ile hız kazanmıştır. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin 2003 yılında Dünya Sağlık Asamblesinde kabul edilmesi sonrasında ülkemiz iç mevzuatında uygulamaya konulması, 30 Kasım 2004 tarihli ve 25656 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanması ile başlamış ve tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı ile alakalı olarak farklı bir boyuta geçilmiştir (18).

2.3 Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi

“DSÖ Küresel Tütün Kullanımı Eğilimleri 2000-2025” raporuna bakıldığında 2000 yılında 15 yaş üstü tütün kullananların sayısı 1,1 milyardır ve bu rakamın 2025 yılına kadar değişmeyeceği tahmin edilmektedir. 2000 yılında dünya nüfusunun üçte biri tütün kullanırken, 2015 yılında dörtte biri kullanmaktadır. Tütün tüketiminin kontrolüne

yönelik çabaların devam etmesi halinde, 2025 yılında bu oranın beşte bire düşeceği tahmin edilmektedir. 2018 yılı oranlarına bakıldığında %85 oranı ile en çok tercih edilen tütün mamulü sigaradır (19).

Tütün konusunun gerek dünyada gerekse ülkemizde neden bu kadar gündemde olduğunu DSÖ şu şekilde ifade etmektedir: “Tütün kullanıcılarının yarısını öldürür”. Durumun vahametini anlatan bu cümleye daha dikkatli bakılırsa, her yıl 8 milyonu geçkin insanın ölümüne tütün sebep olmaktadır. Bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımından, yaklaşık 1,2 milyonu ise sigara içmeyenlerin dolaylı olarak dumana maruz kalmasından kaynaklanmaktadır. Tütünle ilgili hastalıkların ortaya çıkması zaman aldığından, tütün kullanım oranları düşmeye başladıktan sonra bile, yıllık ölüm sayısının artmaya devam etmesi beklenecektir. Bu sayılardan da anlaşılacağı üzere tütünün insan sağlığı ve dünya ekonomisine zararı oldukça ciddi boyutlardadır. 2003 yılında DSÖ’ye üye devletlerin, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini (WHO-FCTC) kabul etmesi sebebiyle, tüm dünyada tütün kullanımı ve zararını en aza indirmek için çalışmalar yürütülmektedir (19, 20).

Ülkemizde duruma bakıldığında, TÜİK verilerine göre 15 yaş üzeri günlük tütün mamulü tüketen bireylerin oranı 2010 yılında % 25,4 iken 2016 yılında % 26,5 olarak tespit edilmiş 2022 yılında ise bu oranın %28,3 olduğu bildirilmiştir (21). Bu değerlerin içinde, ara sıra kullanan bireyler olmamasına rağmen kullanım oranları oldukça yüksek görünmektedir. Bunun yanında coğrafyamız için göz ardı edemeyeceğimiz bir gerçekte, tütünle tanışma yaşının maalesef 15 yaşın altında olduğudur (22).

2.3.1 Tütün Kullanımı Epidemiyolojinde Kadınlar ve Gebeler

Dünyadaki bir milyar sigara tüketicisinin yaklaşık 200 milyonunun kadın olduğu tahmin edilmektedir. Küresel açıdan bakıldığında erkeklerin yaklaşık %40’ı sigara içerken, kadınların ise %9’u sigara içmektedir (19).

Kadınlar tütün endüstrisinin en büyük hedeflerindedir çünkü tütüne bağlı çeşitli hastalıklar sebebiyle ölen veya sigarayı bırakan kişilerin yeri, kadın nüfusla doldurulmak istenmektedir. Her yıl tütün kullanımından ölen insanların yaklaşık 1,5 milyonu kadındır. Bu kadınların %75’i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Pasif içiciliğin sebep olduğu ölümlerin ise %64’ünü kadınlar oluşturmaktadır. Bu nedenle pasif içicilik kadınlar için aktif tütün kullanmaya başlamak kadar büyük bir tehdittir (23).

Türkiye’de, kadınlarda sigara kullanım yaygınlığına bakacak olursak TÜİK verilerine göre her gün tütün mamulü kullanan kadın sayısı 2012 yılından beri artmaktadır. 2012 yılında %10,8 olan bu oran, 2019 yılında %14,9’a, 2022 yılında ise %15,5’e yükselmiştir (21). Ülkemizde yapılan çalışmalar, dünyada ki durum ile benzer olarak, tüm yaş gruplarında erkeklerin kadınlardan daha fazla sigara içme alışkanlığına sahip olduğunu göstermektedir (24).

Gebelerde ise 2021 yılında yapılan bir çalışmada, gebe kadınların 12,1’i hamilelikten önceki 3 ayda sigara içtiğini, %5,4’ü hamileliğin son 3 ayında sigara içtiğini ve %7,2’si doğum sonrası dönemde sigara içtiğini bildirmiştir (25).

2.4 Sigaranın İçeriğindeki Maddeler

Sigaranın içeriğinde tütün, kâğıt, filtre kısımları hariç olmak üzere yaklaşık 600 farklı madde bulunmaktadır. Sigaranın ihtiva ettiği kimyasallardan birçoğu başka ürünlerde de bulunur. Bu kimyasallardan bazıları ve buldukları diğer yerler Şekil 1’de gösterilmiştir. Sigara yakıldığında ise 7.000’den fazla kimyasal madde açığa çıkmaktadır. Bu kimyasalların ne yazık ki birçoğu zehirlidir ve bazılarının kanserojen olduğu bilinmektedir (26). The International Agency for Research on Cancer (IARC) tarafında karsinojenlerin sayısı, 2003 yılında 81’e genişletilmiştir. Bunların 11’i Grup 1 (insan için karsinojen olduğu bilinen), 14’ü Grup 2A (insan için karsinojen olması muhtemel) ve 56’sı Grup 2B (insan için karsinojen olması olası) şeklinde gruplanmıştır (27, 28).

Sigara yandığında ortaya çıkan kimyasallar içinde nikotin, hidrojen siyanid ve karbonmonoksit sigara dumanında bulunan zararlı etkileri kanıtlanmış maddelerdir. Tüketilen her sigara ile vücuda 2-3 mg nikotin alınmakta ve 20-30 ml CO solunmuş olmaktadır (22). Sigaraların hafif ve normal olarak nitelendirilmesinin sebebi, yandığında oluşturduğu katran miktarıdır. Daha az zarar vereceği düşünülerek hafif sigaralar içilse bile, ihtiva ettikleri nikotin ve CO miktarlarının daha çok olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (29, 30). Üstelik bir pazarlama stratejisi olarak kadınlar, “hafif” veya “düşük katran” gibi söylemlerle bu tarz sigaralara yönlendirilmektedir. Bahsedilen durumdan dolayı kadınlarda “hafif” sigara tercih etme oranı %63 iken erkeklerde ise %46’dır (23).

Sigaranın yanması sonucu oluşan duman iki çeşittir. Sigarayı tüketen kişi tarafından solunan kısma ana akım, etrafa yayılan kısma ise yan akım denir. Ana akım ikiye ayrılır

bunlar: filtrelere takılan, katran olarak bilinen tanecikli yapı ve filtrelerden geçebilen gaz şeklindeki yapıdır. İki kısımda insan vücudu için zararlı pek çok madde ihtiva eder (27).

Aseton	• Oje çıkarıcıda bulunur
Asetik asit	• Saç boyasında bulunan bir bileşendir
Amonyak	• Temizlik ürünlerinde yaygın kullanılan bir maddedir
Arsenik	• Fare zehiri yapımında kullanılır
Benzen:	• Kauçuk, çimento ve benzinde bulunur
Bütan	• Çakmak sıvısında kullanılır
Kadmiyum	• Akü asidindeki aktif bileşendir
Karbonmonoksit	• Arabaların egzoz dumanlarında salınır
Formaldehit	• Mumyalama sıvısıdır
Hekzamin	• Çakmak sıvısında bulunur
Kurşun	• Pillerde kullanılır
Naftalin	• Naftalinin içindeki bir bileşendir
Metanol	• Roket yakıtının ana bileşenidir
Nikotin	• İnsektisit olarak kullanılır
Katran	• Yolların döşenmesinde kullanılan bir malzemedir
Toluen	• Boya yapımında kullanılır

Şekil 1. Sigara İçerisindeki Bazı Maddelerin Bulunduğu Diğer Alanlar

Çevresel sigara dumanını ise sigaranın yanmasıyla birlikte ucundan çıkan duman, tüketen tarafından dışarıya verilen duman ve sigaranın filtrelerinden dışarı sızan duman oluşturmaktadır. Dünya çapında pek çok kurum tarafından, yasaklarla, önlemlerle, reklamlar ve kamu spotları ile önüne geçilmeye çalışılan çevresel sigara dumanı maruziyetinin tehlikesi şudur: karsinojenler bu dumanda daha fazla yoğunluktadır ve ana akım dumanına oranla nikotin içeriği de fazladır. Örnek vermek gerekirse, nitrozaminler yan akım dumanında ana akıma göre onlarca kat daha yüksektir. İçildiği ortamın havası ile çevresel sigara dumanı reaksiyona girerek, sağlığa zararlı farklı bileşikler meydana getirebilmektedir. Bu sebeplerle çevresel sigara dumanı Grup A karsinojenlere dâhil edilmiştir (11).

2.5 Sigaranın İnsan Sağlığına Etkileri

Sigaranın kanserojen dozunu belirleyen; günde içilen sigara sayısı, ihtiva ettiği tütünün türü, sigaranın içeriğindeki kanserojenlerin metabolizması ve kişinin DNA onarım

mekanizmaları gibi bazı faktörlerdir. Birçok çalışma tütün dumanına maruz kalma ile kanser riski arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Sigara bunun yanında tüketicilerin yaşam beklentisini azaltmakta, tıbbi maliyetleri arttırmakta ve yaşam süresi boyunca üretkenlik kayıplarına sebep olmaktadır. Sigara içmenin çeşitli hastalıklarla bağlantılı olduğu da bilinen diğer zararları arasındadır. Sigara bütün bunların yanında sadece içenleri etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda içmeyenlerin de sağlık sorunları yaşamalarına sebep olmaktadır (4, 31, 32).

Uluslararası Hastalık Sınıflamasına (ICD-10) göre sigara bağımlılığının kendisi bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Durumun ciddiyetini vurgulanması ve önlemler açısından bu dikkate değer bir tanımlamadır (33).

2.5.1 Sigaranın Kadın Sağlığına Etkileri

Bu çalışmada önemini vurgulamak istediğimiz, gebelik döneminde sigara kullanımının oluşturduğu riskleri bir sonraki başlığa bırakarak, kadın sağlığı açısından duruma bakılırsa, sigara içmek kadınlarda her türlü nedene bağlı ölüm riskini arttırmaktadır. Sigara içme oranlarının da artmasına bağlı olarak sigara kaynaklı hastalık ve ölümler kadınlarda artmaktadır. Üstelik bu risk sigara tüketilen süreyle de artmaktadır (33, 34). Kadınlarda sigara kaynaklı akciğer kanserinin artması, sigara içmeyle ilişkili akla gelen en önemli durum gibi görünse de; aslında doğurganlığın azalması, menopoz yaşının düşmesi ve birçok kadın kanserleri insidansında artış ilk anda göze çarpmayan ciddi etkilerdir (35).

Sigaranın bugüne kadar ilişkilendirildiği sağlık problemlerinin hepsinden bu başlık altında bahsetmek mümkün olmayacağından, hayati öneme haiz noktalara değinilerek, problemin büyüklüğüne ilişkin fikir verilmek istenmiştir.

2.6 Gebelik Döneminde Sigara Kullanımının ve Pasif İçiciliğin Etkileri

Gebelik süreci, gerek kadın vücudundaki değişimler gerek bir fetüsün gelişip dış dünyaya hazır hale gelmesi açısından eşsizdir. Bu dönemde anne ile fetüs arasında sağlık açısından kuvvetli bir etkileşim bulunmaktadır. Sigara içen kadınların gebeliklerinde ise ciddi problemler olabilmektedir. Hamile kadınların tamamının tütün içmeyi bırakması halinde, intrauterin ölümlerde ve bebek ölümlerinde %10'luk bir azalma olacağı tahmin edilmektedir (36).

Gebeliğin öncesinde ve başlangıç dönemlerinde sigara kullanımı, düşük riski ve plasenta anormallikleri ile ilişkilidir. Gebelik esnasında sigara kullanmaya devam eden kadınlarda plasentanın hipertrofiye uğradığı ve plasental yerleşimin uterusun daha aşağı kısımlarına olduğu düşünülmektedir. İşte bu sebeplerle gebelikte hiç istenmeyen ablatio plasenta (doğum gerçekleşmeden plasentanın yerinden ayrılması) ve plasenta previa (plasentanın uterusun yanlışı yere yerleşmesi) gibi durumlar meydana gelmektedir. Bunların neden olacağı en önemli sorun ise annede kanama nedeniyle meydana gelen hipovolemidir (36-38).

Gebelik döneminde annenin sigara içmesi, ani bebek ölümü ve doğum kusurları riskinin iki katına çıkmasıyla ilişkilirken, hamilelik sırasında ikinci el sigara dumanına maruz kalma, ölü doğum riskinde %23 ve doğuştan malformasyon riskinde %13 artışla bağlantılıdır (39). Sigara kullanan annelerin bebekleri ile kullanmayan annelerin bebekleri arasında yaklaşık 200 gr kadar ağırlık farkı olduğu görülmüştür. Hatta gebelikte tüketilen sigara miktarı arttıkça doğum kilosundaki düşüş de artmaktadır. Yenidoğan ölümleri açısından konuya bakıldığında en sık karşılaşılan nedenlerden biri düşük doğum ağırlığıdır ve bu durum ülkemiz gibi gelişmekte olan coğrafyalarda daha fazla önem arz etmektedir (33). Yapılan bir çalışmada, daha önce intrauterin ölüm veya ölü doğum öyküsü olan kadınlar geriye dönük sigara kullanım özellikleri bakımından incelendiğinde, içen grupta risk artışının anlamlı derecede fazla olduğu tespit edilmiştir. Üzücü bir bulgu da tütün dumanına maruziyet yaşayan gebeler için de aynı riskin geçerli olduğudur (40).

Madalyonun bir diğeri yüzü ise doğum sonrası ile ilgili olarak pediatrik literatürde; doğum öncesi veya sonrası sigara dumanına maruz kalmanın çocuklarda uzun vadede fiziksel ve bilişsel sağlığı kötü yönde etkileyebileceği bildirilmektedir. Artmış kanser riski, astım ve benzeri solunum yolu hastalıkları, alerjiye yatkınlık, dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu bunlardan bir kısmı olarak anılmaktadır (36).

Tüm bunlara rağmen yüz güldürücü bir tespit ise öncesinde sigara tüketmesine rağmen gebeliğinde sigarayı bırakan kadınların bebeklerinde gözlenebilir bir risk artışı saptanmayışıdır. Gebeliğin ilerleyen zamanlarında sigara tüketmeyi bırakanlarda dahi risklerin düştüğü görülmüştür (41).

2.7 Gebelikte Sigara Bırakmayla İlgili Yaklaşımlar ve Tedavi Seçenekleri

Genel bir yaklaşım olarak sigara içen tüm kadınlar, zararları anlatılarak bırakmaya teşvik edilmelidir. Aile hekimliği perspektifinden değerlendirildiğinde, henüz gebelik oluşmadan, daha planlama aşamasındayken, anne adaylarına en yakın sağlık profesyoneli grubunu aile hekimleri oluşturmaktadır. İşte bu sebeple pratik uygulamada sigara kullanımının aile hekimleri açısından sorgulanması ve ihtiyaç halinde ilgili yönlendirmelerin yapılması çok önemlidir (42, 43).

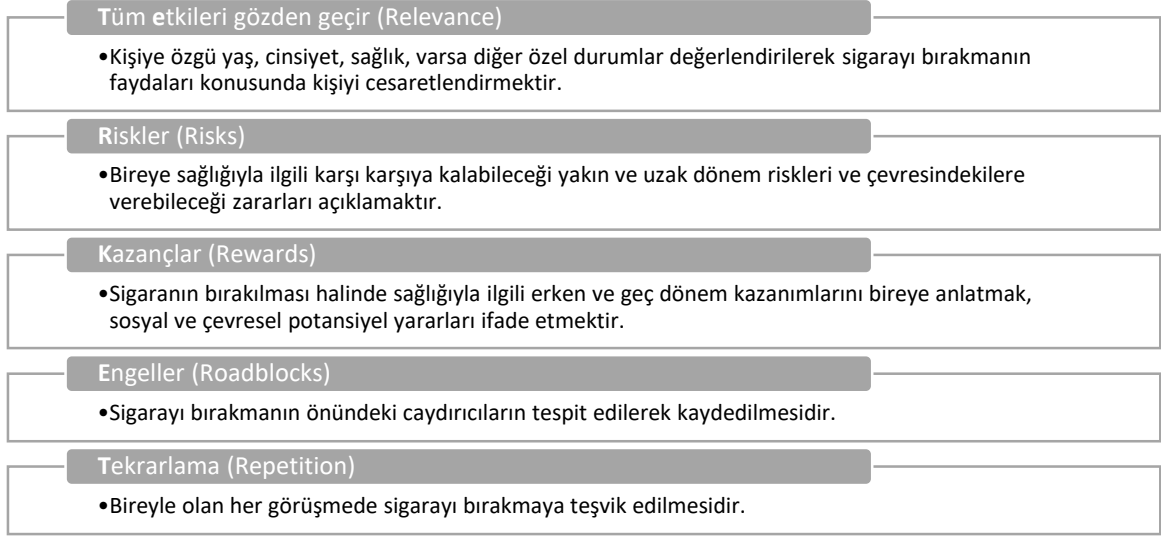
Tüm sigara tüketicilerine uygulanan ilk yaklaşım, gebelik dönemine özgü özellikle farmakoterapide dikkat edilecek bazı hususlar olmakla birlikte, literatürde sistematize edilmiştir (44). Literatürde 5A ve 5R olarak kısaltılan bu uygulamalar ulusal düzeyde 5Ö ve TeRKET olarak modifiye edilmiştir (45). Burada sigara bıraktırma ile ilgili ana yaklaşımdan kısaca bahsedilip daha sonra bu çalışmanın muhtevası olan gebeler özelindeki içerik ayrıntılandırılacaktır.

Sigarayı bırakmaya istekli bireyler için 5Ö (5A) stratejisi uygulanır (Şekil 2).

Öğren (Ask)
•Bireylerin sigara kullanma durumlarını sorgulayıp öğrenmek ilk basamaktır.
Öner (Advice)
•Sigara kullanan bireylere açık ve net bir şekilde bırakmanın önerilmesi, özellikle sağlıkla ilgili riskler anlatılarak veya kişisel yaşamlarına özgü sigaranın neden olabileceği veya olduğu durumlar açıklanarak bırakılmasında ısrarcı olunmasıdır.
Ölç (Assess)
•Bireyin yakın zamanda bırakmaya ne kadar kararlı olduğunun değerlendirilmesidir.
Önderlik et (Assist)
•Sigarayı bırakmaya karar vermiş bireylere, bırakma süreci için bir plan çerçevesinde yardımcı olunmasıdır. Sosyal ve kişisel önlemler, farmakoterapi, davranış değişiklikleri vb. gibi konularda yönlendirici ya da uygulayıcı olunmasıdır.
Örgütle (Arrange)
•Bireyle sigara bırakma planı uygulanmaya başladıktan sonra gerek yüz yüze gerek telefon aracılığıyla iletişimde olunmasıdır. Sigaraya tekrar başlama, motivasyon kaybı, ilaç yan etkileri, tedavi değişimi gibi konularda destek vererek bireyin izlenmesidir.

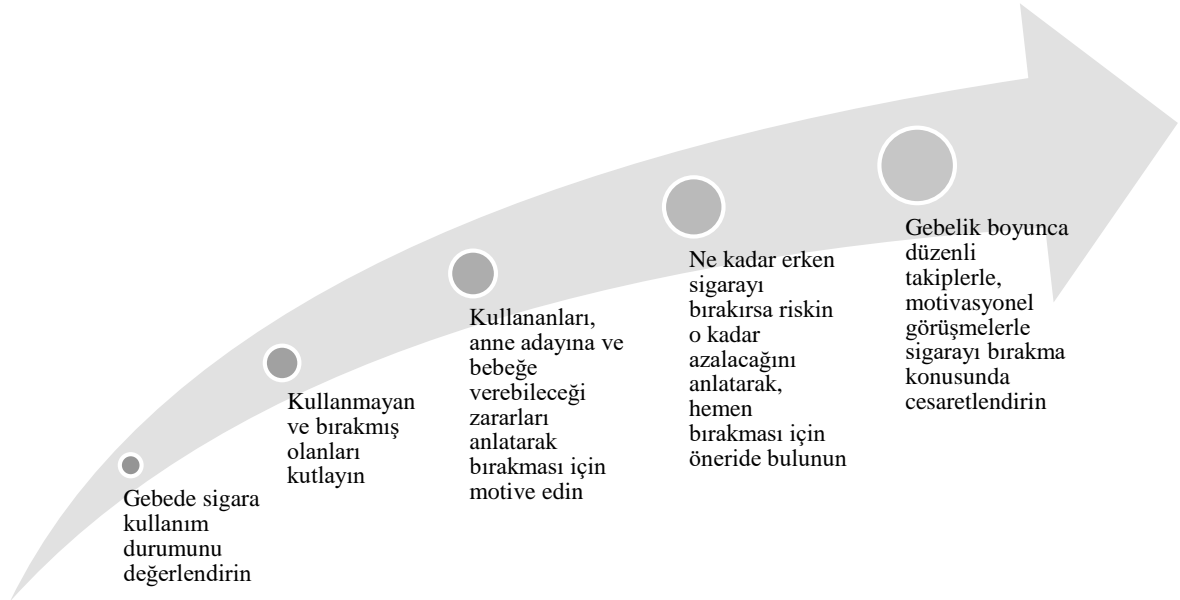
Şekil 2. 5Ö (5A) stratejisi

Sigarayı bırakmaya isteksiz bireyler için TeRKET (5R) stratejisi uygulanır (Şekil 3).



Şekil 3. TeRKET (5R) stratejisi

Türk Toraks Derneğinin yayımları arasında çıkan Tütün ve Tütün Kontrolü isimli kitapta anlatılan, gebelik döneminde sigara bıraktırmaya ilişkin ilk yaklaşım Şekil 4'te özetlenmiştir (11).



Şekil 4. Gebelik Döneminde Sigara Bırakturma Yaklaşımı

Gebelik dönemi başlı başına sigarayı bırakmak için bir motivasyon kaynağıdır. Bu nedenle gebelik planlayan hatta doğurganlık çağındaki olan her kadınla sigaranın veya sigara

dumanına maruz kalmanın zararları net bir şekilde konuşulmalıdır. Bireylerin çevresinden destek bekledikleri en önemli zamanlardan biri, bir bağımlılıktan kurtulma sürecidir. Gebenin yakınlarıyla görüşülmesi halinde onlara bu sürece destek vermelerinin ne kadar önemli olduğu aktarılmalıdır. Sigara dumanı maruziyeti ve sonuçları açısından tüm aile bireyleri bilinçlendirilmelidir.

Gebelik sigara bıraktırma tedavileri açısından sınırlayıcı bir dönemdir. Öncelikli çözüm olarak görülen davranışçı terapi yöntemleri ile mesafe kat edilemediği durumlarda farmakoterapi gündeme gelmektedir. İlk trimester fetüsün dış etkenlere fazlasıyla açık olduğu bir dönem olduğundan sağlık profesyonelleri farmakoterapiyi kullanmak istememektedir (46, 47). Ancak ikinci trimestere gelindiğinde günde 10 adetten fazla sigara kullanan gebelerde, sigara içme davranışı sürekli yeniden değerlendirilerek ve her aşamada gebe bilgilendirilerek D kategorisi olmasına rağmen Nikotin Replasman Tedavisi denenebilmektedir. Hatta bugün için gebelerde kullanılacak tek farmakoterapi ilacı olarak görülmektedir (48). Hamilelikte alınacak Nikotin Replasman Tedavisinin potansiyel olarak zararlı olduğu bilinse de bağımlılığı yüksek gebelerde bu tedaviyle sigaranın içindeki diğer toksik maddelere veya teratojenlere maruz kalınmaması, uygulanacak tedavideki nikotin miktarının kişinin günlük tükettiği sigara ile alacağı miktardan daha az olması gibi bir takım faydalar, yarar zarar oranı çerçevesinde gözetilmektedir (46). Bupropion içerikli ilaçlar gebelik kategorisi olarak D'ye alınmıştır ve sigara bıraktırma maksadıyla hamilelikte de emzirme döneminde de kullanılmaması tavsiye edilmektedir (49). Vareniklin etken maddesini içeren ilaçlar ise gebelerde kullanımı hakkında yeterli veriye sahip olunmaması sebebiyle önerilmemektedir (46). Tütün bağımlılığında bırakmayı kolaylaştırıcı etkisi sebebiyle, yakın zamanda kullanıma sunulan sitizin etken maddeli ilacında benzer şekilde gebelik kategorisi D olup hamilelerde kullanımı kontraendikedir (50).

Bütün bunlar dikkate alındığında kadınların sigara bağımlılığından kurtulması adına gebelik döneminde oluşan motivasyon bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Zamanı ve Tipi

Bu araştırma 15 Ocak–15 Nisan 2021 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Konya İl Sağlık Müdürlüğü Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yeni doğum yapmış kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem sayısı " $n = t^2 \cdot p \cdot q / d^2$ " formülü ile hesaplanarak 450 bulunmuştur. Buna %10 hata payı da eklenerek örneklemin en az 495 kişiden oluşması gerektiği hesaplanmıştır. Belirlenen tarihlerde 502 katılımcı sayısına ulaşılmıştır.

3.3 Araştırmanın Dışlama Kriterleri

Çalışma için belirlenen dışlama kriterleri şunlardır;

- 18 yaş altında olma
- T.C. uyruklu olmama
- Soruları anlayıp cevap verebilecek düzeyde Türkçe bilmeme
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeme
- Çoğul gebelik, ektopik gebelik gibi nitelikli durumların olması

3.4 Etik Kurul Onayı ve İdari İzin

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'nun 20 Kasım 2020 tarihli toplantısında 2020/2915 karar sayısı ile etik kurul izni alınmıştır (EK 1).

Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yürütülecek çalışma için, Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden idari izin alınmıştır.

3.5 Araştırmanın Uygulanması

Çalışmanın yapılacağı hastaneden çalışma tarihleri içerisinde her gün, yeni doğum yapmış kadınların listesi alınıp, dışlama kriterlerini bulundurmayanlara yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanmıştır. Doğum süreci ve yenidoğanın özellikleriyle ilgili bilgilere hasta dosyaları taranarak ulaşılmıştır.

3.6 Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Çalışmada araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik bilgilerin, doğum süreci ve yenidoğanla ilgili özelliklerin, APGAR skorunun, sigara kullanımına dair tutum ve davranışların yer aldığı bilgi formu ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi kullanılmıştır (EK 2).

3.6.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu formda 41 soru bulunmaktadır. Katılımcının yaşının, eğitim düzeyinin, mesleğinin, ekonomik durumunun, hastalıklarının ve ilaçlarının sorulduğu tanımlayıcı sorular ilk kısmı oluşturmaktadır. Sonrasında obstetrik özgeçmişe dair ve gebelikle alakalı sorular, gebelikte sigara kullanım durumu ve sigara dumanı maruziyeti ile ilgili sorular bulunmaktadır. Sigara tüketmeyen annelerde anketin buraya kadar olan kısmı ile doğum sürecine dair bilgilerin ve yenidoğanın birtakım özelliklerinin yer aldığı kısım doldurulmuştur. Yenidoğanla alakalı kaç haftalık doğduğu, cinsiyet, boy, kilo, baş çevresi, APGAR skoru, anomali varlığı gibi bilgiler kaydedilmiştir.

3.6.2 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Katılımcılarda nikotin bağımlılık durumu FNBT ile değerlendirilmiştir. FNBT, 1978 yılında Karl-Olov Fagerström tarafından oluşturulan Fagerström Tolerans Testinin 1991 yılında revize edilmesiyle meydana gelmiştir. Altı sorudan oluşan bu testte bağımlılık beş ayrı derecede gruplanmıştır. Bunlar; çok yüksek (8-10 puan), yüksek (6-7 puan), orta (5 puan), az (3-4 puan), çok az (0-2 puan) şeklindedir (51).

İlgili testin Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması 2004 yılında yapılmıştır. Güvenilirliği orta derecede değerlendirilmiş olup klinik uygulamalarda yararlanılabileceği belirtilmiştir (52).

3.6.3 APGAR Skoru

Çalışmada yenidoğan değerlendirme yöntemlerinden biri olarak APGAR skoru kullanılacaktır. APGAR skoruna bu başlıkta kısaca değinecek olursak; 1952 yılında Dr. Virginia APGAR yenidoğanın fiziksel durumunu değerlendirmek ve solunumun sağlanması için acil girişim gerekliliğini tespit etmek amacıyla 1. dakikada uygulanmak üzere bir puanlama sistemi geliştirmiştir (53). 1958 yılında revize edilen bu puanlama sistemine göre APGAR skoru; kas tonusu, kalp hızı, çevresel tepki (refleks), cilt rengi ve solunum olmak üzere beş unsurun puanlanması ile oluşmaktadır. Her bir değişkene 0, 1 veya 2 puan verilmektedir.

Yenidoğanları değerlendirmede ortak bir dil oluşturan bu skorlama sistemi, sıklıkla doğum sonrası 1. dakika ve 5. dakika için raporlanmaktadır. Yenidoğanın ilk durumu ve gereği halinde resüsitasyona verilen yanıtın değerlendirilmesinde, APGAR skoru (Şekil 5) uygun bir algoritma olmaya devam etmektedir (54, 55). Birinci ve beşinci dakikalarda bakılan APGAR skoru 7-10 arasında olan bebekler, ileri takip gerektirmeyen anne yanına verilebilecek sağlıklı bebeklerdir (56).

Parametreler		Puanlama			Skor	
		0	1	2	1.dk	5.dk
Appearance	Cilt Rengi	Mor veya Soluk	Vücut Pembe, Kollar ve Bacaklar mor	Tüm Vücut Pembe		
Pulse	Kalp Hızı	Yok	<100/dk	>100/dk		
Grimace	Çevresel Tepki ve Refleks	Cevapsız	Yüz Buruşturma	Öksürük, Hapşırık ve Güçlü Ağlama		
Activity	Kas Tonus	Salık	Kısmi Fleksiyon	Aktif, Hareketli		
Respiration	Solunum	Yok	Yavaş, Düzensiz	Düzenli, Ağlıyor		

Şekil 5. APGAR Skoru

Kaynak: (53-55, 57)

APGAR skorunun kısıtlılıklarını bilmek de önemlidir. APGAR skorunun, yeni doğmuş bebeğin doğumdan hemen sonraki durumunu tanımladığı ve doğru uygulandığında standardize değerlendirme için bir araç olarak kullanılabilirliği unutulmamalıdır. Bu skor

bebeğin fizyolojik durumunun bir ifadesidir, sınırlı bir zaman içindir ve göreceli bileşenler içerir. Örneğin; gebelik yaşı, annenin kullandığı ilaçlar, kardiy-respiratuvar ve nörolojik durumlar APGAR skorunu etkilemektedir. Bu nedenlerle tek başına intrapartum hipoksi tanısında ya da nörolojik fonksiyon bozukluğunu öngörmeye kullanılmamalıdır (54, 58).

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analizi

Araştırma sonunda elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 22.0 istatistik paket programına kaydedildi. Verilerin kontrolleri ve analizleri aynı programda yapıldı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans ve yüzde, ortalama değer, standart sapma, en yüksek ve en düşük değerler kullanıldı.

Kategorik verilerin istatistiksel analizi için Ki-kare testi, nicel verilerin istatistiksel analizi için ise normal dağılıma uyan verilerde ikili gruplarda bağımsız- t testi, üç ve daha fazla olan gruplarda One Way ANOVA testi (post hoc Tukey test), normal dağılıma uymayan verilerde Mann Whitney U, Kruskal Wallis kullanıldı. İstatistiksel olarak farkın önemliliği $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışma tarihleri içerisinde ulaşılabilen katılımcı sayısı 502 idi. Çalışmaya alınan annelerin yaş ortalaması $27,2 \pm 5,8$ (ortanca=26, min=18, max=45) yıl idi. Katılımcıların %34,8'i (n=174) lise ve üstü eğitilmiş, %93,6'sı (n=470) çalışmamakta, %97,4'ü (n=489) halen evli idi. Annelerin %15,3'ü (n=77) tanı almış sağlık problemi olduğunu ifade etmişti. Demografik özelliklerin ayrıntıları Tablo 1'de gösterildi.

Tablo 1. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	19	3,8
İlkokul	138	27,5
Ortaokul	170	33,9
Lise	105	21,1
Üniversite	69	13,7
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	470	93,6
Çalışıyor	32	6,4
Medeni durum		
Evli olanlar	489	97,4
Evli olmayanlar	13	2,6
İfade edilen ekonomik durum		
Geliri giderinden az	207	41,2
Geliri giderine eşit	278	55,4
Geliri giderinden fazla	17	3,4
Akraba evliliği		
Var	62	12,4
Yok	440	87,6
Tanı almış sağlık problemi		
Var	77	15,3
Yok	425	84,7
Kullanılan ilaç varlığı		
Var	47	9,4
Yok	455	90,6

4.2 Annelerin Gebeliklerine Dair Özellikleri

Katılımcılar gebelik sayılarına göre ilk gebeliği, ikinci gebeliği, üçüncü ve üzeri gebeliği olanlar diye gruplandırıldığında; üçüncü ve üzeri gebeliği olanlar %48,8 (n=245) ile çoğunluğu oluşturduğu tespit edildi. Parite açısından ise hiç doğum yapmamış, bir kez

doğum yapmış, iki ve üzeri doğum yapmış olanlar şeklinde gruplandırıldığında; iki ve üzeri doğum yapmış anne yüzdesi bu grupta %39,2 (n=197) ile çoğunluğu oluşturmaktadır.

Katılımcıların %72,3'ü (n=363) daha önce hiç düşük yapmamıştı ve %5,6'sı (n=22) erken doğum, %2,3'ü (n=9) geç doğum, % 2,0'ı (n=8) ölü doğum öyküsüne sahipti.

Katılımcılardan gebeliği süresince ek sağlık problemi yaşadığını ifade edenler %21,9 (n=110) ve Rh uygunsuzluğu tarifleyenler %7,8 (n=39) kişi idi. Sadece bir kişi (%0,2) gebeliği süresince hiç kontrole gitmediği ifadesinde bulundu. Annelerin gebelik özelliklerine dair ayrıntılar Tablo 2'de gösterildi.

Tablo 2. Annelerin Obstetrik Özellikleri

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Gravida		
İlk gebeliği olanlar	106	21,1
2. gebeliği olanlar	151	30,1
3. ve üzeri gebeliği olanlar	245	48,8
Parite		
Hiç doğum yapmamış olanlar	129	25,7
1 kez doğum yapmış olanlar	176	35,1
2 ve üzeri doğum yapmış olanlar	197	39,2
Düşük		
Hiç düşük yapmamış olanlar	363	72,3
1 kez düşük yapmış olanlar	107	21,3
2 ve üzeri düşük yapmış olanlar	32	6,4
Erken doğum öyküsü (n=396)*		
Var	22	5,6
Yok	374	94,4
Geç doğum öyküsü (n=396)*		
Var	9	2,3
Yok	387	97,7
Ölü doğum öyküsü (n=396)*		
Var	8	2,0
Yok	388	98,0
Anomali öyküsü (n=396)*		
Var	5	1,3
Yok	391	98,7
Gebeliği süresince kontrole gitme sayısı		
Hiç gitmeyenler	1	0,2
1-4 kere gidenler	107	21,3
5 ve daha fazla gidenler	394	78,5
Gebeliği süresince ek sağlık problemi		
Var	110	21,9
Yok	392	78,1
Rh uygunsuzluğu		
Var	39	7,8
Yok	463	92,2

*Önceki gebelik öyküsü, en az ikinci gebeliği olanlara sorulmuştur.

4.3 Annelerin Gebelikte Sigara ve Pasif İçicilikle İlgili Diğer Özellikleri

Sunulan çalışmada, annelerin gebelikte sigara içme durumları ilk aşamada beş kategoride değerlendirildi. Annelerin %82,0'ı (n=412) gebeliğinde hiç sigara içmediğini, %9,2'si (n=46) ise her gün içtiğini, %4,6'sı (n=23) gebelikte bıraktığını, %2,8'i (n=14) sadece 1-2 defa içtiğini, %1,4'ü (n=7) ara sıra içtiğini belirtti.

Tablo 3. Katılımcıların Gebelikte Sigara Kullanımına ve Pasif İçiciliğe Dair Özellikleri

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Gebelikte sigara içme durumları		
Hiç içmedim	412	82,0
Gebelikte bıraktım	23	4,6
Sadece 1-2 kez	14	2,8
Arasıra içtim	7	1,4
Her gün içtim	46	9,2
Önceki gebeliklerinde sigara içme durumu (n=396)*		
Var	39	9,8
Yok	357	90,2
Annesinin kendisine gebe iken sigara kullanımı		
Var	47	9,4
Yok	455	90,6
Evde sigara içen başka birey		
Yok	163	32,5
Eş	315	62,7
Diğer (kayınbaba, kayın, kayınvalide, baba, çocuk vb.)	24	4,8
Evde sigara içilen yer		
Evin her yerinde	152	42,9
Sadece balkonda	164	46,3
Sadece mutfakta	25	7,0
Hiçbir yerde	5	1,4
Diğer (şahsi oda, kullanılmayan oda)	8	2,4
Gebelikte bağımlılık yapıcı başka madde kullanımı		
Var	2	0,4
Yok	500	99,6
Kapalı alanlardaki sigara içme yaşantısını destekleme		
Destekliyorum	496	98,8
Desteklemiyorum	6	1,2

*Önceki gebelik öyküsü, en az ikinci gebeliği olanlara sorulmuştur.

Önceki gebeliklerinde sigara tüketmiş birey yüzdesi %9,8 (n=39) idi. Çalışmaya katılanlardan, anneleri katılımcıya hamileyken sigara içmiş olanlar %9,4 (n=47) idi.

Pasif maruziyet açısından bakıldığında, Annelerin %67,5'inin (n=339) evinde sigara tüketilmekteydi. Sigara tüketilen evlerde %62,7 (n=315) ile büyük çoğunluğu maalesef eşler oluşturmaktaydı. Katılımcıların %46,3'ü (n=164) sadece balkonda, %42,9'u (n=152) ise evin her yerinde sigara içildiğini belirtti.

Gebeliği boyunca sigara harici bağımlılık yapıcı madde kullandığını belirten, biri alkol biri eroin olmak üzere toplam iki kişiydi.

Katılımcıların %98,8'i (n=496) kapalı alanlarda sigara içme yasağını desteklemekteydi. Annelerin sigara kullanımına ve pasif içiciliğe dair tutum ve davranışları Tablo 3'te gösterildi.

4.4 Katılımcıların Doğum Süreci ve Doğum Şekli ile İlgili Özellikleri

Annelerin %58,4'ü (n=293) vajinal doğum yapmıştı. Bu sayının dışında kalanların sezaryen olma nedenlerinin başında %64,1 (n=134) ile önceki gebeliklerinde sezaryen geçirmiş olmaları gelmekteydi. Bu sayıyı %13,4 (n=28) ile ilerlemeyen/başlamayan eylem takip etmekteydi. Malprezentasyon, fetal distres gibi diğer sezaryen sebepleri Tablo 4'te ayrıntılandırıldı.

Katılımcıların %33,9'u (n=170) doğum sürecinde herhangi bir problem yaşadığını ifade etti. Yaşanan problemlere dair özellikler Tablo 4'te gösterildi.

Tablo 4. Annelerin doğum süreci ve doğum şekli ile ilgili özellikler

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Doğum şekli tercihi		
Vajinal doğum	293	58,4
Sezaryen	209	41,6
Sezaryen ile doğum nedenleri		
Eski C/S*	134	64,1
Başlamayan-ilerlemeyen eylem	28	13,4
Malprezentasyon (makat geliş,transvers geliş vs.)	13	6,2
Fetal distres	13	6,2
Makrozomi	8	3,8
Erken membran rüptürü	6	2,9
Diğer (plasenta anomalisi, baş-pelvis uyumsuzluğu vs.)	7	3,4
Doğum sürecinde herhangi bir problem varlığı		
Var	170	33,9
Yok	332	66,1
Doğum sürecinde yaşanan problemler (n=170)		
Kordon problemleri(kordon dolanması, kısa kordon, düğüm vb.)	98	57,6
Fetal duruş bozuklukları(başel geliş, omuz zorlanması, makat geliş vb.)	32	18,8
Mekonyum varlığı	28	16,5
Erken membran rüptürü	5	2,9
Makrozomi	3	1,8
Kanama problemi	2	1,2
Tansiyon problemi	1	0,6
Plasenta anomalisi	1	0,6

*C/S: Sezaryen ameliyatı

4.5 Yenidoğanlar ile İlgili Özellikler

Bebeklerin %99,2'sinin (n=498) canlı, %0,8'inin (n=4) ölü doğduğu tespit edildi. Canlı doğumların %6,8'inde (n=34) çeşitli sebeplerle yoğun bakım ihtiyacı olmuş idi. Yoğun bakım ihtiyacı oluşturan sebeplerin başında %58,8 (n=20) ile solunum sıkıntısı gelmekteydi.

Yenidoğanlarda %52,4 (n=263) ile erkek cinsiyet çoğunluğu oluşturmakta idi. Yenidoğanların %5,5'inde (n=28) pediatristler tarafından yapılan ilk muayenede herhangi bir konjenital anomali saptanmadığı tespit edildi. İlk muayenede tespit edilen anomaliler arasında %32,1 (n=9) ile genito-üriner anomaliler çoğunluğu oluşturmakta idi. Yenidoğanlara ait özelliklerin ayrıntıları Tablo 5'te gösterildi.

Tablo 5. Yenidoğanlar ile ilgili özellikler

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yenidoğanın durumu		
Canlı doğum	498	99,2
Ölü doğum	4	0,8
Yoğun bakım gereksinimi (n=498)		
Yoğun bakım yatışı var	34	6,8
Yoğun bakım yatışı yok	464	93,2
Yoğun bakıma yatırıldı ise nedenleri		
Solunum sıkıntısı	20	58,8
Prematürite	8	23,5
Hipoglisemi	4	11,8
Sepsis	2	5,9
Yenidoğanın cinsiyeti		
Kız	239	47,6
Erkek	263	52,4
Tespit edilmiş konjenital anomali varlığı		
Var	28	5,5
Yok	474	94,5
Anomali mevcut ise ne olduğu (n=28)		
Genito-üriner anomali	9	32,1
Kardiyak üfürüm	7	25
Üst solunum yolu anomalisi	4	14,3
Pes ekinovarus	3	10,7
Sakral gamze	3	10,7
Down sendromu	1	3,6
Kısa frenilum	1	3,6

4.6 Yenidoğanların Antropometrik Ölçümleri ve Gebelik Haftası ile İlgili Verileri

Yenidoğanların boy ortalaması $49,82 \pm 2,23$ cm ve ağırlık ortalamaları $3308 \pm 518,97$ gr idi. Baş çevresi ölçümlerinde ortalama $34,84 \pm 1,62$ cm olduğu bulundu. Gebelik haftası

ortancası 39 hafta idi. Yenidoğanın ölçülen değerleri ve kaç haftalık doğduklarına ilişkin özellikler Tablo 6’ da gösterildi.

Tablo 6. Yenidoğanların antropometrik özelliklerinin ortalama değerleri

	Ort±SD	Ortanca	Minimum	Maksimum
Bebeğin boyu (cm)	49,82±2,23	50	25	55
Bebeğin ağırlığı (gr)	3308±518,97	3280	300	4990
Bebeğin baş çevresi (cm)	34,84±1,62	35	16	47
Gebelik haftası	38,62±1,73	39	24	43

4.7 APGAR Skoru Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Yenidoğanların %91,6’sının (n=460) APGAR 1. dakika skorları 9 olarak değerlendirildiği tespit edildi. Yapılan APGAR 1. dakika değerlendirmeleri 9, 8, 7, 6 ve 0 olarak dağılım göstermekteydi diğer değerlerde veri yoktu.

APGAR 5. dakika skoru ölçümlerinde %42,4’ü (n=213) 10, %53,4’ü (n=268) 9 olarak değerlendirilmişti. Kalan kısım 8, 7 ve 0 değerlerine ait verilerden oluşmaktaydı, diğer değerlere ait veri yoktu. APGAR skorlamasının dağılımı Tablo 7’de gösterildi.

Tablo 7. Yenidoğanların APGAR 1. dakika ve 5. dakika skorlarının dağılımı

APGAR 1. dakika	Sayı(n)	Yüzde(%)
0	4	0,8
6	3	0,6
7	10	2,0
8	25	5,0
9	460	91,6
APGAR 5. dakika	Sayı(n)	Yüzde(%)
0	4	0,8
7	3	0,6
8	14	2,8
9	268	53,4
10	213	42,4

4.8 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin Değerlendirilmesi

Sigara kullanan katılımcıların cevapladığı FNBT testindeki “Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?” sorusuna annelerin %85,5’i en çok 10 tane cevabını verdiği bulundu. Günün ilk sigarasını içme zamanlarını annelerin %56,6’sı uyandıktan 60 dakika sonra olarak

belirtildiği tespit edildi. Katılımcıların büyük çoğunluğu sigara içilmesi yasak olan yerlerde zorlanmadıklarını ve günün ilk kısmındansa sonraki saatlerde daha fazla sigara içtiklerini ifade etmekte idi. FNBT’ndeki sorulara verilen yanıtların ayrıntıları Tablo 8’de gösterildi.

Tablo 8. FNBT’ye verilen yanıtların dağılımı

	Sayı(n)	Yüzde(%)
1-Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?		
En çok 10 tane	65	85,5
11-20 tane	11	14,5
21-30 tane	0	0
31 tane ve üzeri	0	0
2-Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir?		
En çok 5 dakika içinde	10	13,1
6-30 dakika içinde	5	6,6
31-60 dakika içinde	18	23,7
60 dakikadan fazla sürede	43	56,6
3-Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?		
Evet	17	22,4
Hayır	59	77,6
4-En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?		
Günün ilk sigarası	12	15,8
Diğer herhangi biri	64	84,2
5-Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?		
Evet	5	6,6
Hayır	71	93,4
6-Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?		
Evet	8	10,5
Hayır	68	89,5

Klinik pratikte de sigara bağımlılık düzeyini değerlendirmede kullanılan FNBT’ye göre, katılımcıların %76,6’sı çok az bağımlı, %14,5’i az bağımlı, %3,95’i orta bağımlı, %3,95’i yüksek bağımlı, %1,3’ü çok yüksek bağımlı olarak değerlendirildi. Bağımlılık düzeylerinin dağılımı Tablo 9’da gösterildi.

Tablo 9. FNBT'ye göre bağımlılık düzeylerinin dağılımı

Bağımlılık düzeyi	Sayı(n)	Yüzde(%)
Çok az bağımlı (0-2 puan)	58	76,3
Az bağımlı (3-4 puan)	11	14,5
Orta bağımlı (5 puan)	3	3,95
Yüksek bağımlı (6-7 puan)	3	3,95
Çok yüksek bağımlı (8-10 puan)	1	1,3

4.9 Gebeliği Sırasında veya Öncesinde Sigara İçenlerin Düşünce ve Davranış Özellikleri

Gebeliği öncesinde veya gebeliği sırasında sigara içmiş annelerin toplamı 76 kişiydi. Annelerin sigaraya başlama yaşının ortalaması $17,29 \pm 3,98$ yaş idi. Ortalama sigara kullanılan yıl $8,03 \pm 6,17$ yıl ve günde kaç adet içildiğinin ortalama değeri $7,16 \pm 6,78$ adet idi. Tablo 10'da ilgili değerlerin ayrıntıları gösterildi.

Tablo 10. Sigara içenlerin başlama yaşının, kaç yıldır kullandığının ve günde kaç adet içtiğinin ortalama değerleri

	Ort±SD	Ortanca	Minimum	Maksimum
Sigaraya başlama yaşı	$17,29 \pm 3,98$	17	9	32
Kaç yıldır sigara tüketildiği	$8,03 \pm 6,17$	6	1	25
Günde kaç adet içildiği	$7,16 \pm 6,78$	5	1	40

Katılımcıların sigara tüketimleri paket/yıl cinsinden değerlendirildiğinde; çalışmada literatüre (38) uygun olarak 19 paket/yıl ve altında olanlar hafif içici, 20-39 paket/yıl arasında olanlar orta içici, 40 paket/yıl ve üzerinde olanlar ağır içici olarak gruplandırıldı. Buna göre annelerin tamamına yakını hafif içici olarak değerlendirildi.

Katılımcıların %69,7'si sigaraya başlamasındaki en önemli faktörü sosyal çevre/arkadaş grubu olarak tespit edildi. Sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmedikleri sorulduğunda %63,1'i sigarayı bırakmayı daha önce düşünmüş ve en az bir kez girişimde bulunmuş olduğunu tespit edildi.

Annelerin %75'i gebeliğinde sigara kullanmayı azalttığını ifade etti. Gebelik döneminin de içinde bulunması sebebiyle arz eden son bir yıllık zaman içerisinde sigarayı bırakmayı deneyip denemedikleri sorusuna annelerin %56,6 'sı en az bir kez denemiş oldukları cevabını verdi. Bu kişilerin %93,4'ünün ise hiçbir yöntem kullanmadığı tespit edildi. Annelerin konuya ilgili bazı düşünce ve davranış özellikleri Tablo 11'de gösterildi.

Tablo 11. Gebeliği sırasında veya öncesinde sigara kullananların bazı düşünce ve davranış özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ömür boyu tüketilen sigara miktarının paket/yıl cinsinden dağılımı		
Hafif içici (0-19 paket/yıl)	75	98,7
Orta içici (20-39 paket/yıl)	1	1,3
Ağır içici (40 ve üzeri paket/yıl)	0	0
Gebeliğinizde sigara kullanmayı azalttınız mı?		
Evet	57	75,0
Hayır	19	25,0
Sigaraya başlamanızdaki en önemli etken ne idi?		
Sosyal çevre/arkadaş grubu	53	69,7
Özenti ve heves	9	11,8
Keyif ve zevk	3	4,0
Stres	11	14,5
Sigarayı bırakmayı hiç düşündünüz mü?		
Hayır düşünmedim	11	14,5
Evet düşündüm ama girişimde bulunmadım	17	22,4
Evet düşündüm ve girişimde bulundum	48	63,1
Sigarayı bırakmayı hiç denediniz mi?		
Hayır, hiç denemedim	27	35,5
Evet, bir kez denedim	17	22,4
Evet 2 kez	7	9,2
Evet 3 ve daha fazla kez denedim	25	32,9
Son 12 ay içinde sigarayı bırakmayı denediniz mi?		
Hayır denemedim	33	43,4
Evet, bir kez denedim	28	36,9
Evet birden fazla kez denedim	15	19,7
Son 12 ay içinde sigarayı bırakmak için bir yöntem kullandınız mı?		
Hiçbir yöntem kullanmadım	71	93,4
Nikotin bandı veya cikleti kullandım	3	4,0
Sigara bıraktırma ilacı(champix, zyban) kullandım	1	1,3
Akupunktur,biyorezonans vb yöntemler	0	0
Diğer	1	1,3

Gebeliğinde sigarayı bırakan annelerin sayısı 23 idi. Bırakmalarında etkili olan faktörler değerlendirildiğinde %45,6 ile bebeğine zarar vereceği düşüncesi ve % 36,8 ile kendi sağlığına zararlı olduğu düşüncesi öne çıkmaktaydı. Gebelikte sigarayı bırakma sebeplerine ilişkin özellikler Tablo 12’de gösterildi.

Tablo 12. Gebeliğinde sigarayı bırakanların, bırakmasında etkili olan faktörlerin dağılımı

Sigarayı bırakma sebepleri	Sayı(n)	Yüzde(%)
Sağlığına zararlı olduğu için	21	36,8
Aile/arkadaş etkisi ile	6	10,5
Kötü örnek olduğu için	4	7,1
Bebeğine zarar vereceği düşüncesi ile	26	45,6

4.10 Sigara Kullanma Durumu ile Bazı Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Katılımcıların sigara içme durumları üç kategoride gruplandırıldığında; sigara içme durumuyla ilgili soruya verilen “hiç içmedim” ve “sadece denedim” yanıtları sigara içmiyor başlığında, “ara sıra içtim” ve “her gün içtim” cevapları sigara içiyor başlığında toplandı, gebelikte bırakmış olanlar ayrı bir grup olarak değerlendirildi.

Çalışmaya katılan annelerin sigara içme durumu ile birtakım demografik özellikleri karşılaştırıldı. Eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, eşi ile akraba olup olmamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0,05$), yaş ($p=0,027$) ve medeni durum ($p=0,000$) ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki vardı. Yaş ortanca değeri 26 bulundu. 26 yaşından küçük olanlarda 26 yaş ve üzerinde olanlara göre, evli olanlarda ise bekârlara göre sigara içme oranları daha yüksek idi. Diğer demografik özellikler ile sigara içme durumunun karşılaştırılması Tablo 13’te gösterildi.

Tablo 13. Sigara içme durumu ile bazı demografik özelliklerin karşılaştırılması

Parametreler	Sigara içmiyor		Sigara içiyor		Gebelikte bırakmış		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Yaş (Ortanca=26)								
<26 yaş	216	81,2	37	13,9	13	4,9	7,236	0,027
≥26 yaş	210	89,0	16	6,8	10	4,2		
Eğitim düzeyi								
≤Ortaokul eğitimi	281	85,9	34	10,4	12	3,7	1,780	0,411
≥Lise eğitimi	145	82,9	19	10,9	11	6,3		
Çalışma durumu								
Çalışıyor	24	75,0	7	21,9	1	3,1	3,810	0,149
Çalışmıyor	402	85,5	46	9,8	22	4,7		
Medeni durum								
Evli	421	86,1	46	9,4	22	4,5	16,664	0,000
Bekar	5	38,5	7	53,8	1	7,7		
Ekonomik durum								
Geliri giderinden az	172	83,1	23	11,1	12	5,8	5,211	0,266
Geliri giderine denk	241	86,6	26	9,4	11	4,0		
Geliri giderinden fazla	13	76,5	4	23,5	0	0		
Eşi ile akrabalık bağı								
Var	51	82,3	8	12,9	3	4,8	0,414	0,813
Yok	375	85,3	45	10,2	20	4,5		

4.11 Sigara İçme Durumu ile Doğum Süreci ve Yenidoğanın Durumunun Karşılaştırılması

Katılımcıların doğum şekilleri ve doğum sırasında herhangi bir sorun yaşayıp yaşamamalarıyla sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Yenidoğanın canlılık durumu, yoğun bakım ihtiyacı olup olmaması ve ilk muayenede tespit edilebilen herhangi bir konjenital anomali varlığı ile de annelerin sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Sigara içme durumu ile bahsedilen değişkenlerin karşılaştırılması Tablo 14’te gösterildi.

Tablo 14. Sigara içme durumu ile bazı parametrelerin karşılaştırılması

Parametreler	Sigara içmiyor		Sigara içiyor		Gebelikte bırakmış		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Doğum şekli								
NSVD*	250	85,3	28	9,6	15	5,1	1,132	0,568
C/S**	176	84,2	25	12,0	8	3,8		
Doğumda sorun yaşama								
Var	144	84,7	17	10,0	9	5,3	0,356	0,837
Yok	282	85,0	36	10,8	14	4,2		
Bebeğin durumu								
YB*** ihtiyacı yok	394	84,9	47	10,1	23	5,0	6,019	0,198
YB ihtiyacı var	28	82,4	6	17,6	0	0,0		
Ölü doğum	4	100,0	0	0,0	0	0,0		
Konjenital anomali								
Var	23	82,1	3	10,7	2	7,1	0,381	0,826
Yok	400	84,9	50	10,6	21	4,5		

*Normal spontan vajinal doğum **Sezaryen ameliyatı ***Yoğun bakım

4.12 Sigara İçme Durumu ile Gebelik Haftasının, Yenidoğanın Andropometrik Özelliklerinin ve APGAR Skorlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya alınan annelerin sigara içme durumları ile gebelik haftası, yenidoğanın boyu, yenidoğanın baş çevresi, APGAR 1. dakika ve 5. dakika skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$). Katılımcıların sigara kullanma durumu ile yenidoğanın ağırlığı karşılaştırıldığında ise sigara içenler ile sigara içmeyenler grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0,009$). Tablo 15’te sigara içme durumu ile gebelik haftasının, yenidoğanın andropometrik bazı özelliklerinin ve APGAR skorlarının karşılaştırılması gösterildi.

Tablo 15. Sigara içme durumu ile gebelik haftasının, yenidoğanın andropometrik özelliklerinin ve APGAR skorlarının karşılaştırılması

Parametreler	Sigara kullanma durumu			F	p*
	İçmeyenler ^a Ort±SD	İçenler ^b Ort±SD	Gebelikte bırakanlar ^c Ort±SD		
Gebelik haftası (hafta)	38,65±1,77	38,32±1,59	38,74±1,14	0,891	0,411
Bebeğin boyu (cm)	49,89±2,33	49,25±1,54	49,87±1,69	1,984	0,139
Bebeğin ağırlığı (gr)	3330,65±524,22	3107,87±466,56	3351,52±449,22	4,489	0,009^{ab}
Bebeğin baş çevresi (cm)	34,90±1,69	34,43±1,12	34,74±1,01	2,000	0,136
APGAR 1.dakika skoru	8,82±0,94	8,79±0,57	8,87±0,46	0,061	0,941
APGAR 5.dakika skoru	9,31±1,06	9,28±0,69	9,52±0,51	0,523	0,593

* One-Way anova testi kullanılmıştır

4.13 Evde Sigara Dumanına Maruziyet ile Doğum Süreci ve Yenidoğanın Durumunun Karşılaştırılması

Katılımcılardan sigara içenler ile ankette yer alan evde sigara içen var mı sorusuna cevabı evet olanlar, evde sigara dumanına maruziyeti olanlar başlığı altında toplandı. Katılımcının kendisi ve hane halkından kimsenin sigara içmediği bireyler ise evde sigara dumanına maruziyeti olmayanlar şeklinde gruplandırıldı. Bu gruplama ile karşılaştırmalara pasif içiciliğin de dahil edilmesi amaçlandı.

Evde sigara dumanına maruz kalma durumu ile bebeğin doğum şekli, doğum sürecinde herhangi bir sorun yaşayıp yaşamama ve yenidoğanda konjenital anomali varlığı arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$). Ancak evde sigara dumanına maruziyet durumu ile bebeğin canlılık durumu arasında anlamlı bir fark görüldü ($p=0,011$). Evde sigara dumanına maruziyet ile doğum süreci ve yenidoğanın durumunun karşılaştırılması Tablo 16'da gösterildi.

Tablo 16. Evde Sigara Dumanına Maruziyet ile Doğum Süreci ve Yenidoğanın Durumunun Karşılaştırılması

Parametreler	ESDM** yok		ESDM var		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Doğum şekli								
NSVD***	92	31,4	201	68,6	293	100,0	0,368	0,544
C/S****	71	34,0	138	66,0	209	100,0		
Doğumda sorun yaşama								
Var	59	34,7	111	65,3	170	100,0	0,586	0,444
Yok	104	31,3	228	68,7	332	100,0		
Bebeğin durumu								
YB* ihtiyacı yok	148	31,9	316	68,1	464	100,0	9,069	0,011
YB ihtiyacı var	11	32,4	23	67,6	34	100,0		
Ölü doğum	4	100,0	0	0	4	100,0		
Konjenital anomali								
Var	2	40,0	3	60,0	5	100,0	0,132	0,717
Yok	126	32,2	265	67,8	391	100,0		

*Yoğun Bakım **Evde sigara dumanı maruziyeti ***Normal spontan vajinal doğum ****Sezaryen ameliyatı

4.14 Evde Sigara Dumanına Maruziyet ile Yenidoğanın Doğum Parametrelerinin ve Gebelik Haftasının Karşılaştırılması

Tablo 17. Evde sigara dumanına maruziyet ile yenidoğanın bazı doğum parametrelerinin ve gebelik haftasının karşılaştırılması

Parametreler	ESDM* yok Ort±SD	ESDM* var Ort±SD	t	p**
Gebelik haftası(hafta)	38,52±2,26	38,66±1,41	-0,899	0,369
Bebeğin boyu(cm)	49,75±2,97	49,86±1,78	-0,473	0,637
Bebeğin ağırlığı(gr)	3308±589	3307±482	0,019	0,985
Bebeğin baş çevresi(cm)	34,66±2,16	34,93±1,28	-1,790	0,074
APGAR 1.dakika skoru	9,69±1,42	8,88±0,46	-2,225	0,026
APGAR 5.dakika skoru	9,19±1,55	9,37±0,59	-1,885	0,060

*Evde sigara dumanı maruziyeti

**Independent samples test kullanılmıştır

Evde sigara dumanına maruz kalınıp kalınmaması ile gebelik haftası, yenidoğanın boyu, ağırlığı, baş çevresi ve APGAR 5. dakika skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı(p>0,05). Ancak evde sigara dumanına maruziyet durumu ile APGAR

1. dakika skoru arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,026$). Evde sigara dumanı maruziyeti ile yenidoğanın bazı diğer doğum parametreleri Tablo 17’de gösterildi.

4.15 Sigara İçme Öyküsü ile Annelerin Obstetrik Özgeçmişlerinin Karşılaştırılması

Sunulan çalışmada ilk gebeliği olmayan anneler, uygulanan anketteki obstetrik özgeçmişe dair soruları cevaplamıştır. Buna göre ilk gebeliği olmayan birey sayısı 396’dır. Bu kişiler sigara içme öyküsü varlığına göre iki gruba ayrıldı ve düşük, erken doğum, geç doğum, ölü doğum yapmış olma ile karşılaştırıldı. Bu değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$). Sigara içme öyküsü olma durumu ile annelerin obstetrik özgeçmişlerinin karşılaştırılması Tablo 18’de gösterildi.

Tablo 18. Sigara içme öyküsü olma durumu ile annelerin obstetrik özgeçmişlerinin karşılaştırılması

Parametreler		Sigara içmemiş		Sigara içmiş		Total		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Düşük öyküsü	Var	125	89,9	14	10,1	139	100,0	0,000	1,000
	Yok	231	89,9	26	10,1	257	100,0		
Erken doğum öyküsü	Var	18	81,8	4	18,2	22	100,0	1,406	0,236
	Yok	338	90,4	36	9,6	374	100,0		
Geç doğum öyküsü	Var	9	100,0	0	0	9	100,0	1,940	0,164
	Yok	347	89,7	40	10,3	387	100,0		
Ölü doğum öyküsü	Var	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0,049	0,826
	Yok	349	89,9	39	10,1	388	100,0		
Anomali öyküsü	Var	5	100,0	0	0	5	100,0	1,072	0,300
	Yok	351	89,8	40	10,2	391	100,0		

5. TARTIŞMA

Erken dönemde sigara kullanımının tespiti, hem annenin hem de bebeğin sağlığını korumak için kritik önem taşır. Gebelik başlangıcından itibaren anne adaylarının sağlık durumunu izleyerek, olası riskleri erken tespit edip gerekli yönlendirmeleri yapan aile hekimlerinin rolü bu süreçte vazgeçilmezdir. Sigara içen anne adaylarını sigaranın zararları hakkında bilgilendirmenin, bırakma sürecinde desteklemenin ve gerekli durumlarda sigara bırakma programlarına yönlendirmenin önemine çalışmamızın katkıda bulunacağını düşünmekteyiz. Bu konu koruyucu hekimlik adına, doğmamış bireyin bile korunma çabasını içeren, eşsiz bir örnektir.

Dünya geneline bakıldığında annelik yaşının ülke ve bölgelere göre değişmekle birlikte ilk kez anne olma yaşının 28 olduğu (59), Türkiye 'de ise TÜİK 2023 yılı verilerine göre doğum yapan annelerin yaş ortalamasının 29,2 olduğu ve ilk kez anne olma yaşının ise 27 olduğu bildirilmektedir (60). Sunulan çalışmada ise ortalama anne yaşı $27,2 \pm 5,8$ olarak tespit edilmiştir. Çalışmanın yapıldığı merkezde anne olma yaşı ortalamasının dünya ve Türkiye ortalamasına oldukça yakın olduğu görülmektedir. Literatürde birçok kaynakta ilk kez anne olma yaşının ve ortalama doğum yapma yaşının ilerlediğine dair bilgiler bulunmaktadır (61, 62). Ülkemiz istatistiklerinde de durum benzerdir. İlerleyen annelik yaşı maternal ve fetal birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Sigara kullanımının ise bu olumsuz durumu katkı sunacağı çalışmanın akla getirdiği önemli bir noktadır.

Gebelerin diğer sosyodemografik özelliklerine bakıldığında; eğitim düzeyleri birçok çalışmada farklı oranlarda tespit edilmiştir. Çalışma durumları ise çoğunlukla çalışmamızla da benzer şekilde çalışmayan gebelerin daha fazla olduğu yönünde bildirilmiştir. Gelir durumlarının çalışmalarda, sunulan çalışmadakine benzer olarak orta ya da gelirin giderine denk olarak tespit edildiği görülmüştür (63-65). Bu durum çalışma yapılan merkezin konumu, sağlık hizmet tipi, özel ya da kamu kuruluşu olmasının demografik özellikleri doğrudan etkileyeceğini akla getirmekte, gebelerin sosyodemografik özellikleri hakkında genelleme yapılabilmesi için bir çalışmanın çok merkezli ve katılımcı sayısının yüksek olmasının önemini ortaya koymaktadır. Ancak sunulan araştırmanın kendi içindeki bulguları yorumlanırken, katılımcı gebelerin sosyodemografik özelliklerinin dikkate alınması açısından bu veriler önem arz etmektedir.

Düzenli gebe takipleri bebek ve anne sağlığı açısından olası risklerin erken tespiti ve önlem alınması için önemlidir. Sağlık hizmetleri gelişmişlik düzeyi açısından bir gösterge olan anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasında da gebe takibinin yeri tartışılmazdır. Aile hekimlerine de bu göstergede önemli görevler tanımlanmış. Doğum öncesi hizmetlerin nasıl yapılacağı ile ilgili yönergeler belirlenmiştir (66, 67). Düzenli gebelik takibinin, hizmet verenin haricinde hizmet alacak bireylerin kişilik özellikleri, ekonomik durumu, alkol kullanımı, akrabalık durumu gibi birçok değişkenle etkilenebileceği bildirilmektedir (68, 69). TNSA(Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2018 verilerine göre gebelerin %96'sının doğum öncesi bakım hizmetlerinden uzman bir personel yardımı ile faydalandığı söylenilmektedir. Yine bu raporda gebelerin %4'ünün doğum öncesi bakım hizmeti almadığı bildirilmektedir (70). Sunulan çalışmamızda gebelerin en az bir kez gebe takibi hizmeti alma oranının %99 ile oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum çalışma yapılan bölgede gebelik takipleri açısından sunulan hizmetlerin ulaşılabilirliğinin yüksek olduğunu akla getirmektedir. Kırsal alanda takip sayılarının düşebileceği ve bizim çalışmamızın kentsel alanda yapılmasının gebe izlem sayılarının yüksek bulunmasında bir etken olabileceği akla gelen diğer bir noktadır.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) ve DSÖ gebeliğin 20.haftasından önce olan kayıpları düşük, 28.haftasından sonra olan kayıpları ise ölü doğum olarak kabul etmektedir. Ölü doğum ve düşük için çalışmamızın da konusu olan sigara kullanımı başta olmak üzere birçok risk faktörü tanımlanmıştır (71, 72). Düşük oranları yapılan çalışmalarda farklı değerlerde bildirilmekle birlikte %2 ile %23 arasında değişmektedir (63, 64, 73). Sunulan çalışmada bir kez düşük yapma oranı %21 bulunarak literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Dünya genelinde ölüm doğum oranları 1000'de 5 ile 32 arasında değişirken, ülkemizde ise 1000'de 9,3 olarak bildirilmiştir (70, 74, 75). Sunulan çalışmada ölü doğum yapma öyküsünün yüksek olması çalışma yapılan merkezin riskli gebelik takibi açısından hastaların yönlendirildiği bir sağlık kuruluşu olmasından kaynaklanıyor olabilir. İl genelini kapsayacak çok merkezli çalışmalar ile araştırılması, bu durumun daha iyi açıklanmasına fayda sağlayacaktır.

Sunulan çalışmada doğum şekli verilerini değerlendirecek olursak; çalışmaya dahil edilen gebelerin %41,6'sının C/S ile doğum yaptığı görülmektedir. TNSA 2018 verilerine göre Türkiye geneli C/S doğum oranı %53,5 olarak açıklanmıştır (70). Ulgu ve arkadaşları tarafından 2018-2023 yılları arasında yapılan bir kohort çalışmasında ise C/S oranı %57,55 olarak bildirilmektedir. Bu kohort çalışmasında ikinci önemli bir sonuç olarak, sunulan

çalışmaya benzer şekilde sezaryen ameliyatı sebeplerinin çoğunluğunun eski C/S doğum olduğunu göstermektedir (76). DSÖ ve diğer uluslararası kuruluşlar tarafından 1985 yılında C/S doğum oranının %10 ile %15 aralığında olması gerektiği öngörüsü dikkate alındığında bu oranlar oldukça yüksektir. Dünya genelinde C/S oranlarını ise %21,1 olarak bildiren DSÖ ve diğer araştırmalara göre C/S oranları giderek artmakta ve bu oranların artmaya da devam etmesi beklenmektedir (77-79). Doğum şeklini belirleyen, gebeler ve sağlık profesyonelleri açısından pek çok değişken vardır. Gebeler açısından bunlar; normal doğumun yeterince bilinmemesi ve eğitim düzeyi, normal doğuma karşı tedirginlik ve daha önceki doğum tecrübeleri olabilir (80, 81). Eski C/S oranının yeni doğumlarda C/S tercih edilme durumunu ve C/S oranını daha arttıracak dikkate alındığında, ülkemizde sağlık profesyonelleri ve gebelerin C/S doğum tercihlerini etkileyen nedenlere yönelik ileri araştırmalara ve elde edilecek sonuçlara göre uygulamalar geliştirilmesine ihtiyaç olduğu açıktır.

TÜİK istatistiklerinde çocuk bültenine göre 2022 yılında doğan bebeklerin %51,4'ünün erkek bebek olduğu bildirilmekte (82) çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçta buna çok yakın olarak %52,4 olarak bulunmuştur. Sunulan bu çalışmada APGAR skoru 1. dakika verileri ulusal literatürdeki gibi %90 üzeri 9 puan olarak değerlendirildiği, 5. dakika APGAR skorlarının benzer olarak daha da yüksek puanlandığı görülmüştür (83, 84). Bu durum verilerimizin ve örneğimizin temsil yeteneğinin iyi olduğunu düşündürmektedir.

Bilindiği üzere sigara sadece içenleri değil etraflarındaki kişilerin sağlığını da etkilemektedir. Bu durumun ciddiyetini, dünya genelinde sigaraya bağlı 8 milyon ve pasif içicilik sonucu 1,3 milyon kişinin öldüğü tahmini, ortaya koymaktadır. Kadınlar arasında sigara kullanımı erkeklere nazaran daha az olmakla birlikte, son zamanlarda yaygınlığının arttığı bildirilmektedir (35, 85). Bunun bir sonucu da bağımlılık yapıcı olmasından dolayı gebelikteki sigara kullanımınıdır. Sunulan çalışmada annelerin %82'sinin hiç sigara içmediği %4,6'sının ise gebelikte sigarayı bıraktığı tespit edilmiştir. Küresel ölçekte sigara kullanan kadın oranının %7,8 seviyelerinde olduğu ifade edilirken bu oranın bölgelere göre farklılaştığı, hatta Avrupa ülkelerinde %28'lere yükselebildiği bildirilmektedir (19, 86). ABD'de gebelerde sigara kullanımının giderek azaldığı ve %7,2 seviyelerinden %4,6'lara kadar düştüğünü bildiren kaynaklar bulunmaktadır (87). Ülkemizde ise bu oranın %7,3 ile %28 arasında değiştiği dikkate alındığında (1, 8, 63, 68, 69, 88, 89) çalışmamızda gebelerde sigara içme oranının biraz yüksek görünmekle birlikte genel olarak ülkemiz literatürü ile uyumlu ve diğer uluslararası literatüre benzer olduğu görülmektedir. Ancak kadınlarda ve

gebelerde sigara kullanımı ile ilgili mücadelede DSÖ projeksiyonları da dikkate alınarak daha fazla çaba harcanmasına ihtiyaç olduğu açıktır.

Sigaraya başlama nedeni, tütün ürünleri ile mücadelede belki de en önemli basamaklardan biridir. Sunulan çalışmada sigaraya başlama yaşının ortalama 17 olduğu sigaraya başlama ile ilgili en büyük etkenin ise arkadaş ve akran çevresi olduğu tespit edilmiştir. Yapılan birçok çalışmada sigaraya başlama yaşı ergenlik ve üniversiteye başlama yılları olduğu bildirilmekte, yine çalışmamıza benzer şekilde akran ve arkadaş çevresinin sigaraya başlama durumundaki önemine dikkat çekilmektedir (90, 91). Çalışmamızda sigara kullanma durumu ile gebelere ait bazı sosyodemografik verileri karşılaştırdığımız analizlerde elde ettiğimiz; 26 yaşından küçük olanlarda 26 yaş ve üzerinde olanlara göre, sigara içme oranlarının daha yüksek olduğu verisi de sigara ile mücadelede yaş faktörünün önemini göstermekte ve daha genç sayılabilecek dönemlerde sigara yaygınlığını göstermektedir. Bu durum bize tütün ürünleri ile mücadelede bu yaş grubuna özel uygulamalar geliştirilmesi ve akran öğrenmesi açısından aile ve toplumsal farkındalık oluşturulmasının önemi ortaya çıkarmaktadır.

Sunulan çalışmada sigara kullanma durumu ile gebelere ait bazı sosyodemografik verileri karşılaştırdığımız diğer analizlerde eğitim durumu ile sigara kullanımı arasından bir fark bulunmaması eğitim sisteminde sigara ve sigaranın zararları hakkında daha fazla yer ayrılmasını, eğitim-öğretim faaliyetlerinde bilinçli bir farkındalık geliştirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Maddi durum ile sigara içme durumu arasından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da sigara içme oranlarının maddi durumu daha iyi olanlarda yüksek olması, sigaranın ekonomik olarak ulaşılabilirliğinin artmasının sigara kullanımının artmasına yol açabileceğini akla getirmekte, hükümetlerin bu konuda vergi gibi önlemler almasının faydalı olabileceğine işaret etmektedir. Bu çalışmada gebelik sürecinde halen evli ya da bekar olanların sigara içme durumları arasında, bekar olanların daha fazla sigara kullandığı yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmakla birlikte, gebelik sürecinde bekar olanların sayıca az olması bu konuda yorum yapılmasını zorlaştırmaktadır. Sosyolojik ve psikolojik bir çok yönü olan sigara kullanımının, yapılacak ileri araştırmalar ile irdelenmesinde fayda olacaktır.

Gebelik dönemi kadınlar için sigarayı bırakma açısından belki de en önemli fırsatlardan biridir. Birçok çalışma gebelerin gebelik döneminde sigarayı bırakmak açısından dikkate değer bir tutum ve düşünce değişikliği yaşadığını göstermektedir (92, 93). Sunmuş olduğumuz çalışmada sigara kullanan gebelerin %75 oranında sigara kullanımını azalttığı,

%63'ünün sigarayı bırakmayı düşündüğü, %65'inin sigarayı bırakmayı denediği bulguları bu durumu destekler niteliktedir. Bunun yanında bu çalışmada elde edilen sigara kullanan gebelerin %93'ünün ise sigarayı bırakmak için hiçbir yöntem kullanmadığı bulgusu ve hafif içici (0-19 paket/yıl) oldukları da dikkate alındığında, sigara bırakma konusunda gebelik döneminde kaçırılmış fırsat oluştuğunu ve bu döneme özel danışmanlık hizmeti ve müdahalelerin sigarayı bırakma başarısını arttırabileceğini akla getirmektedir. Çalışmada elde edilen gebelerin sigarayı bırakma nedeninin %45,6'sının "Bebeğine zarar vereceği düşüncesi" olduğu bu danışmanlık hizmetinde yol gösterici bir bilgi olabilir. Kadınlar açısından sigara ile mücadelenin bu özel döneminde ise sağlık profesyonellerine önemli görevler düştüğü anlaşılmaktadır.

Sunulan çalışmada sigara içme durumu ile doğum süreci ve yenidoğanın durumunun karşılaştırılmasında, sigara kullanan gebelerin bebeklerinin doğum ağırlığının istatistiksel olarak anlamlı oranda düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgu sigara kullanımının düşük doğum ağırlığına sebep olacağı bilgisini (1, 47, 94) desteklemesi açısından çalışmanın önemli bulgularındandır. Bunun yanında sigara içmenin fetus üzerinde ölü doğum, düşük, yarı dudak, yarı damak ve akciğer gelişimi açısından risklerinin olduğunun bildirilmesine (38, 47) rağmen çalışmamızda ölü doğum, düşük ve anomaliler açısından sigara içenler ile içmeyenler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sigara kullanımının nicel olarak değerlendirilebileceği biyokimyasal parametreler gibi araçlarla bu durumun araştırılmasının daha net sonuçlar elde edilmesi açısından bir yöntem olarak uygulanabileceği akla gelmektedir.

Pasif içicilik tütün ve tütün mamülleri denilince akla gelen bir diğer konudur. Pasif içicilikte ise oranın belirlenmesi oldukça zordur. Sadece evde değil, alışveriş için gidilen mekanlarda, yasa dışı kullanımı sebebiyle toplu taşıma için bekleme alanlarında ya da sigara içmek için izin verilen restoranların yarı kapalı alanlarında maruziyeti ölçmek oldukça zordur. Bunun yanına üçüncü el maruziyet de eklendiği zaman sigara dumanına maruziyetin boyutunun büyüklüğü dikkati çekmektedir (88). Çalışmamızda gebelerin %67'sinin evinde sigara kullanıldığı bulunmuştur. Bu oran oldukça yüksektir ve pasif içicilik ile mücadeleye, bireysel sigara tüketimi kadar önem verilmesi gerektiğini gözler önüne sermektedir. Sunulan çalışmada katılımcıların %98,8'inin kapalı alanda sigara içme yaşağını destekliyor olması ise bu açıdan atılacak adımlarda kamuoyu desteğinin alınmasının kolay olacağını göstermesi açısından önemlidir. Tütün dumanına maruziyetin fetus üzerinde olumsuz etkilerinden bahseden yayınlarda ani bebek ölümlerinden ve birçok etkisinden bahsedilmektedir (47, 94).

Bu çalışmada elde edilen sigara dumanına maruziyeti olan gebelerde APGAR 1. dakika skorunun anlamlı derecede düşük olması ve bu gebelerin bebeklerinin yoğun bakımda tedavi alma oranlarının daha yüksek olması, bize sigara dumanına maruziyetin yenidoğan üzerinde ciddi etkileri olduğunu göstermiş ve bu açıdan bulgular literatürü destekler mahiyettedir. Dumansız hava sahası açısından atılacak adımlarda ve kamu spotlarında bu bilgilerin dikkate alınması gerekmektedir.

Gebelerde zararlı madde kullanımı denilince sigaradan sonra akla uyuşturucu, uyarıcı, keyif verici maddeler gelmektedir. Bu açıdan bakıldığında dünyada madde kullanım yaygınlığının giderek arttığı bildirilmektedir. Gebelerde madde kullanımı ise bu sorunun çok önemli bir boyutudur. Her maddenin anne ve fetus üzerinde oluşturacağı etki muhakkak farklı olacaktır. Bu nedenle madde kullanımını etken boyutunda ele almak gereklidir. Madde kullanım yaygınlığının belirlenmesi ise toplumsal ve yasal nedenlerden dolayı çok zordur (95-97). Sunulan çalışmada bir annenin alkol bir annenin ise eroin kullandığı belirlenmiştir. Bu konuda anne ve bebek sağlığı açısından yürütülen projelerde farkındalık oluşturulmasına ve daha büyük ölçekli araştırmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sigara kullanımının ve tütün dumanına maruziyetin yenidoğan üzerindeki etkilerini vurgulayan çalışmamız, bu konuda verilecek her çabanın kıymetli olduğunu hatırlatmaktadır. Sigara kullanımı ve pasif içicilik açısından özellikli bir dönem olması sebebiyle gebelikteki süreçlerin incelendiği çalışmamızda, tütün ürünleri ile mücadele için bu dönemin bir fırsat olduğu tekrar gözler önüne serilmiştir. Sigara kullanmayı bırakmak isteyen gebelerin bir yöntem kullanmadığının ve herhangi bir danışmanlık hizmeti almadığının tespit edilmesi ise bu fırsatın kaçırıldığını düşündürmekte, hamileler ile yakın temasta olan aile hekimlerinin ve tüm sağlık profesyonellerinin bu konuya dikkatlerinin çekilmesinin önemini göstermektedir.

Doğum öncesi bakım ve yönetim ile ilgili prosedür ve rehberlere sigara kullanımı ve pasif içicilikle mücadeleyi içeren algoritmalar eklenmesi, gebe takiplerinde bu fırsat dönemini değerlendirmeyi kolaylaştırabilir.

Gebeler açısından pasif içicilik ele alındığında, tespit edilen sigara dumanına maruziyetin yenidoğanın doğum ağırlığına etkisi ve yoğun bakımda takip oranlarını arttırdığı bulgusu, çalışmanın bu alandaki literatüre yaptığı önemli bir katkıdır.

Toplumsal bilinçlendirme kampanyaları, eğitim ve destek programları ile anne adayları hedef alınarak; sigarayı bırakmalarının ve tütün dumanından korunmalarının, hem kendi sağlıkları hem de bebeklerinin hayata sağlıklı bir başlangıç yapabilmeleri açısından, kontrol edilebilir bir değişken olduğu vurgulanmalıdır.

Tütün kullanımının azaltılmasının sağlık açısından faydalarının yanında, gerek çevreye etkileri gerekse dolaylı ekonomik etkileri de düşünüldüğünde; bu konuda etkin mücadele ve caydırıcı yasakların olmasının önemi ortadadır.

Çalışmanın sonuçlarından yola çıkılarak, kitle iletişim araçlarında yer alan konuyla ilgili uyarıların yaygınlaştırılması ve araştırmamızda bahsi geçen durumların da bunlara eklenmesi toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir. Nasıl ki sigara şirketleri çeşitli propagandalarla bireyleri etkileyebiliyorsa (örneğin ergen nüfus arasında sigara içmenin yetişkinliğe geçişte bir sembol gibi algılanması, sinema dünyasında pürünün bir prestij simgesi olması), konuyla ilgili politikalar geliştirilerek farkındalığın artırılıp toplumsal destek elde edilmesi, tütün ürünleri ile mücadelede uzun vadeli gelişmeler sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Durualp E, Bektaş G, Ergin D, Karaca E, Topçu E. Annelerin Sigara Kullanımı ile Yenidoğanın Doğum Kilosu, Boyu ve Baş Çevresi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2011;64(3):119-26.
2. Pineles BL, Park E, Samet JM. Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. American Journal of Epidemiology. 2014;179(7):807-23.
3. Goel P RA, Singh I, Aggarwal A, Dua D. Effects of passive smoking on outcome in pregnancy. Journal of Postgraduate Medicine. 2004;50(1):12-6.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Health Effects of Cigarette Smoking [23.07.2024]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smokin g/.
5. World Health Organization. Table 11.1 Adult tobacco surveys tobacco use and smoking [10.08.2024]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/global-tobacco-report-2019/table-11-1-adult-tobacco-surveys-tobacco-use-and-smoking.xls?sfvrsn=2adef6c3_4.
6. Mutlu LC, Saraçoğlu GV. Prevalence of smoking and factors affecting smoking behaviour during pregnancy: A sample from Tekirdag. Turkish Journal of Public Health. 2014;12(1):1-12.
7. Kocak C, Kurcer MA, Arikan II. Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Pregnant Women Regarding Smoking Who Were Admitted to the Obstetrics Clinic of the Bülent Ecevit University Hospital. Istanbul Medical Journal. 2016;16(4):133-6.
8. Marakoğlu K, Erdem D. Konya'da gebe kadınların sigara içme konusundaki tutum ve davranışları. Erciyes Tıp Dergisi. 2007;29(1):47-55.
9. Gui Z-Q, Yuan X-L, Yang J, Du Y-M, Zhang P. An updated review on chemical constituents from Nicotiana tabacum L.: Chemical diversity and pharmacological properties. Industrial Crops and Products. 2024;214:118497.
10. Bhattacharya S, Chakraborty S, Roy A, Bhattacharjee A. Solanaceae Containing Medicinal Plants and Its Importance: An Overview. Int J Pharm Sci Rev Res. 2023;83(2).
11. Türk Toraks Derneği Toraks Kitapları. Tütün ve Tütün Kontrolü. İstanbul: AVES Yayıncılık; 2010. 1-572 p.
12. Barış İ, Şahin AA, Kalyoncu AF, Kocabaş A, Emri AS, Dağlı E, et al. Sigara ve Sağlık. İstanbul: Milli Eğitim Basımevi; 1994.
13. Mishra S, Mishra MB. Tobacco: Its historical, cultural, oral, and periodontal health association. Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry. 2013;3(1):12-8.
14. Casna M, Davies-Barrett AM, Schrader SA. Smoking histories: a bioarchaeological approach to tobacco consumption in two skeletal populations from The Netherlands (1300-1829 CE). Post-Medieval Archaeology. 2024;58(1):1-13.

15. Walker D, Henderson M. Smoking and health in London's East End in the first half of the 19th century. *Post-Medieval Archaeology*. 2010;44(1):209-22.
16. Zabun S. Osmanlı Devletinde Tütün Ticareti: Aslıoğlu Serahim'e Ait Adana Tütün Fabrikası Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*. 2021;24(2):622-34.
17. Yurtoğlu N. Türkiye Cumhuriyeti'nde tütün tekeli ve sigara fabrikalarının tarihsel gelişimi (1923-1950). *Akademik Tarih ve Düşünce Dergisi*. 2018;5(17):81-116.
18. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ülkemizdeki Tütün Kontrol Çalışmaları [23.07.2024]. Available from: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/tuetuen-hakkinda/uelkemizdeki-tuetuen-kontrol-calismalari.html>.
19. World Health Organizaton. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use third edition. 2001. Report No.: 9789240000032.
20. World Health Organizaton. Tobacco [23.07.2024]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
21. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması, 2022 [23.07.2024]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>.
22. Akgül S, Kutluk T. Çocuk ve Ergenlerde Tütün Kontrolü. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2015.
23. World Health Organizaton. 10 Facts on Gender and Tobacco 2010 [10.08.2024]. 4-]. Available from: www.who.int/gender.
24. Doğanay S, Sözmen K, Kalaça S, Ünal B. Derleme Türkiye ' de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor ? How has the prevalence of smoking changed in Turkey ? *2015;10(2):93-115*.
25. Kipling L, Bombard J, Wang X, Cox S. Cigarette Smoking Among Pregnant Women During the Perinatal Period: Prevalence and Health Care Provider Inquiries - Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, United States, 2021. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2024;73(17):393-8.
26. American Lung Association. What's In a Cigarette? [10.08.2024]. Available from: <https://www.lung.org/quit-smoking/smoking-facts/whats-in-a-cigarette>.
27. Pryor WA. Cigarette Smoke Radicals and the Role of Free Radicals in Chemical Carcinogenicity. *Environ Health Perspect*. 1997;1:875-82.
28. Smith CJ, Perfetti TA, Garg R, Hansch C. IARC carcinogens reported in cigarette mainstream smoke and their calculated log P values. *Food and Chemical Toxicology*. 2003;41(6):807-17.
29. Bates MN. The Chemical Constituents in Cigarettes and Cigarette Smoke : Priorities for Harm Reduction The Chemical Constituents in Cigarettes and Cigarette Smoke : Priorities for Harm Reduction A Report to the New Zealand Ministry of Health Effects Programme , ESR. 2016(January 2000).
30. Silverstein P. Smoking and wound healing. *The American Journal of Medicine*. 1992;93(1):S22-S4.
31. Das SK. Harmful health effects of cigarette smoking. *Molecular and Cellular Biochemistry*. 2003;253(1-2):159-65.

32. Flor LS, Anderson JA, Ahmad N, Aravkin A, Carr S, Dai X, et al. Health effects associated with exposure to secondhand smoke: a Burden of Proof study. *Nature Medicine*. 2024;30(1):149-67.
33. Dünya Sağlık Örgütü. Tütün kontrolünde sağlık profesyonellerinin rolü. Ankara: Tütünsüz Yaşam Derneği; 2005.
34. Warren GW, Alberg AJ, Kraft AS, Cummings KM. The 2014 Surgeon General's report: "The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress": A paradigm shift in cancer care. *Cancer*. 2014;120(13):1914-6.
35. Office on Smoking and Health (US). Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2001.
36. Nusbaum ML, Gordon M, Nusbaum D, McCarthy MA, Vasilakis D. Smoke alarm: A review of the clinical impact of smoking on women. *Primary Care Update for Ob/Gyns*. 2000;7(5):207-14.
37. Míguez MC, Pereira B. Effects of active and/or passive smoking during pregnancy and the postpartum period. *Anales de pediatria*. 2021;95(4):222-32.
38. Blake KV, Gurrin LC, Evans SF, Beilin LJ, Landau LI, Stanley FJ, et al. Maternal cigarette smoking during pregnancy, low birth weight and subsequent blood pressure in early childhood. *Early Human Development*. 2000;57(2):137-47.
39. World Health Organization. New brief outlines devastating harms from tobacco use and exposure to second-hand tobacco smoke during pregnancy and throughout childhood - Report calls for protective policies [10.08.2024]. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-03-2021-new-brief-outlines-devastating-harms-from-tobacco-use-and-exposure-to-second-hand-tobacco-smoke-during-pregnancy-and-throughout-childhood>.
40. Hotham E, Ali R, White J, Robinson J. Pregnancy-related changes in tobacco, alcohol and cannabis use reported by antenatal patients at two public hospitals in South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2008;48(3):248-54.
41. McDonald AD, Armstrong BG, Sloan M. Cigarette, alcohol, and coffee consumption and prematurity. *American Journal of Public Health*. 1992;82(1):87-90.
42. National Health Service. Stop smoking in pregnancy [26.07.2024]. Available from: <https://www.nhs.uk/pregnancy/keeping-well/stop-smoking/>.
43. Demir C, Şimşek Z. Hekimlerin sigara bırakırma davranışları ve ilişkili faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(5):501-10.
44. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report.; 2008.
45. Erdiñç M, Gülmez İ. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, Hekim El Kitabı. Ankara: Sentez Yayıncılık; 2013.
46. Kilic H. Smoking Cessation During the Pregnancy and Postnatal Period. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2017;4(1):136-45.
47. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking, Pregnancy, and Babies [26.07.2024]. Available from: <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/diseases/pregnancy.html#:~:text=And%20smo>

[king%20while%20you're.for%20you%20and%20your%20baby.&text=It's%20best%20to%20quit%20smoking%20before%20you%20get%20pregnant.](#)

48. Bérard A, Zhao JP, Sheehy O. Success of smoking cessation interventions during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016;215(5):611.e1-e8.
49. The National Institute for Health and Care Excellence. Stop smoking interventions and services: NICE guideline [NG92]. NICE guidelines. 2018(March 2018).
50. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Küb/Kt Listesi, Sitizin [Available from: https://titck.gov.tr/storage/Archive/2022/kubKtAttachments/NikitabOnayIKB_2a5a2923-ceab-4e78-82f0-93c6a30a9a95.pdf].
51. Heatherton TF KL, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;9(86):1119-27.
52. Uysal MA, Kadakal F, Karşidag C, Bayram NG, Uysal O, Yilmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz ve toraks*. 2004;52(2):115-21.
53. Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Current researches in anesthesia & analgesia*. 1953;32(4):260-7.
54. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus Newborn, American College of Obstetricians Gynecologists Committee on Obstetric Practice, Watterberg KL, Aucott S, Benitz WE, Cummings JJ, et al. The Apgar Score. *Pediatrics*. 2015;136(4):819-22.
55. Grünebaum A, Pollet S, Lewis D, Jones MDF, Bornstein E, Katz A, et al. Is it time to modify the Apgar score? *American Journal of Obstetrics Gynecology*. 2024;230(3):988-9.
56. Türk Neonatoloji Derneği. Doğum Salonu Yönetimi Rehberi 2021 Güncellemesi. 2021.
57. Casey BM, McIntire DD, Leveno KJ. The Continuing Value of the Apgar Score for the Assessment of Newborn Infants. 2001;344(7):467-71.
58. Hong J, Crawford K, Jarrett K, Triggs T, Kumar S. Five-minute Apgar score and risk of neonatal mortality, severe neurological morbidity and severe non-neurological morbidity in term infants - an Australian population-based cohort study. *The Lancet regional health Western Pacific*. 2024;44:101011.
59. World Population Review. Average Age of Having First Child by Country 2024 [05.08.2024]. Available from: <https://worldpopulationreview.com/>.
60. Türkiye İstatistik Kurumu. Doğum İstatistikleri, 2023 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2023-53708>].
61. Ahmad M, Sechi C, Vismara L. Advanced Maternal Age: A Scoping Review about the Psychological Impact on Mothers, Infants, and Their Relationship. *Behavioral Sciences*. 2024;14(3):147.
62. Sugai S, Nishijima K, Haino K, Yoshihara K. Pregnancy outcomes at maternal age over 45 years: a systematic review and meta-analysis. *American journal of obstetrics & gynecology MFM*. 2023;5(4):100885.

63. Can R, Yılmaz S, Çankaya S, Kodaz N. Gebelikte yaşanan sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Sağlık ve Toplum. 2019;29(2):58-64.
64. Coşkun A, Arslan S, Okçu G. Gebe Kadınlarda Gebelik Algısının Stres, Demografik ve Obstetrik Özellikler Açısından İncelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2020;17(1).
65. Kısa M, Tüzün S, Görükmez S, Dabak MR. Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Gebelerde Güvenli Annelik Bilgi Düzeyi: Kesitsel Bir Çalışma. Journal of One Health Research. 2024;2(2).
66. Resmî Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği [06.08.2024]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.
67. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 925; 2018.
68. Özbaş C, Yılmaz KS. Ankara Gazi Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran gebelerin gebelik takip durumu ve etkileyen faktörlerinin değerlendirilmesi. Turkey Health Literacy Journal. 2023;4(3):89-98.
69. Hazar S, Nacar G, Timur S, Sinen R. Kişilik Özelliklerinin Gebelik Semptomları ve Sağlık Arama Davranışı ile İlişkisi. Bingöl Üniversitesi Sağlık Dergisi. 2024;5(1):82-94.
70. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye; 2019. Report No.: 9754914931.
71. Centers for Disease Control and Prevention. About Stillbirth [06.08.2024]. Available from: <https://www.cdc.gov/stillbirth/about/index.html>.
72. World Health Organization. Stillbirth [06.08.2024]. Available from: https://www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab_1.
73. Karaağaç OH, Biyik İ. Abortus imminens ile başvuran gebelerde bakılan tam kan sayımı parametreleri hangi olgunun gebelik kaybı ile sonuçlanacağını belirleyebilir mi? Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2023;20(4):2009-13.
74. Kanmaz AG, Beyan E, Töz E, Alan M, İnan AH, Budak A, et al. Ölü Doğumun Öngörülmesinde Maternal Sosyodemografik Durum ve İlk Trimester Tarama Testinin Yeri. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi. 2021;31(2).
75. Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. Lancet (London, England). 2006;367(9521):1487-94.
76. Ulgı MM, Birinci S, Altun Ensari T, Gözükara MG. Cesarean section rates in Turkey 2018-2023: Overview of national data by using Robson ten group classification system. Turkish journal of obstetrics and gynecology. 2023;20(3):191-8.
77. World Health Organization. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access [08.08.2024]. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>.
78. World Health Organization. Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması [08.08.2024]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11/WHO_RHR_15.02_tur.pdf?ua=1.

79. Angolile CM, Max BL, Mushemba J, Mashauri HL. Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action. Health science reports. 2023;6(5):e1274.
80. Turan A, Bilgiç F, Yıldız Karaahmet A. Kadınlar Vajinal Doğumu Neden Tercih Etmez?: Türkiye Örneği. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;6(2).
81. Çakmak V, Karkın PÖ, Bolsoy N, Sezer G. Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Emzirme ve Doğum Şekline Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;12(2):443-9.
82. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Çocuk, 2023 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2023-53679>].
83. Şahin E, Büyüksoy GD. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerinin Yenidoğan Sonuçlarına Etkisi: Retrospektif Bir Çalışma. Journal of Child. 2023;23(3):293-300.
84. Turan D. Elektif Sezaryen Operasyonlarında Uygulanan Anestezi Yönteminin, Yenidoğan Bilurubin Seviyesi Üzerine Olan Etkilerinin Karşılaştırılması. Medical Journal of Süleyman Demirel University. 2023;30(4):644-50.
85. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. 2023.
86. Jafari A, Rajabi A, Gholian-Aval M, Peyman N, Mahdizadeh M, Tehrani H. National, regional, and global prevalence of cigarette smoking among women/females in the general population: a systematic review and meta-analysis. Environmental health and preventive medicine. 2021;26(1):5.
87. Martin JA, Osterman MJK, Driscoll AK. Declines in Cigarette Smoking During Pregnancy in the United States, 2016-2021. NCHS data brief. 2023(458):1-8.
88. Edis EK, Bal S. Gebe Kadınların Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkındaki İnanışlarının Belirlenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 7(1):120-7.
89. Yurdakul FE, Karataş Eray İ. Kadınlarda Doğum Şekli ile Postpartum Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2024;28(2):55-62.
90. Seven F, Günay T. Tıp Öğrencilerinin Tütün Kullanım Durumu Ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2023(37).
91. Selim S, Sülükçüler S. Sigara içme süresini etkileyen faktörlerin süre analizi: Türkiye örneği. Bağımlılık Dergisi. 2023;24(4):475-86.
92. Dilcen HY, Öztürk A, Yıldız MN. Gebelikte Sigara Kullanımının Algılanan Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Psikolojik Sağlıkla İlişkisi. Bağımlılık Dergisi. 2021;22(2):161-70.
93. Cengizoglu H, Gölbaşı Z. Gebe kadınların sigara kullanımı ve pasif sigara dumanına maruziyetinin belirlenmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;6(3):78-89.
94. Çınar N, Topal S, Altınkaynak S. Gebelikte sigara kullanımı ve pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerine etkileri. Journal of Human Rhythm. 2015;1(2):52-7.
95. Elbayiyev S, Çakır U. Madde Bağımlısı Anne Bebeklerinin Klinik ve Laboratuvar Özellikleri: Tek Merkez Deneyimi. Bağımlılık Dergisi. 2023;24(1):35-42.

96. Yeşilay. Hamilelikte Madde Kullanımının Zararları [07.08.2024]. Available from: <https://www.yedam.org.tr/hamilelikte-madde-kullaniminin-zararlari#:~:text=Madde%20kullan%C4%B1m%C4%B1%20%C3%B6ncelikle%20annenin%20sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%C4%B1,bu%20durum%20bebe%C4%9Fe%20de%20yans%C4%B1maktad%C4%B1r.>

97. Prince MK, Daley SF, Ayers D. Substance Use in Pregnancy. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.

8. EKLER

EK 1 Veri Toplama Formu

Sayın Katılımcı;

Form No:

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “Gebelerde Sigaranın Yenidoğanın Apgar Skoru ve Doğum Parametreleri Üzerine Etkisi: Konya Örneği” ‘ni saptamak amacıyla yaptığımız bir araştırmadır. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1. Yaşınız:

2. Eğitim düzeyiniz nedir?

A) Okur-Yazar Değil B) İlkokul C) Ortaokul D) Lise E) Üniversite

3. Mesleğiniz:

4. Medeni durumunuz nedir? A) Evli B) Bekar

5. Ailenizin sosyoekonomik durumu sizce nasıldır?

A) Gelir giderden az B) Gelir gidere denk C) Gelir giderden fazla

6. Tanı almış hastalığınız var mı?

A) Yok B)Var ise belirtiniz

7. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

A) Yok B)Var ise belirtiniz

8. Rh uyumsuzluğu var mı? A) Yok B) Var

9. Akraba evliliği var mı? A)Yok B) Var

10. Kaçınıcı gebeliğiniz:

11. Önceki gebelikleriniz:

No	Düşük	Erken doğum	Miadında	Geç doğum	Ölü doğum	Canlı doğum	Anomali

12. Gebeliğiniz süresince kaç kez kontrole gittiniz?

- A) Hiç gitmedim B) 1 - 4 arası C) 5 veya daha fazla

13. Gebelik süresince herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı?

- A) Hayır B) Evet ise belirtiniz

14. Gebeliğiniz süresince sigara veya başka bir tütün ürünü içtiniz mi?

- A) Tütün ürünlerini hiç içmedim
B) Sadece denedim (1-2 kez)
C) Ara sıra, sosyal ortamlarda/özel durumlarda içiyorum
D) Eskiden içerdim, gebelikte bıraktım
E) Her gün sürekli olarak içerdim

15. Gebeliğiniz süresince başka herhangi bir bağımlılık yapıcı madde kullandınız mı?

- A) Hayır B) Evet

16. Evinizde sigara içen var mı?

- A) Hayır yok B) Eşim C) Annem D) Babam
E) Diğerleri

17. Evinizde sigara içiliyorsa bu durum aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?

- A) Evin hiçbir yerinde sigara içilmez
B) Sadece balkonda sigara içilir
C) Evin her yerinde sigara içilebilir
D) Diğer(lütfen yazınız)

18. Önceki gebeliklerinizde sigara kullandınız mı? A) Hayır B) Evet

19. Anneniz size gebe iken tütün ürünü kullanmış mı? A) Hayır B) Evet

20. Kapalı alanlarda sigara içme yasağını destekliyor musunuz? A) Evet B) Hayır

DOĞUM EYLEMİ VE BEBEĞİN ÖZELLİKLERİ

21. Doğum şekliniz? A) Normal B) Sezaryen ise nedeni

22. Doğum sürecinde herhangi bir sorun oldu mu?

- A) Hayır B) Evet ise belirtiniz

23. Bebeğin durumu nedir?

- A) Canlı doğum B) Ölü doğum
C) Yoğun bakım ünitesinde ise nedeni

24. Bebeğin cinsiyeti nedir? A) Kız B) Erkek
25. Boyu:
26. Ağırlığı:
27. Baş çevresi:
28. Gebelik haftası:
29. APGAR skoru 1.dakika: 5.dakika:
30. Kongenital anomali mevcut mu?
A) Yok B) Var ise belirtiniz

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
--

- 1-Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?
() En çok 10 tane (0) () 11-20 tane (1)
() 21-30 tane (2) () 31 tane ve üzeri (3)
- 2-Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir ?
() En çok 5 dakika içinde (3) () 6-30 dakika içinde (2)
() 31-60 dakika içinde (1) () 60 dakikadan fazla sürede (0)
- 3-Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz ?
()Evet (1) ()Hayır (0)
- 4-En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?
()Günün ilk sigarası (1) ()Diğer herhangi biri (0)
- 5-Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?
()Evet (1) ()Hayır (0)
- 6-Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?
()Evet (1) ()Hayır (0)

Toplam Bağımlılık Puanı:

Sigara Tüketimi (Paket/Yıl):

31. Sigara veya tütün ürününü ilk kez kaç yaşında içtiniz?
32. Kaç yıldan beri sigara veya tütün ürünü içiyorsunuz?
33. Günde kaç adet/paket:
34. Sigaraya başlamanızda etkili olan en önemli etmen nedir?
A) Sosyal çevre/arkadaş grubu B) Özentisi ve heves C) Keyif ve zevk
D) Diğer
35. Gebeliğinizde sigara kullanmayı azalttınız mı? A) Hayır B) Evet

36. Sigarayı bırakmayı hiç düşündünüz mü?

- A) Hayır düşünmedim
- B) Evet düşündüm ama girişimde bulunmadım
- C) Evet düşündüm ve girişimde bulundum

37. Sigarayı bırakmayı hiç denediniz mi?

- A) Hayır, hiç denemedim
- B) Evet, bir kez denedim
- C) Evet 2 kez
- D) Evet 3 ve daha fazla kez denedim

38. Son 12 ay içinde sigarayı bırakmayı denediniz mi?

- A) Hayır denemedim
- B) Evet, bir kez denedim
- C) Evet birden fazla kez denedim

39. Son 12 ay içinde sigarayı bırakmak için bir yöntem kullandınız mı? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- A) Hiçbir yöntem kullanmadım
- B) Sadece nikotin bandı kullandım
- C) Nikotin bandı ve cikleti kullandım.
- D) Sigara bıraktırma ilacı(champix, zyban) kullandım
- E) Bu yöntemlerin hiçbirini kullanmadım ama bunlar dışındaki yöntemlerden kullandım (akupunktur, biyorezonans, tütüne son gibi yöntemler)
- F) Diğer

40. Sigarayı bıraktınız mı? A) Evet, bıraktım B) Hayır, bırakmadım

41. Sigarayı bıraktıysanız aşağıdaki faktörlerden herhangi biri etkili oldu mu?

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- A) Zararlarını düşünerek kendi kararım ile bırakmak istedim
- B) Sağlık sorunum olduğu için bırakmak istedim
- C) Arkadaşlarımın / ailemin etkisi ile bırakmak istedim
- D) Kapalı yerlerde sigara içilmesi yasak olması nedeniyle sigara bırakmayı istedim.
- E) Sigaranın zararları konusunda TV de yayınlanan filmlerden etkilendim
- F) Etrafıma kötü örnek olduğumu düşündüğüm için bırakmak istedim
- G) Gebe olduğum için, bebeğe zarar vereceği düşüncesiyle bırakmak istedim