

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI

**EBE VE HEMŞİRELERİN, GEBELERDE SİGARA
İÇİMİNİN AZALTILMASI VE SİGARA
DUMANINDAN KORUNMADAKİ ROLLERİNİN
İNCELENMESİ VE GELİŞTİRİLMESİ**

NURİYE ERGÜL KARAKUŞ

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2007

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI

**EBE VE HEMŞİRELERİN, GEBELERDE SİGARA
İÇİMİNİN AZALTILMASI VE SİGARA
DUMANINDAN KORUNMADAKİ ROLLERİNİN
İNCELENMESİ VE GELİŞTİRİLMESİ**

NURİYE ERGÜL KARAKUŞ

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: PROF. DR. GÜL ERGÖR

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr. Nuriye Ergöl Karakuş'un “**Ebe ve Hemşirelerin, Gebelerde Sigara İçiminin Azaltılması ve Sigara Dumanından Korunmadaki Rollerinin İncelenmesi ve Geliştirilmesi**” adlı uzmanlık tezi 16.8.2007 tarihinde yapılan değerlendirmede başarılı bulunmuştur.

Jüri Başkanı
(Tez Danışmanı)
Prof. Dr. Gül Ergör

Jüri Üyesi
Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Jüri Üyesi
Yard. Doç. Dr. Bülent Kılıç

Jüri Üyesi
Yard. Doç. Dr. Türkan Günay

Jüri Üyesi
Yard. Doç. Dr. Yücel Demiral

İÇİNDEKİLER

İçindekiler.....	i
Tablo Dizini	iii
Şekil Dizini.....	iv
Ek Dizini.....	iv
Kısaltmalar	iv
Teşekkür.....	v
Özet.....	1
Abstract	2
1. GİRİŞ.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Tütün Kullanımının Tarihçesi.....	4
2.1.1 Osmanlı İmparatorluğu'nda Tütün Kullanımının Tarihçesi.....	5
2.1.2 Tütün Kullanımının Sağlık Etkilerinin Tarihçesi.....	5
2.2 Dünya'da Tütün Salgınının Boyutları.....	5
2.3 Türkiye'de Tütün Salgınının Boyutları.....	7
2.4 Tütün Ürünleri Kullanımının Yaygınlaşmasında Sigara Endüstrisinin Etkisi.....	7
2.5 Sigara Tüketimi.....	10
2.6 Tütün Kullanımının Maliyeti.....	10
2.7 Sigaranın İçeriği.....	11
2.8 Tütün Kullanımının Sağlığa Etkileri.....	11
2.9 Pasif İçiciliğin Sağlık Etkileri.....	12
2.10 Dünya'da Tütün Kullanımına Bağlı Ölümölmler.....	13
2.11 Türkiye'de Tütün Kullanımına Bağlı Ölümölmler.....	14
2.12 Tütün ve Kadın.....	14
2.13 Tütün Kullanımının Kadın Sağlığına Etkileri	16
2.14 Gebelerde Tütün Kullanımı.....	18
2.15 Gebelikte Tütün Kullanımının Anne ve Bebek Sağlığına Etkileri.....	18
2.16 Tütün Kontrolü.....	19
2.16.1 Tütün Ürünlerine Talebin Azaltılmasına Yönelik Önlemler.....	19
2.16.2 Tütün Ürünlerine Arzın Azaltılmasına Yönelik Önlemler.....	21
2.17 Tütün Kontrol Yöntemlerinin Kanıtı Dayalı Etkinlikleri	22
2.18 Ülkemizde Tütün Kontrolü Amacıyla Yapılan Düzenlemeler.....	23
2.19 Sağlık Çalışanlarının Tütün Kontrolündeki Rollerleri.....	25
2.20 Gebelerde Tütün Kullanımını Azaltmaya Yönelik Başarılı Girişim Çalışmaları	27
2.21 Öğrenme ve Eğitim.....	29
2.22 Andragoji Kuramı.....	29
2.23 Yetişkinlerin Öğrenme Özellikleri.....	31
3. AMAÇ.....	33
4. YÖNTEM.....	34
4.1 Araştırma Tipi.....	34
4.2 Araştırma Evreni.....	34

4.3 Örnek Büyüklüğü.....	34
4.3.1 Sağlık Ocaklarının Seçimi ve Gebe Örneğinin Belirlenmesi.....	35
4.3.1.1 Evrenin Belirlenmesi.....	36
4.3.1.2 Sağlık Ocaklarının Seçimi.....	36
4.3.2 Ebe ve Hemşire Örneğinin Belirlenmesi.....	37
4.4 Değişkenler.....	37
4.5 Sonuç Değişkenleri.....	37
4.6 Tanımlayıcı Değişkenler.....	39
4.7 Ebe ve Hemşireye İlişkin Değişkenlerin Tanımlanması.....	40
4.8 Gebeye İlişkin Değişkenlerin Tanımlanması.....	41
4.9 Araştırmanın Uygulanması ve Girişim Yöntemi.....	43
4.10 Eğitim Planı ve Uygulanması.....	44
4.11 Veri Toplama Yöntemi.....	46
4.12 Veri Çözümlemesi.....	46
4.13 Araştırmanın Bütçesi.....	46
4.14 Araştırma Etik Onayı ve İzinler.....	46
4.15 Zaman Çizelgesi.....	47
4.15 Ebe ve Hemşirelerde Ulaşma Oranı.....	47
4.16 Gebelerde Ulaşma Oranı.....	48
5. BULGULAR.....	49
5.1 Birinci Bölüm.....	49
5.1.1 Araştırma Grubundaki Ebe ve Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	49
5.1.2 Ebe ve Hemşirelerin, Girişim Öncesi, Sigara Danışmanlığı ile İlgili Tutumu ve Danışmanlık Davranışı.....	53
5.1.3 Ebe ve Hemşirelerin, Girişim Sonrası, Sigara Danışmanlığı ile İlgili Tutumu ve Danışmanlık Davranışı.....	58
5.2 İkinci Bölüm.....	63
5.2.1 Araştırma Grubundaki Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	63
5.2.2 Gebelerin Girişim Öncesi Sigara İçme ve Pasif İçicilik Özellikleri.....	68
5.2.3 Gebelerin Girişim Sonrası Sigara İçme ve Pasif İçicilik Özellikleri.....	70
6. TARTIŞMA.....	73
6.1 Araştırma Grubundaki Ebe ve Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	74
6.2 Ebe ve Hemşirelerin, Girişim Öncesi, Sigara Danışmanlığı ile İlgili Tutumu ve Danışmanlık Davranışı.....	75
6.3 Ebe ve Hemşirelerin, Girişim Sonrası, Sigara Danışmanlığı ile İlgili Tutumu ve Danışmanlık Davranışı.....	77
6.4 Araştırma Grubundaki Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	79
6.5 Gebelerin Girişim Öncesi Sigara İçme ve Pasif İçicilik Özellikleri.....	81
6.6 Gebelerin Girişim Sonrası Sigara İçme ve Pasif İçicilik Özellikleri.....	83
7. KISITLILIKLAR.....	86
8. SONUÇLAR.....	88
9. ÖNERİLER.....	88
10. KAYNAKLAR.....	89
11. EKLER.....	96

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Bazı Endüstrileşmiş Ülkelerde Yıllara Göre Sigara İçicilik Sıklıklarındaki Değişim.....	6
Tablo 2. Dünya’da 1990-1999 Yılları Arasında Sigara Tüketiminde En Hızlı Artış Olan Ülkeler.....	10
Tablo 3. Sigara İçilmesi Nedeniyle Oluşan ya da Oluştduğundan Kuşkulanan Hastalıklar.....	12
Tablo 4. Dünya’da Yaşa ve Cinsiyete Göre Sigara İçicisi Sayısı ve Sigara İçme Sıklığı, 1995.....	14
Tablo 5. Dünya’da Erkek ve Kadınlarda Gelir Düzeyine Göre Sigara İçme Sıklığı, 1995.....	15
Tablo 6. Bazı Ülkelerde Cinsiyete Göre Sigara İçme Sıklığı.....	15
Tablo 7. Tütün Kontrol Yöntemleri ve Etkinlikleri.....	22
Tablo 8. 5A Kısa Danışmanlık Yaklaşımı.....	26
Tablo 9. Sağlık Davranış Değişimi için Kuramsal Değişim Modeli	27
Tablo 10. Ebe ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	49
Tablo 11. Ebe ve Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ve İşlerinden Memnuniyetleri.....	50
Tablo 12. Ebe ve Hemşirelerin İşlerinden Memnun Olmama Nedenleri.....	51
Tablo 13. Ebe ve Hemşirelerin Sigara İçme Durumuna İlişkin Özellikleri, Sigara Eğitimi Alma Durumu.....	51
Tablo 14. Ebe ve Hemşirelerin, İşyerlerinde Sigara İçilebildiğini Belirttikleri Yerler	52
Tablo 15. Başlangıçta Olumlu Tutum Önergelerine Verilen Yanıtlar.....	53
Tablo 16. Başlangıçta Olumsuz Tutum Önergelerine Verilen Yanıtlar	54
Tablo 17. Başlangıçtaki Olumlu Tutum Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 18. Başlangıçtaki Olumsuz Tutum Puanlarının Karşılaştırılması	56
Tablo 19. Başlangıçta, Danışmanlık Davranışı Önergelerine Verilen Yanıtlar.....	56
Tablo 20. Başlangıçtaki, Danışmanlık Davranışı Puanlarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 21. Başlangıç Doğru Danışmanlık Davranışı	57
Tablo 22. Girişim Sonrası Olumlu Tutum Önergelerine Verilen Yanıtlar.....	58
Tablo 23. Girişim Sonrası Olumsuz Tutum Önergelerine Verilen Yanıtlar	59
Tablo 24. Girişim Sonrası, Olumlu Tutum Puanlarının Karşılaştırılması	60
Tablo 25. Girişim Sonrası, Olumsuz Tutum Puanlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 26. Girişim Sonrası, Danışmanlık Davranışı Önergelerine Verilen Yanıtlar.....	61
Tablo 27. Girişim Sonrası, Danışmanlık Davranışı Puanlarının Karşılaştırılması	62
Tablo 28. Girişim Sonrası, Doğru Danışmanlık Davranışı.....	62
Tablo 29. Gebelerinin Sosyodemografik Özellikleri.....	63
Tablo 30. Gebelerin Doğurganlık Özellikleri.....	65
Tablo 31. Gebelerin Süreğen Hastalık, Gebelikte Sağlık Sorunu Varlığı ve Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Özellikleri.....	66
Tablo 32. Gebelerin Eş, Birlikte Yaşadıkları Aile Üyelerinin Sigara İçicilik Özellikleri.....	67
Tablo 33. Gebelerin Başlangıçtaki Sigara İçme ve Pasif İçicilik Özellikleri.....	68
Tablo 34. Girişim Sonrası Gebelerin (Annelerin) Sigara İçme ve Pasif İçicilik Özellikleri.....	70
Tablo 35. Girişim Öncesi ve Sonrası Girişim Grubundaki Gebelerin Sigara İçme Özellikleri.....	71
Tablo 36. Girişim Öncesi ve Sonrası Kontrol Grubundaki Gebelerin Sigara İçme Özellikleri.....	71

Tablo 37. Sigarayı Bırakan Gebelerin Bırakmalarında Etkili Olduğunu Belirttikleri Nedenler.....	72
---	----

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Philip Morris Şirketinin Tütünden Elde Ettiği Karın Yıllar İçindeki Değişimi	9
---	---

EK DİZİNİ	96
Ek-1 Önergeler.....	96
Ek-2 Tartışma Olguları.....	97
Ek-3 Etik Kurul Onayı.....	98
Ek-4 Anketler.....	99
Ek-5 Eğitimde Kullanılan Sunumun Kayıtlı Olduğu CD	

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
PM	Philip Morris
BAT	British American Tobacco
JTI	Japon Tobacco International
IMF	International Monetary Fund
ÇSD	Çevresel Sigara Dumanı
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları
TKÇS	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
S	Standart Sapma
M-W U	Mann Whitney U

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimin oluşturulması sürecinin tüm aşamalarında kendisinden çok şey öğrendiğim danışmanım Prof. Dr. Gül Ergör'e emeği, desteği ve katkısı için teşekkür ederim.

Halk sağlığına yönelik bilgi ve donanımı kazanmamda emeği olan DEÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri; Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu, Prof. Dr. Reyhan Uçku, Doç. Dr. Belgin Ünal, Doç. Dr. Alp Ergör, Yard. Doç. Dr. Bülent Kılıç, Yard. Doç. Dr. Türkan Günay, Yard. Doç. Dr. Yücel Demiral ve Öğr. Gör. Dr. Ahmet Soysal'a teşekkür ederim.

Eğitimim boyunca desteğini hep hissettiğim ve çok şey paylaştığım Araş. Gör. Dr. Pembe Keskinoglu'na veri toplama sürecindeki büyük desteği için teşekkür ederim. Araş. Gör. Dr. Hale Arık'a ve Araş. Gör. Hakan Baydur'a tezime olan katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Tezimin alan çalışması sırasında yardımlarını esirgemeyen Konak Sağlık Grup Başkanı Dr. İbrahim Padır, yardımcıları Dr. Nuray Yüçetin ve Dr. Asuman Güzelant'a teşekkür ederim.

Araştırmanın veri toplaması ve uygulanması aşamasında beni konukseverlikle karşılayan ve destek olan Karabağlar II, Günaltay, Kılıçreis, Umut, Yüzbaşı Şerafettin, Fahrettin Altay, Hatay II No'lu Sağlık Ocakları'nın ebe ve hemşireleri başta olmak üzere sorumlu hekim ve tüm personeline teşekkür ederim.

ÖZET

Araştırmanın temel amacı; gebelerde sigara içiminin azaltılması ve sigara dumanından korunma konusunda, ebe ve hemşirelerin, aktif, destekleyici rol geliştirmelerine katkı sağlayacak bir girişimde bulunmaktır.

Girişimsel tipteki bu araştırma için, Konak Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocakları sosyoekonomik duruma göre iyi-orta-kötü düzey olarak tabakalanmıştır. Kötü sosyoekonomik düzeyden iki, orta düzeyden iki, iyi düzeyden üç sağlık ocağı rasgele seçilmiş ve bu sağlık ocaklarındaki dördüncü ayındaki tüm gebeler araştırmaya alınmıştır (n=307). Bu yedi sağlık ocağındaki 40 ebe ve hemşire çalışmaya dahil edilmiştir. Sağlık ocakları üçü girişim ve dördü kontrol olmak üzere randomize edilmiştir.

Araştırmanın başlangıcında, ebe ve hemşirelerin sigara danışmanlığı ile ilgili tutum ve davranışlarını incelemeye ve gebelerdeki sigara içme sıklığını saptamaya yönelik anketler uygulanmıştır. Girişim grubundaki ebe ve hemşirelere, sigara içme ve sigara danışmanlığı konusunda eğitim verilmiştir. Eğitimin ilk aşaması iki saat süren seminerdir. İkinci aşama, olgular üzerinden danışmanlığa yönelik yürütülen bir saatlik bir tartışmadır. Ebe ve hemşirelere, eğitimden ortalama beş ay sonra başlangıçtaki tutum ve davranış anketi tekrar uygulanmıştır. Danışmanlıkların alana yansımaları değerlendirmek için, gebelerden doğum yaptıkları ilk üç ay içinde sigara bilgileri tekrar toplanmıştır.

Veri çözümlemesinde, sayım değişkenlerinde Ki-kare, Fisher'in Kesin Testi, sürekli değişkenlerde ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Eğitim öncesi girişim ve kontrol gruplarındaki ebe ve hemşirelerin, tutum ve davranış önermelerine verdikleri yanıtlar, tutum ve davranış puanları ve doğru danışmanlık davranışları birbirine benzerdir. Başlangıçta girişim grubundaki gebelerin %20.0'ı, kontrol grubundakilerin ise %20.3'ü sigara içmektedir. Ayrıca girişim grubundaki gebelerin %53.3'ü, kontrol grubundakilerin ise %46.2'si evlerinde pasif içicidir. Eğitim sonrası girişim grubunun danışmanlık davranışı puanları anlamlı olarak yüksektir. Doğru danışmanlık davranışı girişim grubunda daha yüksek olmasına karşın anlamlı fark saptanmamıştır. Sonraki görüşmede girişim ve kontrol gruplarındaki gebelerin sigara içme ve pasif içicilik sıklıklarının azaldığı saptanmasına karşın iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Sonuç olarak bu girişim çalışmasıyla sınırlı da olsa başarı elde edilmiştir.

Anahtar sözcükler: gebelik, sigarayı bıraktırma, ebe ve hemşire, eğitim, danışmanlık

ABSTRACT

Main objective of the study is to conduct an intervention program for nurses and midwives in order to improve their skills in prevention of smoking among pregnant women.

For this intervention study, the public health centers of Konak district has been stratified according to their socioeconomic levels as good-fair-poor. Two centers from the poor socioeconomic level, two from the fair level and three from the good socioeconomic level has been randomly and all pregnant women who were on the fourth month have been recruited from these centers (n=307). In these seven centers there were 40 midwives and nurses who were included for our study. Three centers have been randomized to intervention group and four centers to control group.

At baseline, a questionnaire has been applied to recruited pregnant women to determine the prevalence of smoking and to investigate the skills and attitudes of nurses and midwives about smoking counseling. A training program, covering two-hour lecture and one-hour discussion about smoking counseling, has been conducted among the nurses and midwives of intervention group. Questionnaire has been reapplied to nurses and midwives after five months to see the change in attitude and skill. In order to assess the effect of counseling, the smoking information of pregnant women has been collected in three months period after the delivery.

Chi-square and Fisher's exact test has been used for categorical variables and Mann-Whitney U test has been used for continuous variables for statistical data analysis.

There were no differences between the nurses and midwives of intervention and control groups in terms of answers to skill and attitude questions, skill and attitude scores and proper counseling attitudes at baseline. The 20 % of pregnant women in intervention group and 20.3 % in control group were smoking at baseline. The 53.3 % of pregnant women in intervention group and 46.2 % in control group were passive smokers at their home at baseline. The counseling attitudes scores of intervention group were significantly higher than the control group after training. Although proper counseling scores were higher in intervention group, no significant difference has been detected. Although rates of smoking and passive smokers decreased during the subsequent interview, no significant difference has been detected. In conclusion, it has been obtained a successful result from this interventional study, although limited.

Key words: pregnancy, smoking cessation, nurse and midwife, training, counseling

1. GİRİŞ

Tütün kullanımı tüm insanlığı tehdit eden en önemli sağlık riskleri arasında yer almaktadır. Dünya’da yaklaşık 1.3 milyar insan sigara ve diğer tütün ürünlerini içmektedir¹. Sigara içme sonucu 2000 yılında 4.9 milyon erken ölüm ortaya çıkmıştır^{2,3}. Bugünkü sigara içme eğilimleri devam ettiğinde, 2025-2030’larda sigaraya bağlı her yıl 10 milyon ölüm olması beklenmektedir^{1,4,5}. Tütün kullanımının sağlığa zararlı etkilerinin açıklanmasından sonra gelişmiş ülkelerde tütün kullanımı azalmakta buna karşın gelişmekte olan ülkelere artmaktadır^{1,2,4,6,7}. Gelişmekte olan ülkelere özellikle kadınlar arasında sigara kullanımı yaygınlaşmaktadır⁶. Sigara içen pek çok kadının gebelikte de sigara içmeyi sürdürdüğü bilinmektedir⁶.

Ülkemizde, sigara içicilik sıklığı 15 yaş ve üzeri erkeklerde %62.8, kadınlarda %24.3, tüm nüfusta ise %43.6’dır⁸. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2003’de, gebelerin %15’inin, emzirenlerin ise %20’sinin sigara içtiği belirtilmektedir⁹. İzmir’de yapılan bir araştırmada ise gebe kadınlarda sigara içme sıklığı %29 bulunmuştur¹⁰. Gebelik döneminde sigara içicilik sıklığının %20-30’u aştığı bölgelerde, gebe kadını sigaranın ciddi sağlık sonuçları konusunda aydınlatmak, bebeklerinin sağlığını güvence altına almaları konusunda isteklendirerek, sigarayı bırakmaları ve doğum sonrası tekrar başlamalarının engellenmesi, kadın ve çocuk odağındaki halk sağlığı çalışmalarının en önemli önceliğidir⁶.

Başlıca sağlık risklerinden olan sigaraya karşı savaşmada, güvenilir bilgi kaynağı olmaları, toplumun büyük bir bölümüne ulaşmaları ve örnek oluşturmaları nedeniyle tüm sağlık çalışanlarının görev alması gereklidir. Sağlık çalışanlarından alınan tütünün zararları konusunda kısa bilgilendirme ve bırakma önerilerinin, tütün kullanımında belirgin azalmalar sağladığı bilinmektedir¹¹. Ülkemizde, birinci basamakta en fazla doğum öncesi bakımı gerçekleştiren ebelerin, sigara içen gebeleri tespit etmesi, sigarayı bırakmanın önemini tartışması ve bırakmayı önermesi ile gebelerde sigara kullanımının azaltılacağı düşüncesi ile bu araştırma gerçekleştirilmiştir. Ayrıca gebe izlemlerinde, pasif sigara içiciliğinin yarattığı sağlık riskleri konusunda gebe, eşi ve diğer aile üyelerinin uyarılmasıyla pasif içiciliğin de azalacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Tütün Kullanımının Tarihçesi

Tütün tarımının Milattan Önce 6000 yılında Amerika kıtasında başladığı ve bu tarihten 4,500 yıl sonra Orta Amerika'da yaşayan Mayalar'ın tütün kullandığı tarih kitaplarında belirtilmiştir. Avrupalılar tütünü, 1492 yılında Küba'ya ayak basan Christopher Columbus sayesinde öğrenmişlerdir. Yerliler dini törenlerde ve şölenlerde keyifle içtikleri tütünü Avrupa'dan gelen denizcilere de ikram etmişler ve Tobacos olarak tanıtmışlardır¹².

Fransa'nın Portekiz elçisi Jean Nicot yardımıyla tütün Avrupa'ya yayılmıştır. Elçi 1560 yılında Fransa Kralı II. Henry'nin ölmesiyle depresyona giren eşi Kraliçe Catherine de Medici'ye tütün tohumu göndermiştir. Sarayın bahçesine ekilen tohumlardan elde edilen tütünler kraliçenin migren türü baş ağrısını geçirdiği için bu tarihten sonra tütünün keyif ve cesaret verici özelliklerinden başka ilaç olarak da etkili olduğu Avrupa'ya yayılmıştır. Tütün bitkisi bu tarihten sonra botanik dilinde Nicotiana, halk dilinde ise Kraliçe Otu olarak anılmaya başlamıştır^{4,12}.

İlk olarak 1619'da Amerika'dan Londra'ya dokuz tonluk tütün ihracatı gerçekleştirilmiştir. Sigara yapan ilk makineler 1881 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılmıştır. İngiltere'de 1901 yılında Imperial Tobacco ve British American Tobacco şirketleri kurulmuştur. Sigara endüstrisinin dev firması R.J. Reynold ilk ürünü olan Camel'i 1913 yılında piyasaya sürmüştür¹².

Rus Çarı Büyük Petro, 1710 yılında Rus halkının kahve ve sigara içerek Avrupalılara benzemelerini istemiştir. Çin ve Hindistan halkı tütün kullanımını, 1530-1600 yılları arasından Japonlar ve Filipinliler'den öğrenmişlerdir. Afrika'ya tütün, 1560 yılında İspanyol ve Portekizli denizciler tarafından götürülmüş, kısa zamanda tüm kıtada yayılmıştır. Yeni Zelanda, 1769 yılında Avustralya kıtasını keşfeden Kaptan James Cook'un ağzında tütüdüğü pipo ile tütünü tanımıştır. Kıtaya gemilerle ilk tütün sevki 1788 yılında olmuştur¹².

Tütün endüstrisi en büyük atılımı Birinci ve İkinci Dünya Savaşları sırasında yapmıştır. Bu savaşlar sonunda Dünya'da dört erkekten üçü, beş kadından biri sigara içmektedir^{12,13}.

2.1.1 Osmanlı İmparatorluğu’nda Tütün Kullanımının Tarihçesi

Osmanlıların tütünle tanışması 1500’lü yıllarda Mısır’da gerçekleşmiştir. On yedinci yüzyılda Venedik, Portekiz ve Cenova’lı denizcilerin İstanbul’a gelişi ile tütün kullanımı İstanbul’da yayılmaya başlamıştır. Aynı yıllarda I. Ahmet tütün kullanımını şeyhülislamın yayınladığı bir fetva ile yasaklamıştır. I. Ahmet’in oğlu IV. Murat tütüne koyduğu yasaklarla bilinir; ölümünden önceki son beş yılda yasaklara uymayan 25,000 kişiyi öldürttüğü söylenmektedir. Daha sonraki dönemlerde, Batı Trakya’nın Yenice, İskeçe ve Kavala kentlerinde başlayan tütün tarımı Anadolu’ya da yayılmıştır. Şark Tütünü olarak bilinen Türk Tütünü, Dünya’da çok sevilir hale gelmiş, Karadeniz’in kuzey kıyı kentlerine, Kuzey Denizi ve Baltık Denizi sahillerindeki kentlere ihraç edilmiştir. Kırım Savaşı’nda Osmanlı askerleri, İngiliz ve Fransız subaylarının kıyılmış şark tütününü kağıda sararak sigara şeklinde içtiklerini görmüşler ve bu kullanış şeklini benimsemişlerdir. Osmanlı hükümeti ekonomik nedenlerle tütün ekiminin yarı hissesini 1884 yılında Fransız Reji şirketine vermiştir. Türkiye Cumhuriyeti’nde, 4 Mart 1925’te Ulusal Tekel’in kurulmasıyla birlikte Fransız Reji şirketi ülke dışına çıkarılmıştır¹².

2.1.2 Tütün Kullanımının Sağlık Etkilerinin Tarihçesi

Tütünün kullanılmaya başlanmasıyla birlikte sağlık etkileri de ortaya çıkmaya başlamıştır. İngiltere’de, 1761 yılında John Hill, tütün enfiyesi kullananlarda burun kanseri riskinin arttığını ortaya koymuştur. Almanya’da, 1795 yılında Samuel Thomas von Soemmering pipo içenlerde dudak kanseri oluştuğunu rapor etmiştir. Dünyada ilk kez 1939 yılında Birleşik Amerikalı Ochsner sigara ile akciğer kanseri arasında ilişki olduğunu ortaya atmıştır. Amerika’da, 1964 yılında Surgeon General raporu ile sigaranın erkeklerde akciğer kanseri yaptığı duyurulmuştur. Richard Doll ve Richard Peto isimli iki İngiliz tıp doktoru, 1951-1962 yılları arasında 40,000 doktor üzerinde yaptıkları çalışmalarla, tütünün birbirinden farklı 24 çeşit hastalık yaptığını, düzenli sigara içenlerin yarısının 20-30 yıl sonra sigaraya bağlı hastalıktan erken yaşta öleceklerini ortaya çıkarmıştır. Japon Hirayama, 1981 yılında pasif içiciliğin tehlikesini bildirmiştir^{4,12}.

2.2 Dünya’da Tütün Salgınının Boyutları

Tütün kullanımı tüm insanlığı tehdit eden en önemli sağlık riskleri arasında yer almaktadır. Şu an Dünya çapında yaklaşık 1.3 milyar insan (bir milyardan fazlası erkek ve 250 milyon kadarı

kadın olmak üzere) sigara ve diğer tütün ürünlerini içmektedir¹. Sigaranın sağlığa zararlı etkilerinin açıklanmasından sonra gelişmiş ülkelerde tütün kullanımı azalmasına karşın, gelişmekte olan ülkelere artmaktadır^{1,2,4,6,7}. Sigara içenlerin %80'ine yakınının düşük ve orta gelirli ülkelere yaşadığı bilinmektedir⁵. Gelişmiş ülkelere erkeklerin %35'i, kadınların %22'si, gelişmekte olan ülkelere ise erkeklerin %50'si, kadınların %9'u sigara içmektedir. Üstelik bu gelişmekte olan ülke rakamlarına Asya'da tütün çiğnemekte olan pek çok kadın dahil edilmemiştir⁴.

Tablo 1. Bazı Endüstrileşmiş Ülkelerde Yıllara Göre Sigara İçicilik Sıklıklarındaki Değişim

Ülkeler	1960	1970	1980	1990	2000
Erkek					
Japonya (15 yaş ve üzeri)	81	78	70	61	54
İngiltere (16 yaş ve üzeri)	61	55	42	31	28
Amerika (18 yaş ve üzeri)	52	44	38	28	26
Kadın					
Japonya (15 yaş ve üzeri)	13	16	14	14	14
İngiltere (16 yaş ve üzeri)	42	44	37	29	26
Amerika (18 yaş ve üzeri)	34	32	30	23	22

Kaynak: The Tobacco Atlas. WHO, 2002.

1960'lardan 2000 yılına gelindiğinde erkeklerde içicilik sıklıkları, Japonya'da %81'den %54'e, Amerika'da %52'den %26'ya, İngiltere'de %61'den %28'e düşmüştür⁴. Oysa gelişmekte olan ya da siyasi değişimlere paralel sosyal, ekonomik, kültürel değişimler yaşanan bazı ülkelere sigara içiciliğindeki artış çok belirgindir. Günümüzde Çin, Rusya Federasyonu, Arnavutluk, Romanya, Litvanya, Yemen, Kenya, Tunus, Kamboçya, Namibya ve Türkiye'de erkeklerin %60'dan fazlası sigara içmektedir⁴. Kadınlardaki içicilik düzeyinde Amerika, İngiltere, Avustralya, Kanada gibi ülkelere dikkate değer düşüşler gözlenmektedir⁴. Bunun tersine gelişmekte olan ülkelere ve birkaç Güney, Orta, Doğu Avrupa ülkesinde kadınlardaki sigara içiciliği giderek artmaktadır⁴.

Tütün içiciliğine yetişkinlikten önce başlanmaktadır. Genç içicilerin, yaklaşık dörtte birini 10 yaşından önce sigara içmeye başlamış çocuklar oluşturmaktadır⁴. Fiji, Gana, Nijerya, Güney

Amerika, Sri Lanka ve Zimbabve'deki gençler, arkadaşlarının erkek cinsiyetinde olanlarının %40'dan daha fazlasının sigara içtiğini düşünmektedir⁴. Rusya Federasyonu, Ukrayna, Bolivya, Şili, Endonezya, Filipinler ve Singapur'da 13-15 yaş arası genç erkeklerin %30'dan fazlası içicidir. Amerika, Rusya Federasyonu, Polonya, Küba, Güney Amerika gibi ülkelerde ise 13-15 yaşındaki genç kızlar arasında sigara içiciliği %20-29 arasında değişmektedir⁴.

2.3 Türkiye'de Tütün Salgınının Boyutları

Tütün salgını tüm Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de de en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Ülkemizde 1988 yılında yapılan bir araştırmaya göre, 15 yaş ve üzeri erkeklerin %62.8'i, kadınların %24.3'ü, tüm nüfusun ise %43.6'sı sigara içmektedir⁸. Türkiye'deki kardiyovasküler hastalıkların risk etmenlerinin değerlendirildiği 2000 yılında yayımlanan bir derlemede, yetişkinlerde sigara içiciliği erkeklerde %58.0, kadınlarda %22.0 olarak belirtilmiştir¹⁴. Satman ve arkadaşlarının 2002 yılında yayımladığı ülke çapında yapılan diğer bir araştırmaya göre erkeklerin %50.9'u, kadınların %10.9'unun sigara içtiği saptanmıştır¹⁵. Bölgesel çalışmalarda daha yüksek içicilik sıklıkları bulunmuştur. Ankara'da düşük-orta gelirli bir bölgede, 25-64 yaş grubunda yapılan bir araştırmada erkeklerin %64.8'i, kadınların %20.1'i sigara içmektedir¹⁶. İstanbul'da yapılan diğer bir araştırmaya göre erkeklerin %63.6'sı, kadınların %55.6'sı düzenli sigara içicisidir¹⁷. İzmir'in Konak İlçesi'nde yapılan 2007 yılında yayımlanan diğer bir çalışmada erkeklerin %77.1'i, kadınların %39.3'ü sigara içtiğini belirtmiştir¹⁸.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre Türkiye'deki 15-18 yaş arası genç erkeklerin %23.1'inin, genç kadınların %14.8'inin sigara içtiği belirtilmektedir². Ülkemizdeki 15 kentte 6,012 ergende yapılan bir çalışma da sigara içiciliği, 13-14, 15, 16-17 yaş erkeklerde sırasıyla %14.1, %27.3, %33.2 bulunmuştur. Aynı çalışmada 13-14, 15, 16-17 yaş kadınlarda içicilik sıklıkları sırasıyla %4.3, %13.0, %18.3'tür¹⁹.

2.4 Tütün Ürünleri Kullanımının Yaygınlaşmasında Sigara Endüstrisinin Etkisi

Dünya çapında, bazıları ulusal ve devletlerin sahibi olduğu 120'den fazla tütün ürünleri üretim şirketi bulunmaktadır. Dünya sigara pazarının yaklaşık %40'ı uluslararası sigara şirketlerinin elindedir. En büyük üç uluslararası şirketin toplam net karı, Dünya'daki 35 en zengin ülke dışındaki tüm ülkelerin ulusal gelirini geçmektedir. Bu şirketler, Altria Grup

(eskiden Philip Morris, PM, olarak bilinirdi), British American Tobacco (BAT) ve Japon Tobacco International (JTI) her yıl 100 milyar dolara yakın gelir elde etmektedir⁷.

Tütün endüstrisinin temel hedefi sigara satışından elde edilen karı sürekli artırmaktır. Bu da pazarın geliştirilmesi ile mümkündür. Pazarın geliştirilmesi için en önemli iki yol sigara reklamları ve tütün kullanımının yayılmasını durdurmaya yönelik etkin önlemlerin alınmasının engellenmesidir. Halk sağlığı açısından tütün kontrolü amacıyla etkin girişimlerin planlanabilmesi için, endüstrinin tütün kullanımını başlatma ve sürdürme yöntemlerinin iyi bilinmesi gerekir⁷. Bu yöntemler:

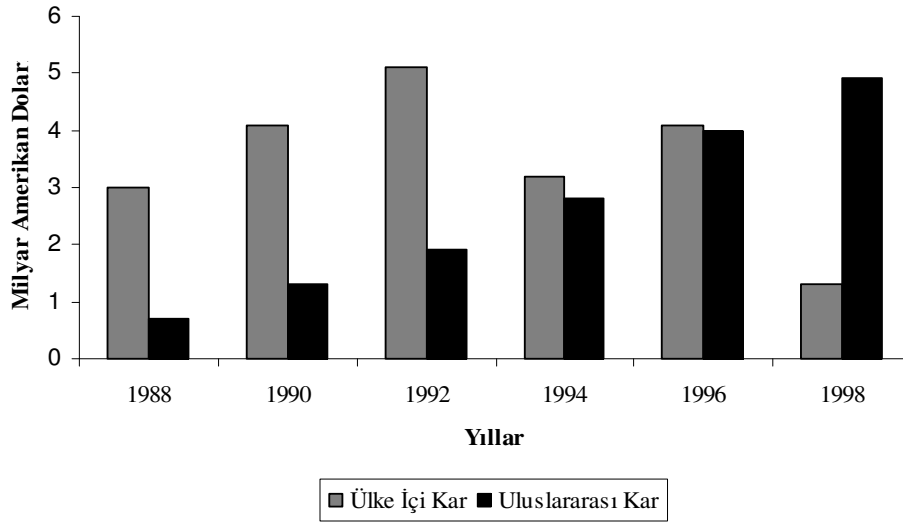
- Sigaranın zararlı sağlık etkilerinin bilimsel bulgularını saptırmaya yönelik (hastalık ve nikotin bağımlılığı gibi konularda) araştırmaları finanse etmek
- Sigaranın sağlık sonuçlarını yalanlamak
- Halka iş ve ortaklık vermek
- Halkla ilişkiler ve pazarlama teknikleriyle sigaraların katkısız doğal olduğuna inandırmak
- Tütün ürünlerini alınabilir tutmak
- Pazarın en yüksek hacme ulaşması için erkeklere ek olarak kadın ve gençlere yönelik reklamlar yapmak
- Sigara endüstrisi kontrol düzenlemelerini bozmaya çalışmak
- Kontrole yönelik yasal düzenlemeleri geciktirmek
- Eski yasal düzenlemeleri ya mahkemelerde durdurmaya, tersine çevirmeye çalışmak ya da yasaları ihlal etmek
- Endüstrilerin küçültülmesi, sınırlandırılması davalarına karşı koymak
- Dünya çapında yeni pazarlar geliştirmek^{7,20}

Endüstrinin, politik süreçlere olan etkisi, sigaranın sosyal kabul edilebilirliği ve pazarın özgürlüğünün sağlanması, yasal düzenlemeler ile vergi karşıtı temel hedeflere odaklanmıştır. Bu amaçla, çocukların bağışıklanması, istismarının önlenmesi gibi yasal popüler çalışmalara ve politik kampanyalara bağış, yasal eylemlerde tehdit, lobi çalışmaları yapılmaktadır⁷.

Sigara fiyatlarının artırılması ve bu artışında vergiler yoluyla yapılması tütün kontrolü için en etkin girişimlerden biridir. Sigara endüstrisi bunun şiddetle karşısındadır. Bu amaçla, yeni

orta ve düşük fiyatlı markalar, indirimli kampanyalar, tek ya da küçük paket satışları ile müşterinin mali gücünün yetmesi, ürünü satın alması garanti edilir⁷.

Sigara endüstrisi, reklam, sponsorluk ve promosyonların yasaklanmasına şiddetle karşıdır. Endüstrinin temel hedef grubu çocuklar, gençler ve kadınlardır. Müzik, sanat ve spor organizasyonlarında sponsorluk, buralarda ürünlerin sergilenmesi, kuponlar dağıtılması, doğrudan internet aracılığı ile reklam ve satış, sigara markalarının içici sayısını artırmada kullandığı geleneksel yöntemlerdir⁷.



Şekil 1. Philip Morris Şirketinin Tütünden Elde Ettiği Karın Yıllar İçindeki Değişimi

Kaynak: Building Blocks For Tobacco Control, A Handbook. WHO, 2004.

Uluslararası tütün şirketlerinin gelişmiş ülkelerdeki sigara satışı giderek düşmektedir. Bu yüzden gelişmekte olan ülkelerde yeni pazarlar oluşturması zorunludur. Ticaretin önündeki engellerin kaldırılması söylemiyle yapılan tek taraflı ya da çok taraflı sözleşmelerle tütün, tütün ürünleri ticareti kolaylaşmaktadır. Önceden, yabancı tütün ve tütün ürünlerine kapalı olan yeni pazarlara uluslararası tütün şirketlerinin girişiyle karlılık sürdürülebilir. Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund, IMF) geçtiğimiz on yılda Türkiye, Tayland, Moldova ve Kore Cumhuriyeti gibi ülkelerde sigara pazarının açılmasına katkıda bulunmuştur. Ödünç para verme ön koşulu olarak devlet tütün tekelinin özelleştirilmesinde baskı kurmuştur⁷. PM Şirketi'nin karının yıllar içindeki değişimi şekil 1'de görülmektedir.

2.5 Sigara Tüketimi

Tütün şirketleri her yıl yaklaşık yedi milyon ton tütün işlemektedir. Toplam satış değerinin %96'sını ve ürünler içindeki en büyük payı sigara oluşturmaktadır. Sigara fabrikaları her yıl 5.5 trilyondan daha fazla sigara üretmektedir. Bu rakam Dünya'daki her bireye yetecek 1000 sigara üretimi anlamındadır⁷. DSÖ bölgeleri içinde kişi başı sigara tüketiminin en yüksek olduğu Batı Pasifik ve Avrupa Bölgesi'dir¹.

Tablo 2. Dünya'da 1990-1999 yılları arasında sigara tüketiminde en hızlı artış olan ülkeler

Ülkeler	1990 yılı tüketimi (milyon ton)	1999 yılı tüketimi (milyon ton)	1990-1999 yılları arasında değişim %
Pakistan	31,94	54,500	71.66
Bulgaristan	12,200	19,000	55.74
Türkiye	73,270	111,500	52.18
Endonezya	140,936	207,685	47.36
Hollanda	23,251	30,124	29.56
Dünya	4,538,890	4,351,770	- 4.12

Kaynak: The Economics of Tobacco In Turkey. New Evidence and Demand Estimates. The World Bank, 2002.

Türkiye Dünya'da sigara tüketiminde en hızlı artış olan ülkelerin arasında üçüncü sırada yer almaktadır²¹.

2.6 Tütün Kullanımının Maliyeti

Dünya'da 1994 yılı için tütün kullanımına bağlı 200 milyar dolar ekonomik kayıp olduğu hesaplanmıştır⁷. Tütünün ülkemize verdiği zararın ise 8-10 milyar dolar olduğu saptanmıştır¹¹.

Birey ve aile için ekonomik kayıp nedenleri:

- Tütün satın almaya bağlı ekonomik kayıp
- Erken ölümlere ve hastalıklara bağlı gelir kayıpları
- Tütün kullanımına bağlı hastalıkların sağaltımı sırasında olan harcamalar
- Pasif sigara içiciliğiyle oluşan hastalıklar ve erken ölümlere bağlı gelir kayıpları
- Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sigaraya bağlı hastalığı olanların hastanede yattığı sırada bakımını üstlenen aile üyelerinin gelir kaybı

- Evlerde yangın riskinin artmasına bağlı oluşan kayıplar⁷

Devlet, işveren ve çevre için ekonomik kayıp nedenleri:

- Sosyal, refah ve sağlık bakım maliyetleri (Süregen ve son dönem hastalığı olan sigara içicilerinin sağlık bakımı, erken ölümler sonucunda çocuk ve eşlerin geçiminin sağlanması)
- Yabancı sigara ithalatına bağlı kayıp
- Yiyecek üretilebilecek tarım alanlarında tütün yetiştirilmesiyle oluşan kayıp
- Sigara içicilerinin daha çok hastalanmasına bağlı işe devamsızlık ve üretim kayıpları, iş kazası hızlarının artışı, yüksek sigorta primlerinin ödenmesine bağlı kayıplar
- Dikkatsiz sigara içme sonucu oluşan yangınlara bağlı kayıp
- Sigara kağıdı için ormanların kesilmesi, yangınlar sonucu geniş orman alanlarının kaybı⁷

2.7 Sigaranın İçeriği

Sigara dumanı içinde bazıları farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4,000'den fazla madde içerir. Ana akım dumanının %92-95'i gaz fazındadır ve 1 ml'de 0.3-3.3 milyar partikül içerir. Ortalama partikül çapı 0.2-0.5 mm. yani solunabilir düzeydedir¹¹. Sigara dumanının tar (katran), fenol, kresol, b-Naftilamin, benzo(a)piren, katekol gibi partikül içeriği, nitrosaminler, hidrazin, vinil klorid gibi gaz fazı, mutajenik/karsinojenik etki yapmaktadır. Nikotin partikül fazında olup doza bağlı uyarıcı ya da parasempatik N-kolinerjik reseptörler üzerine depresör etkisi vardır. İndol, karbazol, tümör hızlanması yapan diğer partikül fazındaki maddelerdir. Nitrojen oksidler, aldehydler, hidrocyanik asid, akrolein, amonyak, gaz fazında iritan, pro- inflamatuvar, siliotoksik etkilidir. Gaz fazındaki diğer bir madde olan karbon monoksit oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar¹¹.

2.8 Tütün Kullanımının Sağlığa Etkileri

Tütün kullanımı, ölümcül ya da tüm yaşam boyu süren ve engelliliğe neden olabilen pek çok sağlık sorunu oluşturmaktadır. Sigara akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun ana nedenidir. Kalp-damar ve beyin-damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindendir¹¹. Sigaranın oluşturduğu çoğu ölümcül pek çok hastalık aşağıda görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Sigara İçilmesi Nedeniyle Oluşan ya da Oluşturduğundan Kuşkulanan Hastalıklar

	Hastalıklar
Akciğerler	Akciğer kanseri, KOAH, astımın şiddetinin artması, solunum sistemi enfeksiyonlarının gelişiminde artmış risk
Kalp	Koroner kalp hastalıkları, anjina pectoris, kalp krizi, kalp krizi tekrarlama riskinin artışı, aritmi, aort anevrizması, kardiyomyopati
Kan Damarları	Periferik vasküler hastalık, burger hastalığı (tromboanjitis obliterans)
Kemikler	Osteoporoz, kırık iyileşmesinde gecikme, osteoartrit, sırt ameliyatlarında azalmış başarı, disk dejenerasyonu, kas iskelet sistemi yaralanmaları
Beyin	Geçici iskemik atak, multiple sklerozun kötüleşmesi, inme
Deri	El tırnak renk değişiklikleri, erken kırışıklıklar, psöriasis (Sedef hastalığı), el ve ayakta püstüller
Üreme sistemi	Sperm sayısı ve hareketliliğinde azalma, infertilite, impotans, erken menapoz, düşükler
Kanserler	Akciğer, gırtlak, ağız, yemek borusu, mide, mesane, böbrek, pankreas, serviks, kolorektal, vulva kanserleri
Doğmamış Çocuk	Fetal gelişme geriliği, prematürite, ölü doğum, fetusa HIV geçişinin artışı, doğumsal anomaliler, zihinsel bozukluklar, ani bebek ölümü sendromu
Diğer	Katarakt, maküler dejenerasyon, horlama, diş ve dişeti hastalıkları, mide ve duodenal ülser, Crohn hastalığı, bağışıklık sisteminin bozulması

Kaynak: Building Blocks For Tobacco Control, A Handbook. WHO, 2004.

2.9 Pasif İçiciliğin Sağlık Etkileri

Sigara içenler sigara içmeyenlerin sağlığını hatta yaşamını tehdit etmektedir. 1981 yılında Takeshi Hirayama, sigara içen erkeklerle evli sigara içmeyen akciğer kanserli Japon kadınlarda yaptığı çalışmayla pasif içiciliğin tehlikesini kesin olarak ortaya koymuştur. O tarihlerde yaşamında bir sigara bile içmemiş bu kadınlardaki akciğer kanserinden ölme riskinin anlamlı artışı bilim adamlarını şaşırtmıştır. Daha sonraları 40'ın üzerindeki çalışmayla bu bağlantı doğrulanmıştır⁷.

Günümüzde araştırmacılar, pasif içicilikten inme ve kalp hastalığı gibi diğer ölümcül hastalıklarında artığını göstermişlerdir⁷.

Yetişkinlerin sigara içiciliğinden en fazla çocuklar etkilenmektedir. Çevresel sigara dumanı (ÇSD) tüm Dünya’da çocuklara acı çektiren, öldüren temel bir sağlık tehdididir. Arjantin, Çin, Bulgaristan, Küba, Hindistan, Endonezya, Ürdün, Lübnan, Polonya, Mali, Filipinler ve Doğu Bloku’ndaki çocukların %60’dan fazlası evlerinde pasif içicidir⁷. Pasif içicilik çocuklarda pnömoni, bronşit, öksürük, balgam ve hışıltılı solunuma (wheezing) neden olmaktadır^{22,23,24}. Astma ve orta kulak hastalığını alevlendirmektedir^{23,24}. Çocuklukta pasif içici olanlarda erişkinlikte kalp damar hastalıkları ve nöro-davranışsal bozukluklar daha fazla gözlenmiştir²⁴. ÇSD’nin uzun etkileri lösemi, lenfoma, beyin ve diğer çocukluk çağı kanserleridir^{6,24}. Yayımlanan bir meta-analizde çocukluk çağı lösemi ve lenfomaları için anlamlı risk artışı saptanmıştır²⁵.

ÇSD’ndan etkilenen gebelerin bebekleri düşük doğum ağırlıklı doğmaktadır^{6,24}. Bu bebeklerde doğumdan sonraki dönemde gelişim gerilikleri daha fazla gözlenmektedir⁶. ÇSD ani bebek ölümü sendromu (sudden infant death syndrome) için bir risk etmenidir^{6,7,23,24}.

2.10 Dünya’da Tütün Kullanımına Bağlı Ölümler

Tütün Dünya’daki temel önlenabilir ölüm nedenidir. Sigara içme sonucu 2000 yılında 4.9 milyon erken ölüm ortaya çıkmıştır. Bu ölümler endüstrileşmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında paylaştırıldığında yaklaşık eşittir. Yalnızca Çin’de sigaraya atfedilen ölümler yılda 600 binden fazladır^{2,3}. Dumansız tütün kullanımına bağlı ölüm sayısı öngörülerini daha az güvenilir olmakla birlikte Güney Asya’da her yıl oral kanserden yaklaşık 100 bin ölüm olduğu söylenmektedir². Bugünkü sigara içme eğilimleri devam ettiğinde, 2025-2030’larda sigaraya bağlı her yıl 10 milyon ölüm olması beklenmektedir. Bu ölümlerin 7 milyonunun gelişmekte olan ülkelere olması öngörülmektedir^{1,4,5}. Ergenlik çağına sigara içmeye başlayan ve uzun süre sigara içmeye devam eden kişilerin yarısı sigaradan ölmekte ve bu ölümlerin yarısı orta yaşlarda olmaktadır. Bu kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısadır^{3,11}. Dünya çapında bu gün yaşayan insanların 500 milyonunun gelecekte tütünden ölmesi olasıdır⁴.

Tütün kullanımının klinik tüberküloz gelişimini, hastalığın daha hızlı yayılımını ve ölüm riskini artırdığı bilinmektedir. Lancet’te 2003 yılında yayımlanan bir çalışma, Hindistan’daki erkek tüberküloz ölümlerinin yarısının sigara içme nedeniyle oluştuğunu göstermiştir²⁶.

Dünya’da her yıl tüberkülozdan yaklaşık 1.6 milyon insanın öldüğü düşünüldüğünde bunda sigaranın küçümsenmeyecek bir payı olduğu gerçeğiyle karşılaşılmaktadır⁷.

2.11 Türkiye’de Tütün Kullanımına Bağlı Ölüm

Ülkemizde sigara içiminin 70,000-100,000 kişiyi öldürdüğü hesaplanmaktadır. Bu tüm ölümlerin %14’üdür¹¹. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Raporuna göre sigara içmenin önlenmesi ile toplumun %77’si trakea, bronş ve akciğer kanserinden korunurken, bu oran erkeklerde %88, kadınlarda ise %13’dür. Toplumun %46’sı üstaerodigestif kanserden, %52’si KOAH’dan, %16’sı kardiyovasküler hastalıklardan sigara içmenin önlenmesi ile korunabilecektir²⁷.

2.12 Tütün ve Kadın

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülke yetişkin başına sigara tüketim ortalamalarının oranı, 1970’lerin başlarında 3.3 iken, 1990’ların başlarında 1.8’e düşmüştür. Kadın erkek arasındaki tüketim farklarının azalışı bu sonuca neden olmaktadır. Tütün salgını yüksek gelirli ülke erkeklerinden gelişmekte olan ülke erkeklerine, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülke kadınlara yayılmaktadır⁶.

Tablo 4. Dünya’da Yaşa ve Cinsiyete Göre Sigara İçicisi Sayısı ve Sigara İçme Sıklığı, 1995

Yaş	Erkekler		Kadınlar		Toplam		İçiciler (%)
	Sayı(milyon)	(%)	Sayı(milyon)	(%)	Sayı(milyon)	(%)	
15-19	86	33	13	5	98	19	8
20-29	212	42	58	12	271	27	23
30-39	234	57	61	15	295	36	26
40-49	181	58	46	15	227	37	20
50-59	107	51	25	12	132	31	11
60 +	101	40	34	11	134	25	12
Toplam	921	47	236	12	1,157	30	100
Toplam %	80		20		100		

Kaynak: Women and the Tobacco Epidemic Challenges for the 21st Century. WHO, 2001.

Sigara içen kadın sayısı 30-49 yaş grubunda en yüksek, 15-19 yaş grubunda ise en düşüktür. Bu dağılım erkeklerde de kadınlara benzerdir. Dünya genelinde sigara içenlerin %80'i erkektir⁶.

Tablo 5. Dünya’da Erkek ve Kadınlarda Gelir Düzeyine Göre Sigara İçme Sıklığı, 1995

	Erkek (%)	Kadın (%)	Toplam Sigara İçenler (%)
Düşük/Orta Gelir	49	10	82
Yüksek Gelir	39	22	18
Dünya	47	12	100

Kaynak: Women and the Tobacco Epidemic Challenges for the 21st Century. WHO, 2001.

Gelir düzeyine göre kadın erkek sigara içicilik sıklığı farklılık göstermektedir. Erkeklerde düşük-orta gelir düzeyinde içicilik yüksekken kadınlarda düşüktür. Dünya’da yüksek gelirli kadınların %22’si, düşük-orta gelirli kadınların %10’u sigara içmektedir. Kadınlarda gelir artıkça günlük içilen sigara sayısı da artmaktadır⁶.

Tablo 6. Bazı Ülkelerde Cinsiyete Göre Sigara İçme Sıklığı

Ülke	Yıl	Erkek	Kadın
ABD	1993	27.7	22.5
Almanya	1992	36.8	21.5
Avustralya	1993	29.0	21.0
Belçika	1993	31.0	19.0
Çin	1991	56.0	6.0
Danimarka	1993	37.0	37.0
İngiltere	1994	28.0	26.0
İsviçre	1992	36.0	26.0
İsveç	1994	22.0	24.0
Japonya	1994	59.0	14.8
Kore	1989	68.2	6.7
Portekiz	1994	38.0	15.0
Singapur	1995	32.0	3.0

Kaynak: Women and the Tobacco Epidemic Challenges for the 21st Century. WHO, 2001.

Ülkelere göre kadın sigara içicilik sıklıkları önemli farklılıklar göstermektedir. Kadınlar arasında en yüksek sigara içme sıklığı Avrupa ve Orta Asya ülkelerindedir. Kadınlardaki içicilik İsveç'te erkeklere göre daha fazlayken, Çin gibi ülkelerde çok düşüktür. Bu farklılıkları açıklamaya yönelik araştırmalar sınırlıdır. Bu durum, ya ülkelerin sigara epidemiyolojisi açısından farklı dönemlerde olmasından ya da farklı sosyokültürel zorlamalardan kaynaklanmaktadır⁶.

Sigara tüketiminin başladığı yıllarda yoksullardan daha fazla zenginler sigara içmektedir. Son 30-40 yıldır bu durum tam tersine dönmüş yüksek gelirlilerdeki içicilik hızla düşmüş buna karşın yoksullarda hızla artmıştır. Son yıllarda, gelişmiş ülkelerde sosyoekonomik durum sigara içme davranışı erkekler ile kadınlar arasında benzerlik göstermektedir. Örneğin İngiltere'de yüksek sosyoekonomik gruptaki içicilik erkeklerde %12, kadınlarda %10, düşük sosyoekonomik gruptaki içicilik erkeklerde %40, kadınlarda %35'tir⁶.

Diğer taraftan kadınlar sigara şirketlerinin başlıca hedef grubudur. Promosyonlarla güçlendirilmiş reklamlarında özgürlük, incelik, çekicilik, arzu edilme temaları ön plana çıkartılmaktadır. Kadınların hastalık kaygılarını azaltmak için nikotin ve katran miktarlarının azaltıldığı söylenen sigaralar piyasaya sürülmüştür. Aynı zamanda bu sigaralar daha zarif ve hoş görünümlüdür²⁸.

Bazı araştırmacılar nikotinin cinsiyete özel psikolojik ve davranışsal etkilerinin öznel olduğunu ileri sürmüşlerdir. Çalışmalar nikotinin kadın ve erkeği farklı şekilde etkilediğini göstermiştir. Bu çalışmalara göre kadınlar nikotine erkeklerden daha fazla duyarlılık göstermişlerdir. Araştırmacılar nikotin duyarlılığının artmasını kadınların daha küçük beden boyutuna, nikotin atılımının yavaş olmasına ya da yağ oranının fazlalığına bağlamışlardır⁶.

2.13 Tütün Kullanımının Kadın Sağlığına Etkileri

Gelişmiş ülkelerde, kardiyovasküler hastalıklar hem erkekler hem de kadınlar için başlıca ölüm nedenidir⁶. Kadınlardaki koroner kalp hastalığının en önemli nedenlerinden birinin sigara içilmesi olduğu gösterilmiştir^{29,30,31}. Sigarayla ilişkili koroner kalp hastalığı riski 35-64 yaş arası kadınlarda 65 yaş ve üzeri kadınlara göre daha fazladır. Günlük içilen sigara sayısı ve sigara içme süresi arttıkça koroner kalp hastalığı riski artmaktadır^{6,32}.

İlk çalışmalarda, oral kontraseptif kullanan ağır içici kadınlarda 20-40 katın üzerinde koroner kalp hastalığı risk artışı saptanmıştır⁶. Son yıllarda daha düşük dozlu oral kontraseptiflerin ortaya çıkmasıyla bu risk azalmasına karşın ağır içicilerde belirgin risk artışı bulunmuştur³³.

Sigara içen kadınlarda subaraknoid kanama, iskemik inme riski içmeyenlere göre artmıştır^{6,34}. Kadınlardaki orta yaş serebrovasküler hastalık ölümlerinin yarısından fazlası sigara içmeye bağlanmaktadır⁶. Ayrıca karotis, periferik vasküler aterosklerozis ve abdominal aorta rüptürüne bağlı ölüm riski anlamlı olarak artmıştır⁶.

Sigara içen kadınlar arasında KOAH gelişimi, bu nedenle ölümler artmış ve bu ölümlerin %90'ı sigara içmeye bağlanmıştır. Günlük içilen sigara sayısı arttıkça KOAH riski artmaktadır⁶.

Gelişmiş ülke kadınlarındaki kanser ölümlerinin %14'ü sigara içmeye atfedilmiştir³⁵. Dünya'da kadınlar arasındaki kanser ölümlerinin yaklaşık %10'u sigaradan kaynaklanmaktadır⁶. Sigara içen kadınlarda akciğer, ağız, farinks, özefagus, larinks, mesane, pankreas, böbrek, serviks kanseri riski artmıştır⁶. Akut myeloid lösemi riskini artırdığı düşünülen bir kaç araştırma vardır⁶.

Postmenapozal dönemde daha belirgin olmak üzere sigara içen kadınlarda daha düşük kemik yoğunluğu olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir^{36,37,38,39}. Kalça kırığı riskinin de arttığı saptanmıştır^{40,41}.

Sigara içen kadınlar sigara içmeyen kadınlarla karşılaştırıldığında infertilite daha fazladır^{42,43,44}. Sigara içilmesi menstrüel fonksiyon üzerine de olumsuz etki yapar. Bu kadınlarda dismenore⁴⁵ ve erken menapoz⁴⁶ daha fazla görülmektedir.

Sigara içme ve depresyon güçlü bir birliktelik göstermektedir⁶. Sigara içen kadınlarda safra mesane hastalıkları, peptik ülser, senil katarakt, yüz kırışıklıklarının arttığı gösterilmiştir⁶.

2.14 Gebelerde Tütün Kullanımı

Dünya çapında gebelerdeki sigara içme sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte sigara içen pek çok kadının gebelikte de sigara içmeyi sürdürdüğü düşünülmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar oldukça azdır. Bu çalışmalardan elde ettiğimiz sonuçlara göre gebelerin Yeni Zelanda'da %25'i⁴⁷, Birleşik Krallık'ta yaklaşık %20'si⁴⁸, ilk antenatal bakımda İsveç'te %17'si⁴⁹, Danimarka'da %28'i⁵⁰, Fransa'da %13'ü⁵¹, Avustralya'da %19'u⁵² sigara içmektedir.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 göre gebelerin %15'i, emzirenlerin %20'si sigara içmektedir⁹. İzmir İli İnönü Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yapılan bir araştırmada ise gebe kadınlarda sigara içme sıklığı %29 bulunmuştur¹⁰.

2.15 Gebelikte Tütün Kullanımının Anne ve Bebek Sağlığına Etkileri

Tütün dumanındaki mutajenik ve karsinojenik maddelerden birçoğu aktif içicilerin kanında bulunur ve plasentadan fetal dolaşıma geçer¹¹.

Gebelik döneminde sigara içilmesiyle, plasenta previa, plasantanın erken ayrılması (ablasyo plasenta), erken membran rüptürü, preeklamsi ve erken doğum riski artmıştır^{44,53,54}. Bu bebeklerin ortalama doğum ağırlığı daha düşüktür^{44,53,54,55,56}. Ölü doğum⁵³ ve perinatal mortalite riski fazladır⁵⁶. Ani bebek ölümü sendromu daha fazla gözlenmektedir^{44,54}.

Sigara içen annelerin daha az süt üretebildikleri ve daha kısa süre bebeklerini emzirebildikleri gösterilmiştir⁵⁷. Sigara içerken bebeğini emziren anne sütle bebeğine nikotini de geçirmektedir. Fetüsün intrauterin dönemde nikotine maruz kalmasının akciğer fonksiyonlarında azalmaya, hava yolu obstruksiyonuna ve yeni doğan döneminde hava yolu aşırı duyarlılığına neden olduğu gösterilmiştir⁵⁸.

Gebelikte sigara kullanan anne bebeklerinde böbrek, anal, kalp⁵⁹, yarık dudak damak gibi konjenital malformasyonlar daha fazla gözlenmiştir^{44,54}. Bu annelerin çocuklarında çocukluk çağı obesitesi riski artmıştır⁶⁰. Bebeklerde infantil kolik sıklığını artırdığı bilinmektedir⁶¹. Fetusa HIV geçişinin artması⁷, çocukluk çağı lösemilerinin⁶² artışı da söz konusudur. Bu çocuklarda psikiyatrik⁶³ ve davranışsal bozukluklar^{64,65} daha fazla gözlenmektedir.

2.16 Tütün Kontrolü

Tütün kontrolü ulusal ve uluslararası pek çok sektörün işbirliğini gerektirmektedir. Özellikle tütün kontrolünün işsizliğe yol açmayacağıının, ekonomiye zarar değil yarar sağlayacağıının ortaya konması, yoksullukla savaşında sigara ile savaşımın gerekliliğinin vurgulanması önemlidir. Kapsamlı tütün kontrol programı uygulayan birçok ülkede tütün tüketimi hızla azalmakta ve sonuç olarak kanserler, kalp ve diğer dolaşım sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, düşük doğum ağırlığı insidanslarında belirgin düşüşler gözlenmektedir¹¹. Tütün kontrolüne yönelik alınması gereken önlemler aşağıda özetlenmiştir.

2.16.1 Tütün Ürünlerine Talebin Azaltılmasına Yönelik Önlemler

Fiyat ve Vergilendirme

- Tütün ürünlerinin fiyatlarını ve uygulanan vergileri yüksek tutmak
- Tütün ürünlerinin vergisiz ve gümrüksüz (duty-free) satışını yasaklamak
- Tütün ürünlerine uygulanan vergi ve fiyat artışlarından elde edilen geliri tütün kontrolü politikalarına yönlendirmek^{7,11,66}

Çevresel Tütün Dumanı (Pasif İçicilik)

- Halka açık tüm alanların sigarasız hale getirilmesine yönelik yasal düzenlemeler getirilmesi, var olan uygulamaların güçlendirilmesi
- Tüm eğitim kurumlarının kapalı ve açık alanlarında sigara içilmesinin yasaklanması
- Kapalı ya da açık alanlarda düzenlenen tüm sosyal organizasyonlarda sigara içilmesinin yasaklanması
- Restoran ve barlarda işletmecilerin, çalışan ve müşterilerin sağlığını korumak için sigara içilmesinin yasaklanması
- Çevresel tütün dumanını kanserojen madde olarak sınıflandırarak, özellikle sigara içilen yerlerde çalışanların haklarını korumaya yönelik girişimleri güçlendirmek, sigara içilmesini tüm işyerlerinde yasaklamak^{7,11,66}

Reklam, Promosyon, Sponsorluk

- Tütün ürünlerine yönelik doğrudan ya da dolaylı her türlü reklam, promosyon ve sponsorluğun yasaklanması^{7,11,66}

Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim

- Politikacılar, sağlık çalışanları, eğitimciler ve diğer ilgili personele yönelik tütün kontrol eğitim programları hazırlamak ve etkili bir biçimde uygulamak
- Tütün ürünlerinin zararları konusunda eğitim öğretimi güçlendirici adımlar atmak, bu çabayı reklam yasakları ve halkı bilinçlendirme çalışmaları ile desteklemek
- Genel olarak halkın, özel olarak çocukların, gençlerin ve etkiye açık grupların, tütün ürünlerinin ve pasif içicilik yoluyla dumanına maruz kalmanın sağlığa zararlı etkileri, tütün ürünleri tüketiminin bağımlılık yapıcı niteliği ve sosyal maliyetleri, sigarasız bir yaşam ve sigarayı bırakmanın yararları hakkında bilgilendirilmelerini sağlamak
- Kamu kuruluşlarının, sivil toplum örgütlerinin tütün kontrol stratejileri geliştirilmesi çabasına dahil edilmesi ve bu kuruluşlarla sağlık çalışanları arasında etkili bağlantılar kurulmasını sağlamak
- Yasal düzenlemelerle tütün ürünlerinin sağlık üzerindeki etkilerine ilişkin yanlış, yanıltıcı ya da aldatıcı nitelikte bir bilgilendirmeye olanak verilmemesi^{7,11,66}

Sigarayı Bırakma

- Tütün bırakma, bağımlılığın tedavisi ve bıraktıktan sonra yeniden başlamanın önlenmesi konusunda destek olmak için davranışsal destek, danışmanlık hizmetleri, bırakma konusunda ulaşılabilir hizmetler gibi düzenlemeleri kapsayan ulusal sağlık programları, plan ve stratejileri geliştirilmeli ve bu düzenlemeler temel sağlık hizmetleri, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı ile savaşımlar, üreme sağlığı, tüberküloz kontrolü gibi ilgili konulardaki ulusal sağlık çalışmalarına dahil edilmeli^{7,66}

Ürün Kontrolü ve Tüketicinin Bilgilendirilmesi

- Tütün ürünlerinin üretimine ve denetimine ilişkin standartlar belirlenmeli ve bunlara uyulup uyulmadığı kontrol edilmeli
- Ürün içeriğindeki kanserojen ve toksik bileşenler, bunların sağlığa zararlı ve bağımlılık yapıcı etkileri hakkında uyarıcı ifadelerin paketin ön ve arka yüzünde görülür biçimde en az %40'lık bir alanda yer alması sağlanmalı^{7,11,66}

2.16.2 Tütün Ürünlerine Arzın Azaltılmasına Yönelik Önlemler

Yasadışı Ticaret

Kaçakçılığın önü hem ulusal hem de uluslararası düzeyde kesilmedikçe, diğer tütün kontrol önlemlerinin etkisi geniş anlamda yetersiz kalacaktır^{7,11, 66}

Gençlerin Ulaşabilirliği

- Tüm tütün ürünleri satıcılarının, tütün ürünü alacak olan gençlerden, yasal olarak belirlenmiş yaş sınırının üstünde olduklarını kanıtlama konusunda talepte bulunmalarının zorunlu kılınması
- Sigara satış makineleri, self-servis satış, postayla sipariş ve elektronik satışların, tek ve paketlenmemiş sigara satışının ve sigara ürünlerinin ücretsiz test ürünlerinin dağıtılmasının yasaklanması
- Satıcıların ruhsatlandırılması^{7,11, 66}

Tütün Sübvansiyonları

Kamu sağlığının korunmasının tütün üretiminin ve ticaretinin korunmasından daha büyük bir önceliğe sahip olduğunun altı çizilmelidir.

- Tütün ürünlerine alternatif olabilecek ekonomik etkinliklerin desteklenmesi
- Tütün üretiminin gelişmesi için sağlanan sübvansiyonların diğer etkinliklere dereceli olarak kaydırılması^{7,11, 66}

Tütün kullanımı ve tütün kontrol politikalarının izlemi, değerlendirilmesi ve raporlanması

Ulusal tütün kontrol politikaları, tütüne ilişkin durumun ciddi bir şekilde önceden değerlendirilmesi ve daha sonra düzenli olarak izlenmesiyle başarılı sonuç vermektedir^{7,11, 66}.

Bu girişimlerin başarılı olması; yasal düzenlemelerin geliştirilmesi ve etkili biçimde uygulanabilmesi için, yalnızca sigara içmeyenlerden değil sigara içenlerden de güçlü sosyal destek gelmesi çok önemlidir⁶⁶.

2.17 Tütün Kontrol Yöntemlerinin Kanıta Dayalı Etkinlikleri

Tablo 7. Tütün Kontrol Yöntemleri ve Etkinlikleri

Girişim	Öneriler
<i>Çocuk, ergen ve gençlerin tütüne başlamasının azaltılmasına yönelik stratejiler</i>	
Tütün ürünlerinin birim fiyatlarının artırılması	Önerilir (Güçlü kanıt)
Diğer girişimlerle birlikte kitle iletişim araçlarıyla eğitim	Önerilir (Güçlü kanıt)
Reklam Yasağı*	Önerilir (Güçlü kanıt)
<i>Tütünün bırakılmasını artırıcı stratejiler</i>	
Tütün ürünlerinin birim fiyatlarının artırılması	Önerilir (Güçlü kanıt)
Halka açık alanlarda ve işyerlerinde sigara içme yasağı*	Önerilir (Güçlü kanıt)
<i>Kitlesel medya ile eğitim</i>	
Diğer girişimlerle kombine edilmiş kampanyalar	Önerilir (Güçlü kanıt)
Sigara bırakma serileri	Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz
Sigara bırakma yarışmaları, ödüller	Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz
<i>Sağlık sistemleri için uygun girişimler</i>	
Hizmet sunucu hatırlatıcı sistemleri (tek başına)	Önerilir (yeterli kanıt)
Hizmet sunucu eğitim sistemleri (tek başına)	Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz
Hizmet sunucu hatırlatıcı+eğitimi (hasta eğitimi ile birlikte ya da değil)	Önerilir (Güçlü kanıt)
Hizmet sunucu geri bildirim sistemi	Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz
Tütün kullanımı ve bağımlılığın etkin tedavisinde paket (sigorta paketi) dışı maliyetlerin azaltılması	Önerilir (yeterli kanıt)
Diğer girişimlere ek olarak hasta telefon destek sistemi	Önerilir (yeterli kanıt)

Kaynak: Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi 2006;7(1):51-64

*Kaynak: Building Blocks For Tobacco Control, A Handbook. WHO, 2004.

Tütün ürünlerinin birim fiyatlarında artış tüketim miktarını ve tütün kullanan birey sayısını azaltmıştır. Ortalama %10'luk bir artış düşünüldüğünde tütün kullanımının genel toplumda %4.1, ergenlerde %3.7 azalacağı belirtilmektedir⁶⁷.

Tütün kullanımını azaltan diğer girişimlerle birlikte medya kampanyaları; kampanyanın

yapılmadığı gruplarla karşılaştırıldığında ortalama %8.0 sigaraya başlamanın azaldığı gözlenmiştir. Ortalama yıllık tütün tüketimi kişi başı 15 paket azalmıştır⁶⁷.

Nikotin replasman ya da diğer tedavi harcamalarının sigortadan karşılanması, sağlık sistemi içinde bırakma tekniklerin sağlanmasıyla bırakma tedavilerinde ortalama mutlak artış %7.0, bırakmada ortalama mutlak artış %7.8 olmuştur⁶⁷.

Hizmet sunucu hatırlatıcı sisteminde, hizmet sunucularının tütün ürünleri kullananları ayırt etmesi, bırakmanın önemini tartışmak için çaba harcaması ve bırakmayı önermesi, hatırlatma yapıldığına ilişkin kayıt tutulması önerilmektedir. Çalışmalarda, tütün kullanan hastaların belirlenmesinde ortalama mutlak artış %32.5, bırakma önerisi verilmesinde ortalama mutlak artış ise %13.0 olarak belirlenmiştir⁶⁷.

Hizmet sunucu eğitimi ve hatırlatıcı sistemi içeren girişimler, bırakma önerisi verilen hasta sayısında ortalama mutlak %20.0 artış, tütün kullanımını bırakan hasta sayısında ise ortalama mutlak %4.7 artış sağlamıştır. Bu girişimlere hasta eğitiminin eklenmesiyle hizmet sunucu önerisiyle bırakan %22.0, bırakan hasta sayısı farkı mutlak %5.7 artmıştır⁶⁷.

Tütünü bırakanlara yardım ve tekrar başlamanın önlenmesi için telefonla danışmanlık verilen içicilerin bırakma hızlarında ortalama fark %2.6 (%41'lik düzelme) olarak gözlenmiştir⁶⁷.

Çalışmalarda, işyerlerinde sigara içiminin yasaklanması ile çevresel sigara dumanının nikotin içeriğine maruz kalımın %72 azaldığı gösterilmiştir⁶⁷. Kamuya açık alanlarda ve işyerlerinde sigara içilmesinin yasaklanması %4-10 tütün tüketimini azaltmıştır⁷.

Sigara reklamlarının yasaklanmasının tütün tüketimini %6 azalttığı bulunmuştur⁷.

2.18 Ülkemizde Tütün Kontrolü Amacıyla Yapılan Düzenlemeler

1996 yılında 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun yürürlüğe girmiştir. Bu yasanın en önemli kazanımları:

- Sağlık, eğitim-öğretim ve kültür hizmeti veren yerler ile kapalı spor salonlarında ve toplu taşımacılık yapılan her türlü nakil vasıtaları ve bunların bekleme salonlarında,

kamu hizmeti yapan kurum ve kuruluşlardan beş ya da beşten fazla kişinin görev yaptığı kapalı mekanlarında tütün ve tütün mamullerinin içilmesi yasaklanmıştır.

- Tütün ve tütün mamullerinin reklam ve tanıtımının yapılması ya da bunların kullanılmasını teşvik ve özendirici kampanyalar düzenlenmesi, on sekiz yaşından küçüklere tütün ve tütün mamulleri satışı yapılması yasaklanmıştır.
- Tütün ve tütün mamullerinin paketlerinin üzerine “Sağlığa zararlıdır” uyarısı konulmak zorunluluğu getirilmiştir.
- Televizyon ve radyolarda ayda en az 90 dakika tütün ve tütün mamulleri alışkanlığının zararları konusunda uyarıcı ve eğitici yayın yapma zorunluluğu getirilmiştir⁶⁸.

5261 sayılı yasa ile kabul edilen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS), DSÖ’nün öncülük yaptığı ilk uluslararası anlaşmadır. Dünya Sağlık Asamblesi tarafından Mayıs 2003’te benimsenmiştir. Türkiye adına 28 Nisan 2004 tarihinde New York’ta imzalanan “Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi”ni onaylayan 5261 sayılı Kanun, 30/11/2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. TKÇS, 1 Kasım 2006 tarihi itibarıyla 168 ülke tarafından imzalanmış olup Türkiye’nin de aralarında bulunduğu 140 ülkede onaylanmıştır⁶⁹. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı tarafından 2006–2010 yıllarını kapsayacak şekilde “Ulusal Tütün Kontrol Programı” hazırlanmıştır. Programın temel hedefi 2010 yılına kadar ülkemizde 15 yaş üzerinde sigara içmeyenleri %80’in üzerine çıkarmak, 15 yaş altında ise %100’e yakın olmasını sağlamaktır⁷⁰.

4733 sayılı Tütün, Tütün Mamulleri, Tuz ve Alkol İşletmeleri Genel Müdürlüğünün Yeniden Yapılandırılması ile Tütün ve Tütün Mamullerinin Üretimine, İç ve Dış Alım ve Satımına, 4046 Sayılı Kanunda ve 233 Sayılı Kanun hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 9.01.2002 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) kurulmuştur. Kurulun başlıca görevleri:

- 4207 sayılı yasada yer alan hükümler saklı kalmak kaydıyla, tütün ve alkol tüketiminden kaynaklanan kamusal, toplumsal ya da tıbbi nitelikteki her türlü zararlı etkileri önleyecek düzenlemeleri yapmak, bunlarla ilgili kararları almak

- Kanunun uygulanmasıyla ilgili sektörel düzenlemeler yapmak
- Görev alanı ile ilgili konularda gerekli gördüğü her türlü bilgiyi, tütün, tütün mamulleri ve alkollü içkiler piyasasında mal ya da hizmet üreten, pazarlayan, satan gerçek ve tüzel kişilerle, bunların her türlü birliklerinden istemek
- Kuruma bağlı akredite laboratuvarlarının tesis edilmesine ve işletilmesine ilişkin şartları tespit etmek⁷¹

2.19 Sağlık Çalışanlarının Tütün Kontrolündeki Roller

Doktor, hemşire, ebe, eczacı, diş hekimi ve diğer sağlık çalışanları tütün salgınıyla savaşında çok önemli anahtar role sahiptirler. Bu rollerden bazıları şunlardır:

Rol Modeli: Sağlık çalışanları toplumda sağlık konularında bilgisi en fazla olan bireylerdir ve bu bilgi doğrultusunda hareket etmeleri gerekir; toplumun geri kalanı için rol modeli oluşturmaktadırlar. Bu durumda sağlık çalışanlarının sigara içme sıklıklarının daha düşük olması beklenir fakat pek çok ülkede tam tersi bir durum söz konusudur. Sağlık çalışanlarının toplumla eşit ya da daha fazla sıklıkta sigara içtikleri görülmektedir⁷². Bosna Hersek'te erkek hekimlerin %55'i, kadın hekimlerin %50'si, Çin'de erkek hekimlerin %61'i, kadın hekimlerin %12'si, Rusya'da erkek hekimlerin %41'i, kadın hekimlerin %13'ü, İspanya'da erkek hekimlerin %37'si kadın hekimlerin %32'si, Danimarka'da erkek hekimlerin %29'u, kadın hekimlerin %20'si sigara içmektedir⁴. Türkiye'de de benzer bir durum söz konusudur. Erkek hekimlerin %51'i, kadın hekimlerin %34'ü sigara içmektedir⁷³. Diğer sağlık çalışanlarının da yüksek sıklıklar da sigara içtikleri bilinmektedir. Türkiye'de hemşire ve ebelerin %50.2'si sigara içmektedir²⁸. Araştırmalar bize bu kişilerin çoğunlukla sağlık çalışanı olmadan önce tütün bağımlısı haline geldiklerini göstermektedir.

Ulusal sigara karşıtı hareketin yayılmasında sağlık çalışanlarının desteğinin alınması çok önemlidir. Sigara içen sağlık çalışanlarının sigara bırakmayı en az teşvik eden ve tütün kontrolü çalışmalarına en az katılan grup olduğu gösterilmiştir⁷². Ayrıca sağlık çalışanlarının sigara içmesi, sigara karşıtı konuşmalarının imajını kötü etkilemektedir. Bu durumda sağlık çalışanlarının sigara içme davranışlarını değiştirmeleri, hastalarının sigarayı bırakması konusunda isteklendirmeleri, toplumda sigaraya karşı duyarlılık oluşturmaları gerekmektedir⁷².

Sağlık meslek örgütlerine ve sağlık çalışanı yetiştiren kurumlara olumlu rol modeli oluşturma konusunda çok fazla sorumluluk düşmektedir⁷².

Klinisyen: Tüm sağlık çalışanları, her gün verdikleri hizmet içerisinde tütün bağımlılığının tanı ve tedavisini işlerinin bir parçası olarak görmelidirler. Yaşamsal bulguların değerlendirilmesinde ve her türlü muayenede sigara kullanımının sorgulanması ve bunun hastanın kayıtlarına eklenmesi önerilmektedir. Sigara içenlere sigarayı bırakmanın kendi sağlıkları için yapabilecekleri en iyi şey olduğu belirtilmeli, sigarayı bırakmanın sayısız yararı olduğu hatırlatılmalıdır. Bu kısa açıklamanın yapılması sağlık çalışanlarının en fazla üç dakikasını alacaktır⁷².

Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsan Kaynakları Kurumunca Hazırlanan Tütün Kullanımı ve Bağımlılığının Yarattığı Tehdit Klinik Uygulama Rehberi, 5A yaklaşımını önermektedir⁷²:

Tablo 8. 5 A Kısa Danışmanlık Yaklaşımı

Ask about tobacco use	(tütün kullanımını sorgula)
Advice all users to quit	(bütün kullanıcılara bırakmalarını tavsiye et)
Assess willingness to make a quit attempt	(sigara bırakma isteğini değerlendir)
Assist in the quit attempt	(bırakma çabasına destek ol)
Arrange follow-up contact	(kontrol muayenelerini ayarla)

Kaynak: Tütünsüz Yaşam Derneği. Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rolü, 2005

Sağlık çalışanlarının 5A yaklaşımını uygulaması için sigara bırakma uzmanı olması gerekmemektedir⁷².

Sağlık çalışanları ayrıca kültüre, etnik yapıya, yaşa, dile, hastanın sağlık durumuna, sigara bağımlılık düzeyine göre uygun olan bilimsel sigarayı bırakma yöntemleri geliştirme ve uygulama becerisine de sahip olmalıdırlar. Mümkün olduğu durumlarda hastanın mevcut sağlık sorunuyla ilişkilendirerek sigarayı bırakma önerisi vermelidirler⁷².

Diğer önemli bir konu tütün dumanı etkilenimini değerlendirmek ve etkilenimi ortadan kaldıracak bilgiyi sunmaktır. Bu özellikle ana çocuk sağlığı kliniklerinde önem taşımaktadır⁷².

Sağlık kurumlarında tütün bağımlılığı tanısı, tıbbi öneri ve tedavisine olanak veren programların geliştirilmesi, bu konuda birinci basamağa özel önem verilmesi gereklidir. Sigara içen hastaya doktor tarafından uyarılar yapılması ve konu ile ilgili broşür verilmesi durumunda sigarayı bırakanların oranı %10'a kadar yükselebilmektedir¹¹. Ülkemizdeki uygulamalarda doktorların bu yöndeki önerilerinin %2-3 düzeyinde sigarayı bırakmayı sağlayacağı düşünülmektedir. Her yıl değişik nedenlerle birinci basamak sağlık kuruluşlarında muayene olan 100 milyon dolayındaki kişinin 10 milyonu sigara içen kişiler olsa ve doktorun girişimi sonucu %1'lik bölümü sigarayı bırakmış olsa 100 bin dolayında kişinin sigarayı bırakmış olacağı hesaplanabilir¹¹. Bu nedenle birinci basamakta çalışan hekim ve hekim dışı sağlık personelinin eğitilmeleri gerekmektedir.

2.20 Gebelerde Tütün Kullanımını Azaltmaya Yönelik Başarılı Girişim Çalışmaları

Gebelik döneminde sigara içicilik sıklığının %20-30'u aştığı bölgelerde gebe kadını ciddi sağlık sonuçları konusunda aydınlatmak, bebeklerinin sağlığını garanti etmeleri konusunda isteklendirerek sigarayı bırakmaları ve doğum sonrası tekrar başlamalarının engellenmesi, kadın ve çocuk odağındaki halk sağlığı programlarının en yüksek önceliğidir⁶.

Amerikan Jinekolog ve Doğum Uzmanları Birliği, gebe kadınlarda sigarayı bırakma programlarında 5A kısa danışmanlık yaklaşımını önermektedir⁷⁴.

Hemşire Ebe Tarafından Yürütülen Bazı Girişimler,

Gebauer, Kwo, Haynes ve Wewers 1998'de yayımladığı çalışmada, hemşirelerin uyguladığı 4A yaklaşımıyla 15 dakikalık danışmanlık ve gebe kadınlar için hazırlanmış sigarayı bırakma broşürü dağıtılmıştır. Girişimi izleyen 7-10 gün sonra hemşire tarafından telefonla bırakma desteği verilmiştir. Telefonu izleyen 6-12 hafta sonra gebelerin tükürüğündeki kotinin (nikotin metaboliti) miktarına bakılmıştır. Girişim grubunun %15.5'i sigarayı bırakmıştır. Kontrol grubunda bu zaman içinde sigarayı bırakan olmamıştır. Girişim grubunda ortalama içilen günlük sigara miktarı 13.3 adetten 7.8 adete inmiştir. Kontrol grubunda ise değişim hafif artış yönündedir⁷⁵.

Ebeler tarafından yürütülen ikinci bir girişim çalışması ise Lawrence ve arkadaşları tarafından sigarayı bırakmada kendi-kendine yardım programı değerlendirilmiştir. Üç ebe grubuna sigarayı bırakma teknikleri eğitimi verilmiştir. Birinci grup ebeye tüm ebelere verilen standart eğitim, ikinci gruba davranış değişimi için kuramsal değişim modeline yönelik eğitim, üçüncü gruba ikinci grup eğitimine ek olarak kadındaki sigara içme davranış değişimini değerlendiren bilgisayar programına dair bir eğitim verilmiştir. Girişimlerin uygulandığı gebe kadınlar 30. haftada ve doğumdan sonraki 10. günde değerlendirilmiştir. Sigarayı bırakma 30. haftada grup 1’de %1.7, grup 2’de %4.3, grup 3’de %5.7 olmuştur. Doğumdan sonra 10. günde değerlendirilmede sigarayı bırakmada artış gözlenmiş, grup 1’de %3.5, grup 2’de %4.7, grup 3’de %8.1 olmuştur⁷⁶.

Tablo 9. Sağlık Davranış Değişimi için Kuramsal Değişim Modeli (Transtheoretical Model)

Precontemplation	(Bırakmanın düşünülmediği aşama)
Contemplation	(Bırakmanın düşünülmesi)
Preparation	(Bırakma hazırlığının yapılması)
Action	(Bırakmanın denenmesi)
Maintenance	(Bırakmanın sürdürülmesi)

Kaynak: Detailed Overview of the Transtheoretical Model. (Erişim Adresi: <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>)

Rigotti ve arkadaşlarının yürüttüğü telefonla yardım temelindeki başka bir çalışmada, bilişsel-davranışsal ve güdülenme görüşmeleri yapılmıştır. Girişim grubuna ortalama beş seansta ortalama 68 dakikalık görüşme, kontrol grubuna beş dakikalık telefon danışmanlığı verilmiştir. Gebelik sonunda bırakma hızı girişim grubunda %10.0, kontrol grubunda ise %7.0’dır⁷⁷.

McLeod ve arkadaşlarının yürüttüğü diğer bir çalışma da ise birincil annelik bakımı veren ebelerin sigarayı bırakma ve azaltmadaki etkinlikleri değerlendirilmiştir. Ebeler dört gruba randomize edilmiştir. Kontrol grubu, genel annelik bakımı sağlamış, sigara eğitimi grubu, sigarayı bırakma ve azaltma konusunda eğitim ve destek programı uygulamak için eğitilmiş, emzirme grubu, sigara içen kadınlar için emzirme eğitimi ve desteği uygulamak için eğitilmiş, birleşik grup, hem sigara hem de emzirme programı uygulamak için eğitilmiştir. Sigara

eğitimi grubunun gebeliğin 28. haftasında sigarayı azalma ve bırakma OR:2.61(%95 G.A;1.13-6.04), 36. haftasında OR:2.71(%95 G.A; 1.17-6.28)'dir. Birleşik grubun ise gebeliğin 36. haftasındaki sigarayı bırakma ve azaltma OR:2.39(%95 G.A; 1.08-5.31)'dir⁴⁷.

Sağlık bakım sistemleri için sigarayı bıraktırmada kanıta dayalı önerilerin yer aldığı diğer bir makalede girişim olmaksızın gebelere genel bakımda verilen sigarayı bırakma önerisi ve desteğinin altı ay ve üzerindeki sigarayı bıraktırma başarısı %7 olarak belirtilmiştir⁷⁸.

Gebelikte Nikotin Replasman Tedavisi:

Nikotin replasman tedavilerinin gebelikte kullanımının etkinliği ve güvenliği konusu tartışmalıdır. Yapılan çalışmalarla tedavinin etkinliğinin düşük olduğu gösterilmiştir⁷⁴.

2.21 Öğrenme ve Eğitim

Öğrenme, bireyin çevresiyle etkileşimde bulunarak geçirdiği yaşantıların ürünü olan kalıcı izli “davranış değişikliği” olarak tanımlanır⁷⁹.

Eğitim ise “bireyin davranışlarında, kendi yaşantıları yoluyla, kasıtlı olarak istendik davranışlar oluşturma sürecidir. Eğitim yoluyla bireylerin bilgi ve becerileri, amaçları ve beklentileri, tutumları ve değerleri, hedeflenen yönde (istendik) ve amaçlı olarak (kasıtlı) değiştirilebilir⁷⁹.

2.22 Andragoji Kuramı

Yetişkinlerin özelliklerini temel alan eğitim kuramıdır. Andragoji (ya da adragoloji), Yunanca andr (yetişkin) ve agogos (rehberlik) köklerinden türetilmiştir ve “yetişkinlerin öğrenmesine yol göstermenin ya da yardımın bilim ve sanatı” anlamına gelir⁷⁹.

Andragojik modelin dayandığı en temel varsayım; yetişkinlerin bir şeyi öğrenmeye girişmeden önce, onu “niçin” öğrenmeleri gerektiğini bilmeye gereksinim duydukları konusudur. Bunun sonucu olarak, yetişkin eğitimiyle uğraşanların ilk görevi; öğrenenlerin “bilme gereksinimleri”nin farkına varmalarına yardımcı olmak, öğrenilenlerin gerçek yaşamda nasıl kullanılacağını göstermektir. “ Bilme gereksinimini” farkına vardırma,

yetişkinlerin şimdi oldukları yer ile olmak istedikleri yer arasındaki uzaklığı, kendilerinin keşfetmelerini sağlayacak gerçek ya da benzetimli öğrenme yaşantıları kullanılabilir⁷⁹.

Andragojik modelin bir diğer varsayımı; yetişkinler için bazı dışsal güdüleyicilerin (daha iyi iş olanakları, terfiler, daha yüksek ücret vb.) etkili olmasıyla birlikte, gizil gücü en yüksek güdüleyicilerin (daha fazla iş doyumunu arzusu, öz-saygı, yaşam kalitesi vb.) içsel baskılar olduğu konusudur⁷⁹.

Andragoji ve pedagoji arasındaki farklar, dört temel kavram çerçevesinde açıklanabilir.

1. Kendini Algılama (Benlik Algısı): Yaşamlarının diğer yönlerinde kesinlikle öz-yönetimli olan yetişkinler, öğrenmede de öz-yönetim yeteneklerini keşfettikleri zaman, öğrenmeye güdülenmede belirgin bir artış görülür ve öğrenmeyi sürdürmede güçlü bir istek duyarlar. Yetişkin eğitimcileri, yetişkinlere bağımlı öğrenenler olmaktan, öz-yönetimli öğrenenler olmaya geçmeleri için yardımcı olan öğrenme yaşantılarını yaratmaya çalışırlar⁷⁹.

2. Deneyimler: Yetişkinlerin deneyimleri, öğrenme için zengin bir kaynak olarak değerlendirilir. Bu nedenle pedagojik yöntemde genellikle ders anlatma, belirli bir konuyu okuma ve görsel-işitsel araçlarla ders sunma gibi “tek yönlü iletişim teknikleri” kullanılmaktadır. Diğer yandan, andragoji, grup çalışmaları ve tartışmaları, benzetim alıştırmaları ve sosyal öğrenmeyi sağlayıcı oyunlaştırmalar (role play), ekip oluşturma, beceriyi uygulama gibi, “deneyime dayanan” iki yönlü ve çok yönlü teknikler ile doludur. Eğitimde öğrencilerin aynı zamanda öğretmen olarak etkinlik göstermesi ve öğrenimi kolaylaştırmak için onların deneyimlerinden yararlanılmasıdır⁷⁹.

3. Öğrenmeye hazır olma: Yetişkinler, kendi gerçek yaşam durumları ile başa çıkabilmek için, “bilmeye ve yapabilmeye” gereksinim duydukları şeyleri öğrenmeye hazır olurlar. Ancak öğrenmeye hazır olmanın gelişmesi için edilgen bir biçimde beklemek gerekmez. Benzetim alıştırmaları, oyunlaştırma, daha yüksek performans örnekleri, mesleki rehberlik ve diğer teknikler ile hazır oluşu teşvik etme yolları vardır. Andragojide öğrenim içeriği ve yöntemi, öğrencilerin öğrenme gereksinimlerine ve bireysel ilgilerine doğrudan bağlı olarak, öğrenci grubu tarafından belirlenir. Öğrenciler “neyi öğrenmeye gereksinimleri olduğuna” kendileri karar verirler. Eğitimci, öğrenmeyi kolaylaştırıcı bir kişidir. Eğitimci, grupların ilgilerinin belirginleşmesinde ve öğrenme gereksinimlerinin saptanmasında öğrencilere yardım etmek için kaynak kişi olarak davranır⁷⁹.

4. Zaman Perspektifi ve Öğrenmeye Yönelim: Çocukların ve gençlerin okuldaki öğrenmelerinin konu-merkezli olmasının tersine, yetişkinlerin öğrenme yönelimleri yaşam-merkezli, görev-merkezli ya da sorun-merkezlidir. Yetişkinler bir şeyi öğrenmenin, görevlerini yerine getirmede ya da kendi yaşamlarında karşılaştıkları sorunlarla başa çıkmada, kendilerine yardımcı olacağını algıladıkları ölçüde enerjilerini onu öğrenmeye vermek için güdülenirler. Örgün eğitim programlarının gerçekleştirmek istediği kişisel ve toplumsal amaçlar geleceğe yöneliktir. Diğer bir deyişle, eğitimin davranışsal sonuçlarının hemen uygulanması geleceğe ertelenmiştir. Yetişkin ise, bir eğitim programının bugünkü gereksinimlerine yanıt vermesini bekler, eğitimde kazandıklarını hemen uygulamaya aktarmak ister. Bu durum eğitim programlarının bireyin ve toplumun hızla değişen gereksinimlerine sürekli olarak uyarlanmasını gerektirir⁷⁹.

2.23 Yetişkinlerin Öğrenme Özellikleri

Yetişkinlerin nasıl öğrendiğini anlamaya çalışmak, yetişkin eğitiminde “olumlu bir eğitim ortamı” yaratarak öğrenmeyi kolaylaştırmak anlamına gelir. Çünkü eğitim sürecinin dinamikleri büyük ölçüde eğitimci ve katılımcıların birbirlerini anlamalarına bağlıdır. Eğitimci, katılımcıların beklenti ve gereksinimlerini, katılımcılarda neden orada bulunduklarını net bir şekilde anlamış olmalıdırlar⁷⁹.

Yetişkinin temel özellikleri, eğitim sürecinde önemli rol oynar. Öğrenme için sosyal olduğu kadar, fizik açıdan da uygun ortamlar hazırlanmalıdır. Öğrenme yetişkinin ilgi, yetenek ve gereksinimlerine dayalı olmalıdır. Yetişkinlerin geçmiş deneyimleri öğrenmesini etkiler. Yetişkinine öğrenmesi için yeterli zaman verilmeli, öğrenme hızı zorlanmamalıdır. Yetişkinlerde öğrenme, yetişkinin yaşam durumunu geliştirmeye izin verecek şekilde düzenlenmeli ve öğretim durumları da yetişkinin sosyal rollerindeki yeteneklerini geliştirici olmalıdır⁷⁹.

Yetişkin öğrenme sürecinde etkin olmalıdır. Bu nedenle yaparak-yaşayarak öğrenme temel öğrenme ilkesi olmalıdır. Özellikle becerilerin kazanılmasında ve kalıcı olmasında tekrar önemlidir. Öğrenmede doğru davranışlar pekiştirilmelidir⁷⁹.

Öğrenilecek konu ya da çözülecek sorun, yetişkinin sorunun temel öğelerini ve bunlar arasındaki ilişkileri görüp inceleyebilmesi için en ayrıntısına kadar yapılandırılmalıdır. Öğretilecek bilgiler, yetişkinin özelliğine göre, basitten karmaşığa gidecek şekilde sıralanmalıdır. Yetişkinde öğrenme sonunda geribildirimler verilerek yetişkinin yanlış ve doğruları bilmesi ve öğrenmeye karşı olumlu tutum geliştirmesi sağlanabilir. Yetişkinin güdülenmesi ve başarılı olması için öğrenme sürecine ilişkin belirli amaçları olmalıdır. Yeni öğrenilenler yetişkinin önceki öğrendikleri ile bütünleştirilmelidir⁷⁹.

Yetişkin eğitiminde güdüleme önemlidir. Bunun için, öğretim durumları yetişkinin yeteneklerine göre düzenlenmeli, öğrenme, yetişkinin içinde bulunduğu kültüre göre biçimlendirilmelidir. Öğrenmede yetişkinin kaygı düzeyi göz önünde bulundurularak cesaretlendirme ve yönlendirmeye yer verilmelidir⁷⁹. Bu ilkeler ışığında yetişkinlerin öğrenme özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- Yetişkinler eğitimin kendi konularıyla bağlantılı olmasını isterler
- Yetişkinler eğitim kendi konularıyla ilgiliyse öğrenmeye hevesli olurlar; güdülenirler
- Yetişkinler eğitime etkin olarak katılmak isterler
- Yetişkinler eğitimde değişiklik isterler: Eğitimci görsel-işitsel araçları kullanarak sınıf dersleri, küçük grup etkinlikleri, grup tartışmaları, gösterimler, oyunlaştırmalar, olgu çalışmaları ve beyin fırtınası ile ya da konuk konuşmacılar çağırarak bu değişikliği sağlayabilir.
- Yetişkinler olumlu geribildirim verilmesini isterler
- Yetişkinlerin kişisel kaygıları vardır ve güvenli bir ortama gereksinim duyarlar
- Yetişkinler herkesten farklı bilgi, görgü ve deneyime sahip özgün birer birey olarak görülmek isterler
- Yetişkinlerin özgüvenlerini korumaları gerekir
- Yetişkinlerin kendileri ve eğitimcileri için beklenti düzeyleri yüksektir
- Yetişkinlerin bireysel gereksinimleri göz önüne alınmalıdır⁷⁹

3. AMAÇLAR

Temel amaç: Gebelerde sigara içiminin azaltılması ve sigara dumanından korunma konusunda ebe ve hemşirelerin aktif, destekleyici rol geliştirmelerine katkı sağlayacak bir girişimde bulunulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda;

- 1.** Gebelerde sigara içiminin azaltılması ve sigara dumanından koruma danışmanlığı konusunda, ebe ve hemşirelerin tutum ve davranışlarını belirlemek
- 2.** Ebe ve hemşirelere eğitim vermek, eğitimin bu konudaki tutum ve davranışlarına etkisini ölçmek
- 3.** Eğitim verilen ebelerin uyguladıkları danışmanlıkların, gebelerde sigarayı azaltma/bırakma ve sigara dumanından korunmadaki etkisini saptamak

için bir çalışma planlanmıştır.

4. YÖNTEM

4.1 Araştırma Tipi: Girişimsel araştırma

4.2 Evren: Konak Sağlık Grup Başkanlığı (SGB) Bölgesi'nde iki aylık sürede yeni tespit edilen dördüncü ayındaki 1712 gebe, Sağlık Grup Başkanlığı (SGB) Bölgesi'nde çalışan 312 ebe-hemşire

4.3 Örnek Büyüklüğü:

Gebeler için örnek büyüklüğü sigara içme sıklığı ve sigara içme değişimini saptamaya yönelik iki şekilde hesaplanmıştır.

Gebelerde sigara içme sıklığı %20, sapma %5 alınarak % 95 güven düzeyinde en az örnek büyüklüğü 215 gebe olarak hesaplanmıştır. Sağlık ocakları birer küme olarak alınacağı için bu sayı tasarım etkisi göz önüne alınarak 1.2 ile çarpılmış 258 sayısı elde edilmiş, %10 yedek alınarak 284 gebeye ulaşılması hedeflenmiştir.

Aynı örnek büyüklüğünün, $\alpha=0.05$, %80'lik güçte eğitim verilen bölgede gebelerde sigara içiciliğinde %13'lük bir değişimi yakalayabileceği hesaplanmıştır. Buna göre girişim grubunda 125, kontrol grubunda 125 olmak üzere toplam 250 gebenin örneğe alınması yeterlidir.

Ebe ve hemşireler için örnek büyüklüğü; %80'lik güçte $\alpha=0.05$, ebe ve hemşirelerin %25 doğru danışmanlık davranışları olduğunu düşünüp bunun %75'e çıkarılacağını öngördüğümüzde girişim grubunda 18, kontrol grubunda 18 olmak üzere 36 ebe ve hemşirenin örneğe alınması yeterlidir.

4.3.1 Sağlık Ocaklarının Seçimi ve Gebe Örneğinin Belirlenmesi

Konak Sağlık Grup Başkanlığı 2005 Ekim Ayı Gebe Sayısı: **5140**

İyi sosyoekonomik (SE) düzeydeki gebe sayısı: 955 (**%18**)

Orta sosyoekonomik düzeydeki gebe sayısı: 2137 (**%42**)

Kötü sosyoekonomik düzeydeki gebe sayısı: 2048 (**%40**)

Konak Sağlık Grup Başkanlığı Bir Aylık Yeni Tespit Gebe Sayısı: $5140/6=856$

Konak Sağlık Grup Başkanlığı İki Aylık Yeni Tespit Gebe Sayısı: $856 \times 2=1712$

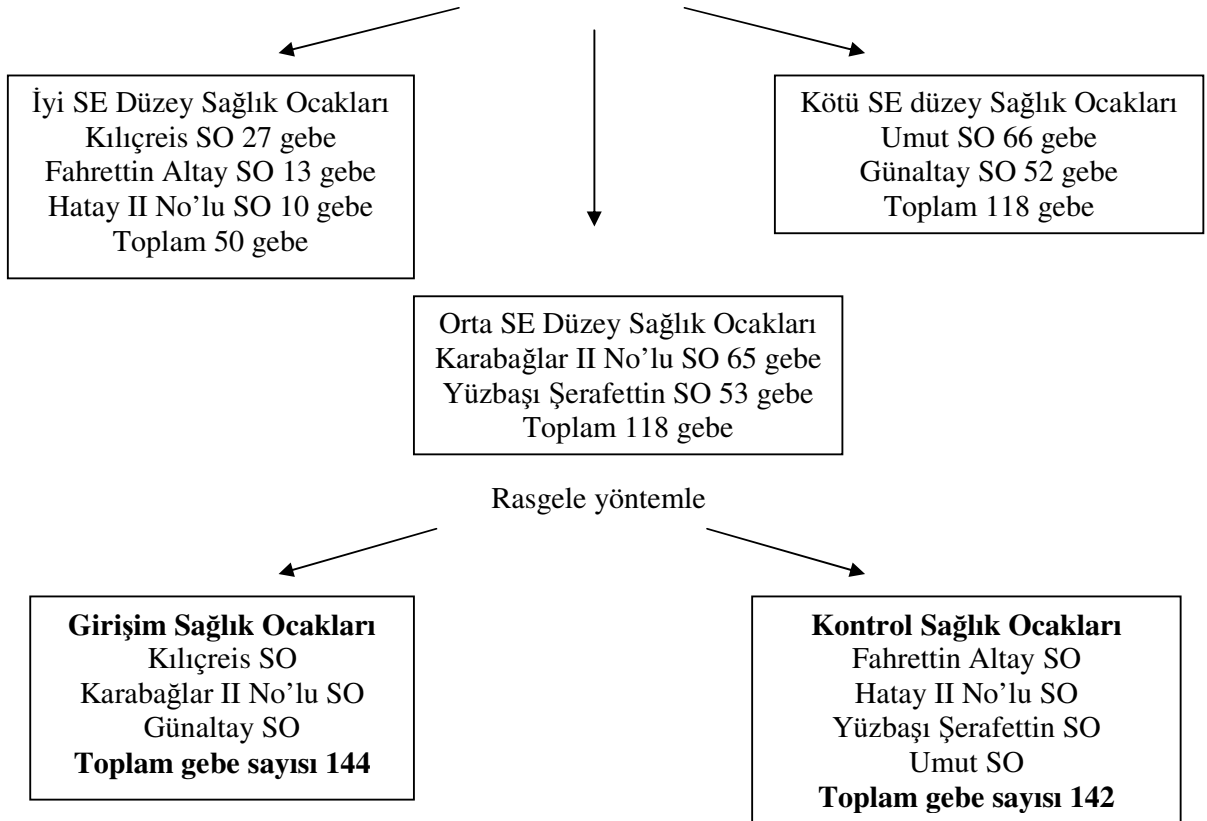
Evren: 1712 Gebe, Örnek: 284 Gebe

İyi sosyoekonomik düzeyden %18, 51 gebe

Orta sosyoekonomik düzeyden %42, 119 gebe

Kötü sosyoekonomik düzeyden gebe %40, 114 gebe

Rasgele sayılar tablosuna göre yedi sağlık ocağı (SO) belirlenmiştir



4.3.1.1 Evrenin Belirlenmesi

Konak Sağlık Grup Başkanlığı 2005 Ekim ayı gebe sayısı 5140'dır. Gebeler ortalama altı ay süreyle izlemde kalmaktadır ve bu bilgiye dayalı olarak gebelerin 856'sının Ekim ayında tespit edilmiş dördüncü ayındaki gebeler olduğu öngörülmüştür. Konak SGB bağlı, beşi Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi, 41'i sağlık ocağı toplam 46 kurumda bu tespitler yapılmıştır. Ortalama bir kurumun aylık 19 gebe tespit edebileceği sonucuna varılmıştır. Yeterli örneğe ulaşmak için, yaklaşık 15 sağlık ocağındaki dördüncü ayındaki tüm gebelere, araştırma planına bağlı olarak bir ay içinde ulaşılması gerekmektedir. Bu da araştırmanın olanaklarını aşmaktaydı. Bu sorun aynı örnek büyüklüğüne, iki ayda, daha az kuruma giderek ulaşılmasının hedeflenmesine neden olmuştur. Bu nedenle Konak SGB'nda iki ayda tespit edilen 1712 gebe evren olarak belirlenmiştir.

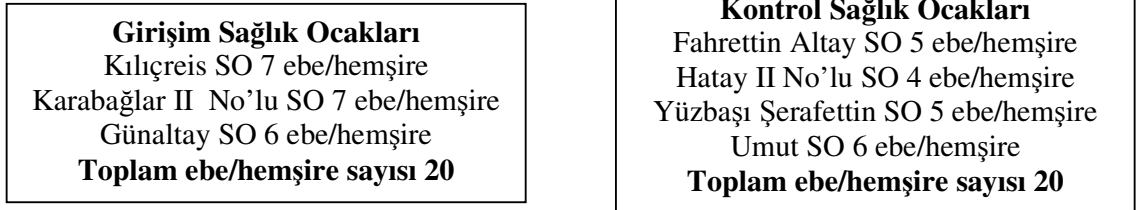
4.3.1.2 Sağlık Ocaklarının Seçimi

Konak Sağlık Grup Başkanlığı tarafından sağlık ocakları sosyoekonomik duruma göre kötü-orta-iyi olmak üzere üç düzeyde değerlendirilmektedir. Bu sosyoekonomik sınıflandırmanın net ölçütü olmamakla birlikte sağlık ocaklarının konut ve sosyodemografik verilerinden yararlanılarak bu sınıflandırmanın yapıldığı belirtilmiştir. Konak SGB'ndaki tüm sağlık ocaklarında 2005 Ekim ayında 5140 tespit edilmiş gebe bulunmaktadır. Bu gebelerin %18'i iyi sosyoekonomik düzeydeki, %42'si orta sosyoekonomik düzeydeki, %40'ı kötü sosyoekonomik düzeydeki sağlık ocakları bölgesinde yaşamaktadır. Örnek seçilirken tabakalama yapılarak her sosyoekonomik düzeyin eşit temsil edilmesine özen gösterilmiştir.

Sosyoekonomik düzeye göre ayrılan sağlık ocaklarına sırayla numara verilmiş ve rasgele sayılar tablosundan yararlanılarak seçim yapılmıştır. Yeterli örnek büyüklüğüne ulaşana kadar seçime devam edilmiş ve toplam yedi sağlık ocağından yeterli örnek büyüklüğüne ulaşılmıştır. Seçim sonucu iyi sosyoekonomik düzeyden üç, orta ve kötü sosyoekonomik düzeyden ikişer sağlık ocağı belirlenmiştir. Belirlenen sağlık ocakları kurayla girişim ve kontrol sağlık ocakları olarak ayrılmıştır.

4.3.2 Ebe ve Hemşire Örneğinin Belirlenmesi

Seçilen girişim ve kontrol sağlık ocaklarında alan hizmetinde çalışan tüm ebe hemşireler örneğe alınmıştır.



4.4 Değişkenler:

4.5 Sonuç Değişkenleri:

I. Ebe ve hemşirelerin gebelerin sigaradan korunmasıyla ilgili danışmanlık davranışı:

5A Kısa Danışmanlık Yaklaşımı'ndan yararlanılarak hazırlanmış beş önerme kullanılmıştır⁷². Önergeler ek (1)'de gösterilmiştir.

Ebe ve hemşirelere “hiçbir zaman” “bazen” “her zaman” yanıtlarından birini seçmeleri istenmiştir. Veri üç şekilde çözümlenmiştir.

1. Girişim ve kontrol gruplarının başlangıçtaki ve sonraki “**her zaman**” yanıtları karşılaştırılmıştır.
2. “**Hiçbir zaman**” yanıtına “0”, “**bazen**” yanıtına “1”, “**her zaman**” yanıtına “2” puan verilerek girişim ve kontrol gruplarının başlangıçtaki ve sonraki davranış puanları hesaplanmış ve karşılaştırılmıştır.
3. Önergelerin tümüne “her zaman” yanıtını verenler “**doğru danışmanlık davranışı**” gösteriyor kabul edilip çözümlenmiştir.

II. Ebe ve hemşirelerin sigara danışmanlığı ile ilgili tutumu:

Tutum iki bölümde değerlendirilmiştir.

1. Ebe ve hemşirelerin sigara danışmanlığı ile ilgili olumlu tutum önermeleri

Araştırmacılar tarafından hazırlanan anketle dört alt grupta değerlendirilmiştir. Mesleksi yarar, gebeye yarar, bebeğe yarar, toplumsal yarar önermeleri ek (1)'de sunulmuştur.

2. Ebe ve hemşirelerin sigara danışmanlığı ile ilgili olumsuz tutum önermeleri

Sigara danışmanlığı ile ilgili olumsuz tutum önermeleri ek (1)de sunulmuştur.

Ebe ve hemşirelerden, her iki bölümdeki önermelere “kesinlikle katılmıyorum” “kararsızım” “kesinlikle katılıyorum” yanıtlarından birini seçmeleri istenmiştir. Veri çözümleme iki şekilde yapılmıştır.

1. Girişim ve kontrol gruplarının başlangıçtaki ve sonraki **“kesinlikle katılıyorum”** yanıtları karşılaştırılmıştır.
2. **“Kesinlikle katılmıyorum”** yanıtına **“0”**, **“kararsızım”** yanıtına **“1”**, **“kesinlikle katılıyorum”** yanıtına **“2”** puan verilerek girişim ve kontrol gruplarının başlangıçtaki ve sonraki mesleki yarar, gebeye yarar, bebeğe yarar, toplumsal yarar olumlu tutum puanları ve sigara danışmanlığı ile ilgili olumsuz tutum puanları hesaplanarak karşılaştırılmıştır.

III. Ebelerin gebelere verdikleri sigaradan korunma danışmanlıklarının etkisi:

Sigara içen gebelerin sigarayı azaltması ya da bırakması, tüm gebelerin yaşadıkları evlerde pasif içicilikten korunmaları kendi ifadeleriyle belirlenmiştir.

- **Sigara içme durumu**

Dünya Sağlık Örgütünün sigara içme tanımına göre bilgiler elde edilmiştir. Buna göre yaşamının herhangi bir döneminde altı ay ya da daha uzun süre günde en az bir sigara içmiş olup şu an içmeye devam edenler “şu an içiyor”, yaşamının herhangi bir döneminde 6 ay ya da daha uzun süre günde en az bir sigara içmiş olup şu an içmeyenler “bırakmış” olarak sınıflandırılmıştır. Diğer kişiler “hiç içmemiş” olarak kabul edilmiřtir⁸⁰.

- **Günlük içilen sigara miktarı**

Günlük içilen sigara miktarı adet olarak açık uçlu belirtilmiştir. Bulgularda ortalama ve standart sapma ile sunulmuştur.

- **Gebelerin evdeki pasif içiciliği**

Ev içinde sigara içilmez, mutfak, yatak odası, tuvalet-banyo, odalar, koridor, seçenekleriyle belirtilmiş; bulgularda “ev içinde sigara içilmez” “pasif içicilik yok” diğer seçenekler “pasif içicilik var” olmak üzere iki grupta sınıflandırılmıştır.

4.6 Tanımlayıcı Değişkenler:

I. Ebe ve hemşireye ilişkin değişkenler

- Ebe ya da hemşirenin yaşı
- Öğrenimi
- Mesleksel unvanı
- Medeni durumu
- Çocuk sayısı
- Mesleğinde çalışma süresi
- İşinden memnuniyeti
- İşinden memnun olmayanların memnun olmama nedeni
- Kendi gebeliklerinde sigara içme durumu
- Sigara içtikleri gebelikleri varsa sorun yaşama durumu
- Sigara içme durumu
- Sigara içmeye başlama yaşı
- Sigarayı bırakma zamanı
- Sigaranın zararları konusunda hizmet içi eğitim alma durumu
- Çalıştığı kurumda sigara içilen yerler
- İzlemlerde gebeye ayırdığı süre

II. Gebeye ilişkin değişkenler

- Gebenin yaşı
- Öğrenimi
- Medeni durumu
- İş
- Eşinin öğrenimi
- Eşinin işi
- Sağlık güvence varlığı
- Kişi başı gelir düzeyi
- Aile tipi
- Gebelik sayısı
- Yaşayan çocuk sayısı

- Düşük, ölü doğum öyküsü
- Önceki gebeliklerinde sigara içme öyküsü
- Süregen hastalık varlığı
- Son gebeliğe bağlı sağlık sorunu varlığı
- Doğum öncesi bakımı kimlerden aldığı
- Bağımlılık durumu
- Sigarayı bırakma istekleri
- Sigarayı bırakma zamanı
- Sigarayı bırakma şekli
- Eşin sigara içme durumu
- Evde sigara içen eş dışındaki aile üyesi varlığı
- İşyerinde pasif içicilik durumu

4.7 Ebe ve Hemşireye İlişkin Değişkenlerin Tanımlanması:

Ebe ya da hemşirenin yaşı: Açık uçlu olarak belirtilmiştir. Bulgularda ortalama ve standart sapma ile sunulmuştur.

Öğrenimi: Sağlık Meslek Lisesi, Hemşirelik/Ebelik Yüksekokulu, Açık Öğretim Önlisans Programı ve Diğer seçenekleri ile sorulmuştur. Bulgularda meslek lisesi ve diğer olmak üzere iki grupta sunulmuştur.

Mesleksel unvanı: Ebe-hemşire, hemşire, yüksek hemşire olmak üzere üç seçenekte sorulmuştur. Bulgularda ebe-hemşire ve diğer olarak iki grupta sunulmuştur.

Medeni durumu: Evli, bekar, dul, boşanmış, eşinden ayrı yaşıyor, seçenekleri ile sorulmuştur. Bulgularda, evli ve diğer seçenekleri ile iki grupta sunulmuştur.

Çocuk sayısı: Açık uçlu olarak belirtilmiştir; bir çocuk, iki ve üzeri çocuk sahibi olanlar olmak üzere iki sınıfta sunulmuştur.

Mesleğinde çalışma süresi: Açık uçlu olarak belirtilmiştir. Tüm grubun ortalama çalışma süresinden ikiye bölünerek 15 yıl ve altı, 16 yıl ve üzeri çalışma süresi olanlar olarak iki grupta sunulmuştur.

İşinden memnuniyeti: Memnun değilim, memnunum olarak iki seçenekte belirtilmiş, bulgularda aynen sunulmuştur.

İşinden memnun olmayanların memnun olmama nedenleri: Liderlik olanağının olmayışı, ilerleme(terfi) olanağının olmayışı, işyerlerindeki olumsuz insan ilişkileri, zor çalışma

koşulları, maaşların düşüklüğü, başarısızlık duygusu, onay görmeme, aşırı denetlenme, diğer seçenekleri ile sorulmuştur. Bulgularda aynen sunulmuştur.

Kendi gebeliklerinde sigara içme durumu: İçtim, içmedim seçenekleri ile sorulmuştur. Bulgularda aynen sunulmuştur.

Sigara içtikleri gebelikleri varsa sorun yaşayıp yaşamadıkları: Açık uçlu olarak belirtilmiş ve aynen sunulmuştur.

Sigara içme durumu: Hiç içmedim, kullanıyordum bıraktım, evet içiyorum, seçenekleri ile sorulmuştur. DSÖ tanımına uygun olarak bu veriler elde edilmiştir. Bulgularda, hiç içmedim, kullanıyordum bıraktım seçenekleri tek grupta, şu an içenler tek grupta olmak üzere iki grupta sunulmuştur.

Günlük içilen miktar: Açık uçlu olarak günlük içilen sigara adeti belirtilmiş, tüm grup ortalaması olan değerden ikiye bölünerek 14 ve altı, 15 ve üzeri olarak iki grupta sunulmuştur.

Sigara içmeye başlama yaşı: Açık uçlu olarak belirtilmiş, 18 yaş ve altı, 19 yaş ve üzeri olmak üzere iki grupta sunulmuştur.

Bırakma zamanı: Açık uçlu ay, yıl olarak belirtilmiştir. Bırakanların çoğu bu soruyu yanıtlamaktan kaçındıkları için değerlendirme yapılamamıştır.

Sigaranın zararları konusunda hizmet içi eğitim alma durumu: Evet, hayır olarak iki seçenekle sorulmuş ve aynen sunulmuştur.

Çalıştığı kurumda sigara içilen yerler: Sigara içme odası, ebe-hemşire odası, poliklinikler, aşı odası, acil odası, laboratuvar, koridor, bahçe, diğer seçenekleri ile sorulmuş, bulgularda aynen sunulmuştur.

İzlemlerde gebeye ayırdığı süre: Dakika olarak açık uçlu olarak belirtilmiştir. Bulgularda ortalama ve standart sapma ile sunulmuştur.

4.8 Gebeye İlişkin Değişkenlerin Tanımlanması:

Gebenin yaşı: Açık uçlu olarak belirtilmiştir. Gebelik için riskli yaşlar olarak kabul edilen 18 yaş ve altı, 35 yaş ve üzeri bir grup, 20-34 yaş bir grup olmak üzere iki grupta sunulmuştur.

Öğrenimi: Okur-yazar değil (OYD), okur-yazar (OY), ilkokul, ortaokul, lise, üniversite seçenekleri ile sorulmuş, OYD ve OY bir grup, ilkokul ve ortaokul bir grup, lise ve üzeri bir grup olmak üzere üç grupta sunulmuştur.

Medeni durumu: Evli (resmi nikahlı, nikahsız), bekar, dul, boşanmış, eşinden ayrı yaşıyor, seçenekleri ile sorulmuş, gebelerin tümü evli olduğu için resmi nikahlı evli, resmi nikahsız evli olarak iki seçenekte sunulmuştur.

İşi: Ev kadını, işsiz, memur, işçi, düzensiz işler, esnaf, işveren seçenekleri ile sorulmuştur. Bulgularda ev kadını ve çalışan olarak iki grupta sunulmuştur.

Eşinin öğrenimi: Okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite seçenekleri ile sorulmuştur. İlkokul, ortaokul, lise ve üniversite olmak üzere üç grupta sunulmuştur.

Eşinin işi: İşsiz, memur, işçi, düzensiz işler, esnaf, işveren seçenekleri ile sorulmuştur. İşsiz ve düzensiz işler bir grup, işçi bir grup, esnaf ve işveren bir grup, memur bir grup olmak üzere dört grupta sunulmuştur.

Sağlık güvence varlığı: Yok, Emekli Sandığı, Bağ-kur, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Yeşil Kart, Özel Sigorta seçenekleri ile sorulmuştur. Yok, SSK, diğer olmak üzere üç grupta sunulmuştur.

Kişi başı gelir: Hane geliri ve evde yaşayan kişi sayısı sorularak hesaplanmıştır. Açık uçlu Yeni Türk Lirası (YTL) olarak belirtilmiştir. Tüm grup ortanca gelir düzeyi olan 200.00 YTL kesim noktası alınarak 200.00 YTL ve altı, 200.01 YTL ve üzeri olmak üzere iki grupta sunulmuştur.

Aile tipi: Çekirdek, geniş, parçalanmış aile olarak sorulmuştur. Bulgularda çekirdek ve geniş aile olmak üzere iki grupta sunulmuştur.

Gebelik sayısı: Kaçınıcı gebeliği olduğu açık uçlu olarak belirtilmiştir. Birinci gebelik, iki ve üzeri gebelik olmak üzere iki grupta sunulmuştur.

Yaşayan çocuk sayısı: Açık uçlu olarak belirtilmiştir. Yok ve bir ve üzeri çocuk olmak üzere iki grupta sunulmuştur.

Düşük varlığı: Var, yok olarak iki seçenekle belirtilmiş var olanlara istemli istemsiz düşük olup olmadığı sorulmuş ve bulgularda aynen sunulmuştur.

Ölü doğum varlığı: Var, yok olarak iki seçenekle belirtilmiş ve aynen sunulmuştur.

Süregen hastalıkları: Açık uçlu olarak belirtilmiştir. Hastalık belirenler evet, diğer grup hayır olmak üzere iki grupta sunulmuştur.

Son gebeliğe bağlı sağlık sorunu: Açık uçlu olarak belirtilmiş, sorun belirenler evet, diğer grup hayır olmak üzere iki grupta sunulmuştur.

Doğum öncesi bakımı kimlerden aldığı: Ebe-hemşire, sağlık ocağı hekimi, kadın doğum uzmanı, diğer olarak belirtilmiştir. Sadece kadın doğum uzmanı, sadece ebe-hemşire ve diğer

olmak üzere üç grupta sunulmuştur.

Önceki gebeliklerinde sigara içme öyküsü: Evet ve hayır olarak iki seçenekte belirtilmiş, aynen sunulmuştur.

Bağımlılık durumu: Altı soruluk Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile belirlenmiştir; 0-2 puan çok düşük, 3-4 puan düşük, 5 puan orta, 6-7 puan yüksek, 8-10 puan çok yüksek bağımlılık olarak değerlendirilmiştir^{81,82}. Çok düşük ve düşük bir grup, orta, yüksek, çok yüksek bir grup olmak üzere iki grupta sunulmuştur.

Sigarayı bırakma istekleri: Evet, hayır seçenekleriyle belirtilmiş ve aynen sunulmuştur.

Bırakma zamanı: Ay olarak belirtilmiştir.

Sigarayı bırakma şekli: Gebelik öncesinde son bir yıl içinde kendi çabamla, gebe kaldığımı öğrenince kendi çabamla, kendi çabamla önceden, ebe-hemşire yardımıyla, doktor yardımıyla ve diğer seçenekleri ile sorulmuştur. Kendi çabasıyla son bir yıl içinde ve önceki yıllarda bırakanlar ve gebe kaldığını öğrenince bırakanlar olmak üzere iki grupta sunulmuştur.

Eşin sigara içme durumu: Şu an içiyor, kullanıyordu bıraktı, hiç içmedi, olmak üzere üç seçenekte sorulmuştur. DSÖ tanımına uygun olarak bu veriler elde edilmiştir. Bulgularda aynen sunulmuştur.

Evde sigara içen eş dışındaki diğer aile üye sayısı: Açık uçlu olarak belirtilmiştir. Sayı belirtenler içici aile üyesi var, diğer grup yok olmak üzere iki grupta sunulmuştur.

İşyerinde pasif içicilik durumu: Sadece sigara içme odasında sigara içilmesi pasif içicilik yok, diğer grup pasif içicilik var olarak kabul edilmiştir ve aynen sunulmuştur.

4.9 Araştırmanın Uygulanması ve Girişim Yöntemi:

Araştırmanın ilk verileri 2006 Mayıs ve Haziran tarihlerinde iki ay süreyle gebelerden, ebe ve hemşirelerden toplanmıştır. Örneğe alınan gebeler, veri toplanması sırasında, zaman darlığı ve araştırmanın geniş bir bölgede yapılması nedeniyle telefonla sağlık ocağına davet edilmiştir. Sağlık ocağına gelmeyen ya da telefonu olmayan gebelere evlerine gidilerek ulaşılmıştır. Sigara danışmanlığı konusuna duyarlılığının artmaması için ebe ve hemşirelerden sağlık ocağına gidilen ilk günlerde veri toplamaya dikkat edilmiştir. Ebe ve hemşirelere girişim ya da kontrol sağlık ocaklarında olup olmadıklarına yönelik herhangi bir bilgi verilmemiştir. İlk aşamada, sürenin kısa olması nedeniyle araştırmacı, veri toplamada bir araştırma görevlisinden destek almıştır.

Sürdürülen görevi aksatmamak amacıyla ebe ve hemşirelere sağlık ocaklarında eğitim verilmiştir. Eğitimler Haziran 2006'nın son günlerinde yapılmıştır. Eğitim öncesi, ebe ve hemşirelerle, sağlık ocağı sorumlu hekimiyle konuşularak kendileri için en uygun olan zaman belirlenmiştir. Alanda çalışan tüm ebe ve hemşirelerin eğitime katılmasına özen gösterilmiştir. Eğitim günü ve saatleri belli olan bir sağlık ocağında aynı gün ve saatte eğitimin yapılması uygun görülmüştür. Belirtilen zaman saat 15:00-17:00 arası olmuştur. Diğer bir sağlık ocağı da, aynı saatlerin iş yükleri açısından en uygun zaman olduğunu belirtmiştir. Üçüncü sağlık ocağı ise kendileri için en uygun zamanın saat 11:30-13:30 arası olacağını belirtmişlerdir. Eğitimin ilk aşaması iki saat süren seminerdir ve belirtilen zamanlarda yapılmıştır. Sunumda slayt makinesi kullanılmıştır.

Eğitimin ikinci aşaması olgu çalışmasıyla yürütülmüştür. Olgu çalışması, 5A Kısa Danışmanlık Yaklaşımı çerçevesinde yapılmıştır. Bu yaklaşımın başarıları ortaya konarak ebe ve hemşirelerin danışmanlık için isteklendirilmeleri sağlanmaya çalışılmıştır. Bu tartışma, tüm sağlık ocaklarında ebe-hemşirelerin işi açısından en uygun olduğu 16:00-17:00 saatleri arasındaki zamanda yapılmıştır. Aynı sürede araştırmacı ebe ve hemşirelerden beklentilerini dile getirmiştir. Bu beklenti gebelere sigaradan korunma danışmanlığı verilmesi ve verilen danışmalıkların gebe izlem kartında belirtilmesidir.

Danışmanlıkların etkisini görmek için gebelerden ortalama beş ay sonra yani doğum yapmalarından hemen sonra sigarayla ilgili veriler tekrar toplanmıştır. Anneler telefonla sağlık ocağına çağırılmış, gelmeyenlere ve telefonu olmayanlara evlerine gidilerek ulaşılmıştır. Ebe ve hemşirelerde, tutum ve davranış değişimi olup olmadığı gene aynı dönemde ilk uygulanan anket tekrar uygulanarak belirlenmiştir. İkinci veri toplama süreci yaklaşık dört ay sürmüştür.

4.10 Eğitim Planı ve Uygulanması

Eğitim öncesi ebe hemşirelerin sigarayla ilgili bilgi birikiminin ne olduğu ve eğitim gereksinimlerini saptamaya yönelik bir çalışma yürütülemediği. Hangi bilgi ve becerilerin aktarılması gerektiği eğitici (araştırmacı ve danışmanı) tarafından karar verilmiştir. Eğitimin amacı 5A Kısa Danışmanlık Yaklaşımı'nın ebelere öğretilmesidir.

Eğitimin ilk aşamasını oluşturan sunum, farklı bilgi düzeyinde olacağını öngördüğümüz ebe hemşirelerin belli bilgi düzeyine ulaşmasını sağlayıcı nitelikte hazırlanmıştır. Bu sunumla aynı zamanda 5A Kısa Danışmanlık Yaklaşımı'nı öğrenmek için güdülenmelerinin sağlanacağı düşünülmüştür. Sunum, etkin sunum yapma tekniğine uygun olarak hazırlanmıştır. Eğitim öncesi, fiziksel ortam mümkün olduğunca eğitime uygun hale getirilmiştir. Eğitime katılanların bireysel gereksinimlerine yönelik hazırlıklar yapılmıştır. Sunum öncesi eğitimin amacı konusunda bilgi verilmiştir. Ebe ve hemşirelerin eğitimden beklentileri alınarak olumlu bir eğitim ortamı yaratılmaya çalışılmıştır. Sunum başlangıcında beyin fırtınasıyla ebe ve hemşireler öğrenmeye hazır hale getirilmiştir. Basitten karmaşığa giden bir sunum yapılmıştır. Slaytlarda yer alan resimlerle katılımcıların ilgilerini kaybetmemeleri sağlanmıştır. Soru sorma tekniği kullanılarak ebe ve hemşirelerin deneyimlerini paylaşmaları fırsatı tanınmıştır. Sunumun sonunda sunum içeriği özetlenmiş ve önemli mesajlar verilmiştir; ebe ve hemşirelerden sunumla ilgili sözlü geri bildirimleri alınmıştır.

Sunumda, sigara kullanımının tarihçesi, Dünya'da ve Türkiye'deki sigara kullanımının yaygınlığı, sigara endüstrisinin hedefleri, insan sağlığına zararları, sigaranın kadın sağlığına özellikle gebelikteki etkilerine yönelik bilgi verilmiş, sigara kontrol önlemleri ve sigarayla savaşmada sağlık çalışanlarının rolü, sigara bırakma süreci ve bırakma sürecinde karşılaşılabilecek sorunlar anlatılmış ve tartışılmıştır. Toplam 77 slayt güncel literatür eşliğinde danışmanı desteğiyle araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Olgu çalışması, veri toplama sırasında karşılan örnek üç olgu senaryosu üzerinden yapılmıştır. Olgu çalışmasıyla ebe ve hemşirelerin dikkatinin gerçek bir duruma çekilmesi amaçlanmıştır. Olgu senaryoları eğitici tarafından ayrıntılı bir şekilde ebe ve hemşirelere sunulmuştur. Ebe ve hemşireler teker teker görüşlerini paylaşmışlar ve tartışmışlardır. Böylece eğitime tümünün etkin katılımı ve birbirleriyle etkileşerek olumlu bir öğrenme sağlanmıştır. Eğitici (araştırmacı) 5A Kısa Danışmanlık Yaklaşımı'nı ön plana çıkarıcı şekilde tartışmayı yönlendirmiştir. Olgu çalışması sonunda 5A Kısa Danışmanlık Yaklaşımı'nın tüm basamakları özetlenmiş ve üstünlükleri vurgulanmıştır.

4.11 Veri Toplama Yöntemi:

Ebe ve hemşireler araştırma konusunda aydınlatılıp araştırmaya katılmak istediklerini sözel olarak belirttiklerinde kendi kendilerine yanıtladıkları anketler aracılığıyla veri toplanmıştır. Gebeler araştırma konusunda aydınlatılıp araştırmaya katılmak istediklerini sözel olarak belirttiklerinde, yüz-yüze görüşme tekniğiyle uygulanan anket aracılığıyla veri toplanmıştır.

4.12 Veri Çözümlemesi:

SPSS 11.0, Epi Info Statcalc 2002 paket programları ile veri çözümlemesi yapılmıştır. Tanımlayıcı özelliklerin yüzde dağılımları elde edilmiştir. Girişim ve kontrol gruplarındaki ebe ve hemşirelerin, sosyodemografik, mesleki, sigara kullanımı özelliklerindeki farkları değerlendirmek için sınıflandırılmış değişkenlerde Ki-kare, Fisher'in Kesin Testi, sürekli değişkenler ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ebe ve hemşirelerin başlangıç ve sonraki tutum ve davranış Ki-kare, Fisher'in Kesin Testi ile davranış ve tutum puanları ise Mann-Whitney U testi ile çözümlenmiştir. Doğru danışmanlık davranışının başlangıç çözümlemesi Fisher'in Kesin Testi, sonraki çözümlemesi Ki-kare testi ile yapılmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin başlangıçtaki sosyodemografik, sigara içicilik, pasif içicilik, doğurganlık ve diğer özelliklerindeki farkları değerlendirmek için sınıflandırılmış değişkenlerde Ki-kare, Fisher'in Kesin Testi, sürekli değişkenlerde ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Girişim ve kontrol grubu gebelerinin sonraki sigara içicilik, pasif içicilik özellikleri Ki-kare, günlük içilen sigara miktarı ise Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Girişim ve kontrol gruplarının önceki ve sonraki sigara içme durumu McNemar Ki-kare testi ile çözümlenmiştir⁸³.

4.13 Araştırmanın Bütçesi:

Araştırma araştırmacının kendi olanaklarıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmayı destekleyen herhangi bir kuruluş ve araştırma fonu yoktur.

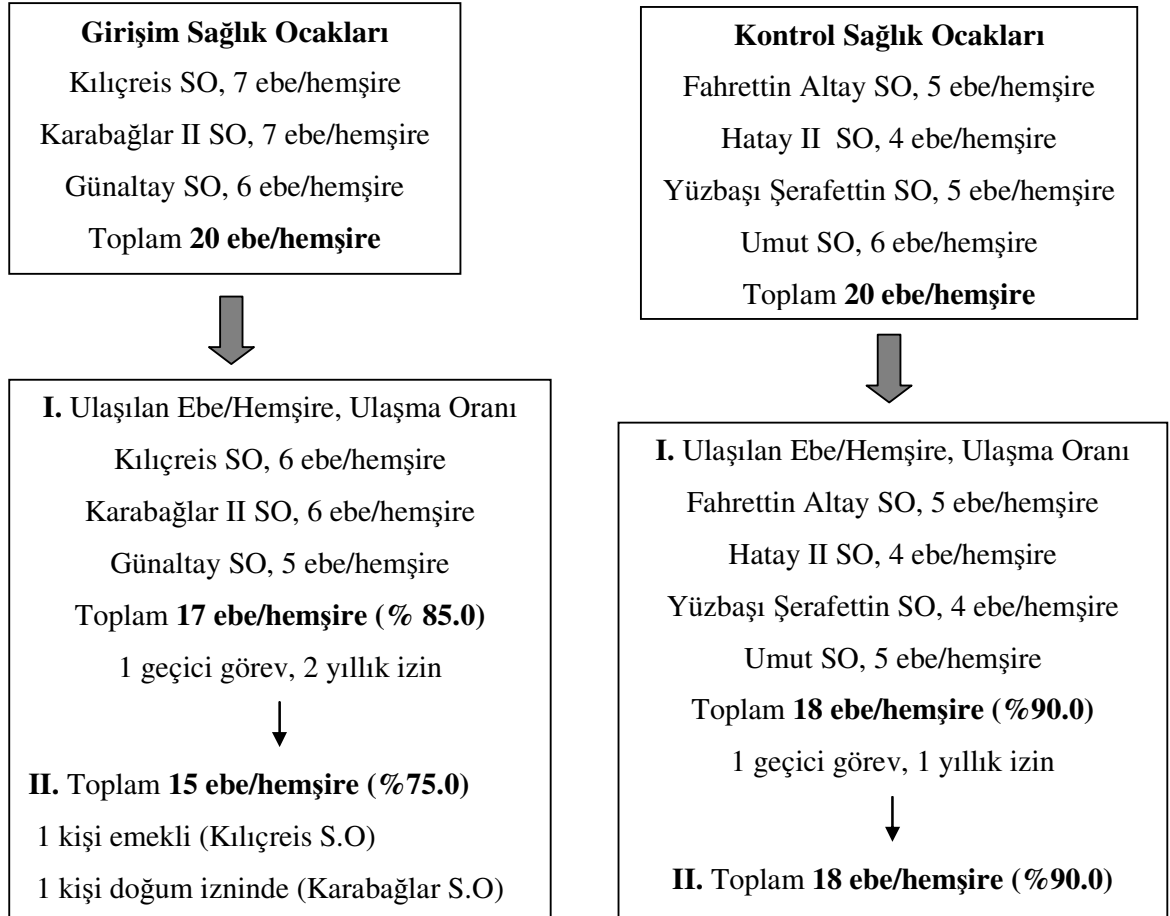
4.14 Araştırma Etik Onayı ve İzinler:

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay almıştır. Araştırma izni, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü ve Konak Sağlık Grup Başkanlığı tarafından verilmiştir.

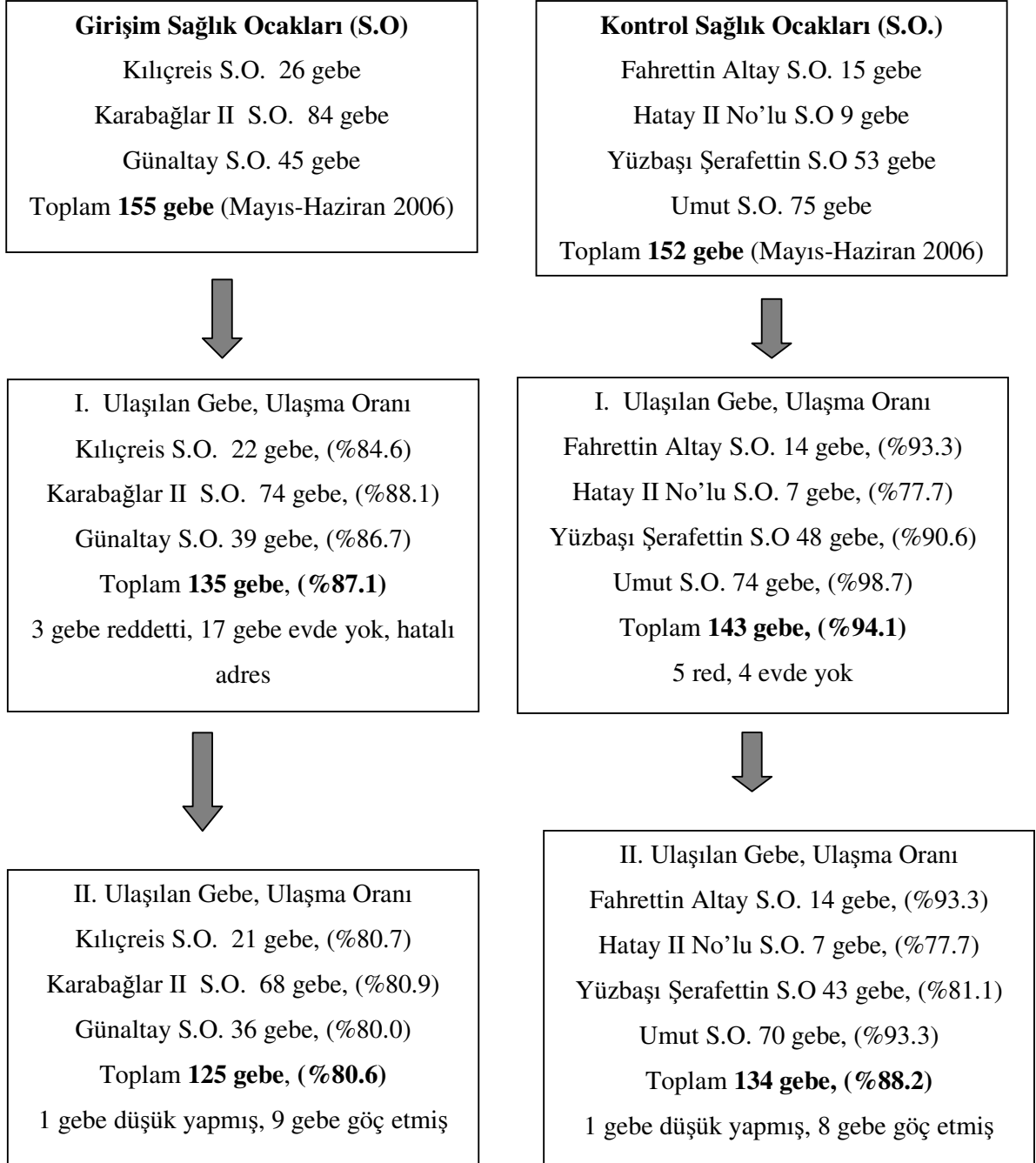
4.15 Zaman Çizelgesi:

	2005			2006				2007		
Aylar	4,5,6	7,8,9	10,11,12	1,2,3	4,5,6	7,8,9	10,11,12	1,2,3	4,5,6	7
Konu seçimi										
Kaynak İnceleme										
Planlama										
Ön çalışma										
Veri Toplama, Eğitim										
Veri girişi, Çözümleme										
Yazım										
Sunum										

4.16 Ebe ve Hemşirelerde Ulaşma Oranı



4.17 Gebelerde Ulaşma Oranı



5. BULGULAR

Bulgular iki bölümde sunulmuştur. Birinci bölümde ebe ve hemşirelerle ilgili bulgular, ikinci bölümde gebelerle ilgili bulgular sunulmuştur. **Birinci bölüm** üç başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar “Araştırma grubundaki ebe ve hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri”, “Ebe ve hemşirelerin, girişim öncesi, sigara danışmanlığı ile ilgili tutumu ve danışmanlık davranışı”, “Ebe ve hemşirelerin, girişim sonrası sigara danışmanlığı ile ilgili tutumu ve danışmanlık davranışı”dır. **İkinci bölüm** üç başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar “Araştırma grubundaki gebelerin tanımlayıcı özellikleri”, “Gebelerin girişim öncesi sigara içme ve pasif içicilik özellikleri” “Gebelerin girişim sonrası sigara içme ve pasif içicilik özellikleri”dir.

5.1 BİRİNCİ BÖLÜM

5.1.1 ARAŞTIRMA GRUBUNDAKİ EBE VE HEMŞİRELERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Tablo 10. Ebe ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Girişim n=17		Kontrol n=18		M-W U	p
	Ortalama (S)		Ortalama (S)			
Yaş	34.9 (6.6)		34.9 (5.7)		135.0	0.551
	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Öğrenim						
Meslek Lisesi	7	41.2	4	22.2	1.457	0.227
Açık Öğretim Önlisans, Yüksek Hemşirelik [¶]	10	58.8	14	77.8		
Medeni durum						
Evli	16	94.1	16	88.9		*1.000
Dul, Boşanmış	1	5.9	2	11.1		
Çocuk sayısı						
1	5	29.4	8	44.4	0.846	0.358
2-3 ^{¶¶}	12	70.6	10	55.6		

*Fisher’in Kesin Testi

[¶] Girişim grubunda yüksek hemşirelik mezunu 3, kontrol grubunda 2 birey

^{¶¶} Her iki grupta üç çocuğu olan bir birey

Girişim grubundaki ebe ve hemşirelerin yaş ortalaması 34.9±6.6 (en az 26, en çok 55), kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin yaş ortalaması ise 34.9±5.7 (en az 26, en çok 47)’dir. İki grup, yaş ortalamaları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.551) (Tablo 10).

Girişim grubunun %41.2'si, kontrol grubunun %22.2'si sağlık meslek lisesi mezunudur. İki grup, öğrenim durumu açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.227) (Tablo 10).

Girişim ve kontrol gruplarındaki, ebe ve hemşireler medeni durum ve çocuk sayısı açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla p=1.000, p=0.358) (Tablo 10).

Tablo 11. Ebe ve Hemşirelerin Mesleksel Özellikleri ve İşlerinden Memnuniyetleri

Özellikler	Girişim n=17		Kontrol n=18		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Mesleksel unvanları						
Ebe-hemşire	14	82.4	11	61.1		*0.264
Hemşire, yüksek Hemşire	3	17.6	7	38.9		
Çalışma süresi						
16 ≤	7	41.2	10	55.6	0.724	0.395
İş memnuniyeti[¶]						
Memnun olmayanlar	10	62.5	9	50.0	0.537	0.464

*Fisher'in Kesin Testi

[¶] Girişim grubunda bir birey soruyu yanıtlamaktan kaçınmıştır.

Girişim grubunun %17.6'sı, kontrol grubunun %38.9'u hemşire ya da yüksek hemşiredir. Girişim ve kontrol grubu mesleksel unvanlar açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.264) (Tablo 11).

Çalışma süresi 16 yıl ve üzerinde olanlar girişim grubunda %41.2, kontrol grubunda ise %55.6'dır. Her iki grup çalışma süreleri açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.395) (Tablo 11).

Girişim grubunun %62.5'i, kontrol grubunun %50.0'ı işlerinden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. İş memnuniyeti açısından her iki grup arasında anlamlı fark yoktur (p=0.464) (Tablo 11).

Tablo 12. Ebe ve Hemşirelerin İşlerinden Memnun Olmama Nedenleri

Memnun olmama nedenleri**	Girişim* n=16		Kontrol n=18	
	Sayı	%	Sayı	%
Maaşların düşüklüğü	8	50.0	9	50.0
Onay görmeme	6	37.5	2	11.1
İşyerindeki olumsuz insan ilişkileri	5	31.3	2	11.1
İlerleme olanağının olmayışı	5	31.3	3	16.6
Çalışma koşullarının zorluğu	4	25.0	8	44.4
Liderlik olanağının olmayışı	2	12.5	1	5.5
Başarısızlık duygusu	2	12.5	1	5.5
Aşırı denetlenme	2	12.5	1	5.5

* Girişim grubunda bir birey soruyu yanıtlamaktan kaçınmıştır.

** Birden çok yanıt verilebilmiştir.

Girişim grubunda, maaşların düşük olması (%50.0), onay görmeme (%37.5), işyerindeki olumsuz insan ilişkileri (%31.3), ilerleme olanağının olmayışı (%31.3) en fazla belirtilen iş memnuniyetsizliği nedenleri olmuştur. Kontrol grubunda ise maaşların düşüklüğü (%50.0), çalışma koşullarının zorluğu (%44.5) ilk iki sıradaki nedenlerdir (Tablo 12).

Tablo 13. Ebe ve Hemşirelerin Sigara İçme Durumuna İlişkin Özellikleri, Sigara Eğitimi Alma Durumu

Özellikler	Girişim		Kontrol		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara içme durumu						
Hiç içmeyenler, Bırakanlar**	9	52.9	14	77.8	2.394	0.122
Şu an içenler	8	47.1	4	22.2		
İçenler için adet/gün						
15 adet ve üzeri	3	37.5	3	75.0		*0.545
Başlama yaşı						
18 ve altı	3	33.3	3	42.9		*1.000
Gebeliklerinde sigara içenler						
	2	22.2	4	57.1		*0.302
Sigara eğitimi alma durumu						
Eğitim alanlar	10	58.8	10	55.6	0.038	0.845

*Fisher'in Kesin Testi

** Girişim grubundan 1, kontrol grubundan 3 birey sigarayı bırakmıştır.

Girişim grubunun %47.1'i, kontrol grubunun %22.2'si şu an sigara içmektedir. Sigara içme durumu açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktur (p=0.122) (Tablo 13).

Girişim ve kontrol grupları, günlük içilen sigara adeti ve sigaraya başlama yaşı açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla p=0.545, p=1.000) (Tablo 13).

Girişim grubundaki şu an sigara içenler ya da bırakmış olanların %22.2'si, kontrol grubundakilerin ise %57.1'i gebeliğinde sigara içmiştir. Gebeliklerinde sigara içme durumları açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.302$) (Tablo 13). Girişim grubundaki bir ebe hemşire gebeliğinde, sigara içmesi sonucu çocuğunun astım hastası olduğunu, kontrol grubundaki bir ebe-hemşire de çocuğunun sık bronşiolit geçirdiğini belirtmiştir.

Girişim grubundaki ebe ve hemşirelerin %58.8'i, kontrol grubundaki ebe-hemşirelerin %55.6'sı sigara eğitimi almıştır. Girişim ve kontrol grupları, sigara eğitimi alma durumu açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.845$) (Tablo 13).

Tablo 14. Ebe ve Hemşirelerin, İşyerlerinde Sigara İçilebildiğini Belirttikleri Yerler

Sigara içilen yerler*	Girişim n=17		Kontrol n=18	
	Sayı	%	Sayı	%
Sigara içme odası	6	35.3	1	5.6
Bahçe, balkon	6	35.3	5	27.7
Ebe-hemşire odası	2	11.7	4	22.2
Mutfak, çay ocağı	6	35.3	2	11.1
Diğer (aşı odası, koridor, tüm odalar, toplantı salonu, kalorifer dairesi)	4	23.5	6	33.3

* Bir birey birden çok yanıt verebilmiştir.

Girişim grubunun %35.3'ü, kontrol grubunun %5.6'sı sigara içme odasında sigara içilebildiğini belirtmiştir. Girişim grubunda sigara içilen diğer yerler, bahçe, balkon, ebe hemşire odası, mutfak, çay ocağı, aşı odası, koridordur. Kontrol grubunda ise bahçe, ebe hemşire odası, mutfak, kalorifer dairesi, toplantı salonu, tüm odalarda sigara içilebildiği belirtilmiştir (Tablo 14).

5.1.2 EBE VE HEMŞİRELERİN, GİRİŞİM ÖNCESİ, SİGARA DANIŞMANLIĞI İLE İLGİLİ TUTUMU VE DANIŞMANLIK DAVRANIŞI

Sigara danışmanlığı ile ilgili tutum iki şekilde incelenmiştir. İlk sırada, sigara danışmanlığı ile ilgili olumlu tutum önermeleri, ikinci sırada, sigara danışmanlığı ile ilgili olumsuz tutum önermeleri değerlendirilmiştir.

Tablo 15. Başlangıçta Olumlu Tutum Önermelerine Verilen Yanıtlar

	Girişim n=17		Kontrol n=18			
	Kesinlikle katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum		
	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Mesleksel yarar						
Önerme 1	14	82.4	12	66.7	0.31	*0.443
Önerme 2	11	64.7	10	55.6		0.580
Önerme 3	12	75.0	12	66.7		*0.715
Önerme 4	17	100.0	14	77.8		*0.103
Gebeye yarar						
Önerme 5	13	76.5	12	66.7	0.70	*0.711
Önerme 6	10	58.8	13	72.2		0.404
Önerme 7	14	82.4	12	66.7		*0.443
Önerme 8	15	88.2	16	94.1		*1.000
Bebeğe yarar						
Önerme 9	17	100.0	16	88.9		*0.485
Önerme 10	17	100.0	14	82.4		*0.227
Önerme 11	17	100.0	17	94.4		*1.000
Önerme 12	17	100.0	17	94.4		*1.000
Toplumsal yarar						
Önerme 13	17	100.0	14	82.4		*0.227

*Fisher'in Kesin Testi

Sigara danışmanlığı ile ilgili olumlu tutum önermeleri

Mesleksel yarar

Önerme 1, Gebenin sigaradan korunmasının koruyucu görevlerimden biri olduğunu düşünüyorum

Önerme 2, Gebelere sigaranın zararları ile ilgili bilgi vermem benim daha bilgili bir ebe/hemşire olduğumu gösterir

Önerme 3, Gebelere sigaradan korunmayla ilgili önerilerde bulunmam benim güvenilirliğimi artırır

Önerme 4, Gebelerin sigaradan korunmasıyla ilgili öneriler vermem benim mesleki memnuniyetimi artırır

Gebeye yarar

Önerme 5, Gebelere sigarayı bırakma ile ilgili önerilerde bulunmam onların sigarayı bırakmasını kolaylaştırır

Önerme 6, Gebelikte sigarayı bırakmak daha kolay olduğu için onların sigarayı bırakmasını sağlayabilirim

Önerme 7, Gebeyken verdiğim sigaradan korunma önerileri doğum sonrası sigaraya başlama olasılığını düşürür

Önerme 8, Sigaradan korunan insanlar daha sağlıklı ve uzun yaşar

Bebeğe yarar

Önerme 9, Gebelerin sigaradan korunması bebeklerin daha sağlıklı doğmasını sağlar

Önerme 10, Sigarayı bırakan gebeler bebeklerini anne sütüyle yeterli besleyebilirler

Önerme 11, Sigaraya ayrılan paranın bebeklerin beslenmesine ayrılması daha sağlıklı olmalarını sağlar diye düşünüyorum

Önerme 12, Sigara dumanı olan ortamda büyüyen çocuğun hastalanma olasılığı çok yüksektir

Toplumsal yarar

Önerme 13, Gebelere sigaranın zararlarıyla ilgili bilgi vermem toplumda sigaraya karşı duyarlılığın artmasına katkı sağlar

Girişim ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin, sigara danışmanlığı ile ilgili olumlu tutum önermelerine başlangıçta verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark yoktur (Tablo 15).

Tablo 16. Başlangıçta Olumsuz Tutum Önermelerine Verilen Yanıtlar

	Girişim n=17		Kontrol n=18		χ^2	p
	Kesinlikle katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum			
	Sayı	%	Sayı	%		
Önerme 14	5	29.4	10	55.6	2.44	0.118
Önerme 15	3	17.6	2	11.1		*0.658
Önerme 16	7	41.2	13	72.2	3.44	0.064
Önerme 17	3	17.6	3	16.7		*1.000
Önerme 18	11	64.7	7	38.9	2.33	0.127
Önerme 19	10	58.8	3	17.6	6.10	0.013
Önerme 20	9	52.9	9	50.0	0.03	0.862
Önerme 21	4	23.5	4	22.2		*1.000
Önerme 22	3	17.6	4	22.2		*1.000

*Fisher'in Kesin Testi

Sigara danışmanlığı ile ilgili olumsuz tutum önermeleri

Önerme 14, Sigaradan korunmayla ilgili bilgi verecek zamanımın olmadığını düşünüyorum

Önerme 15, Sigaranın gebelikteki zararlarıyla ilgili ayrıntılı bilgim olmadığını düşünüyorum

Önerme 16, Sigara içen bir ebe/hemşirenin sigaradan korunma önerilerinin dikkati çekeceğini düşünmüyorum

Önerme 17, Gebelere sigarayı bırakmaları konusunda öneri sunmam onların tepkisini çekebilir

Önerme 18, Gebelikte sigaranın bebeğe zararlarını açıkça söylemem anne için oldukça moral bozucudur

Önerme 19, Gebelerin sigara içmesinin öncelikli bir sorun olduğunu düşünmüyorum

Önerme 20, Sadece benim önerimle sigaranın bırakılabileceğini sanmıyorum

Önerme 21, İş ortamımda bile sigara içilmesini engelleyemezken gebeleri sigaradan koruyabileceğimi sanmıyorum

Önerme 22, Evimde çocuklarımın yanında sigara içilmesini engelleyemezken gebeleri sigaradan koruyabileceğimi sanmıyorum

Girişim grubundaki ebe ve hemşireler kontrol grubuna göre, başlangıçta anlamlı olarak daha fazla “Gebelerin sigara içmesinin öncelikli bir sorun olduğunu düşünmüyorum” önermesine “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermişlerdir ($p=0.013$) (Tablo 16). Her iki grubun, diğer sigara danışmanlığı ile ilgili olumsuz tutum önermelerine, başlangıçta verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 16).

Tablo 17. Başlangıçtaki Olumlu Tutum Puanlarının Karşılaştırılması

	Ortalama (S)	M-W U	p
Mesleksel Yarar Girişim n=17	6.76(1.86)	111.000	0.142
Mesleksel Yarar Kontrol n=18	6.17(1.58)		
Gebeye Yarar Girişim n=17	7.06(1.03)	149.500	0.902
Gebeye Yarar Kontrol n=18	6.78(1.56)		
Bebeğe Yarar Girişim n=17	7.88(0.12)	120.000	0.287
Bebeğe Yarar Kontrol n=18	7.44(1.10)		
Toplumsal Yarar Girişim n=17	2.00(0.00)	119.000	0.394
Toplumsal Yarar Kontrol n=18	1.76(0.56)		

Girişim grubunun mesleksel yarar, puan ortalaması başlangıçta 6.76 ± 1.86 (en az 2, en çok 8), kontrol grubunun ise puan ortalaması 6.17 ± 1.58 (en az 2, en çok 8)’dir. Girişim grubunun gebeye yarar, başlangıç puan ortalaması 7.06 ± 1.03 (en az 5, en çok 8), kontrol grubunun ise puan ortalaması 6.78 ± 1.56 (en az 4, en çok 8)’dir. Girişim grubu başlangıç bebeğe yarar, puan ortalaması 7.88 ± 0.12 (en az 6, en çok 8), kontrol grubunun ise puan ortalaması 7.44 ± 1.10 (en az 4, en çok 8)’dur. Girişim grubunun toplumsal yarar, puan ortalaması başlangıçta 2.00 ± 0.00 (en az 2, en çok 2), kontrol grubunda ise başlangıç puan ortalaması 1.76 ± 0.56 (en az 0, en çok 2)’dir. Her iki grup başlangıç, mesleksel yarar, gebeye yarar, bebeğe yarar, toplumsal yarar, olumlu tutum puan ortalamaları karşılaştırılmış aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 17).

Tablo 18. Başlangıçtaki Olumsuz Tutum Puanlarının Karşılaştırılması

	Ortalama (S)	M-W U	p
Girişim n=17	8.18(3.05)	142.500	0.728
Kontrol n=18	7.94(3.67)		

Girişim grubunda olumsuz tutum puan ortalaması 8.18 ± 3.05 (en az 3, en çok 13), kontrol grubunda ise puan ortalaması 7.94 ± 3.67 (en az 2, en çok 16)'dir. Girişim ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin, başlangıç olumsuz tutum puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur (Tablo 18).

Gebelerin sigaradan korunması ile ilgili danışmanlık davranışı üç açıdan incelenmiştir. Önermelere verilen yanıtların, puan ortalamalarının, doğru danışmanlık davranışının karşılaştırılması şeklindedir.

Tablo 19. Başlangıçta, Danışmanlık Davranışı Önermelerine Verilen Yanıtlar

	Girişim n=17		Kontrol n=18		χ^2	p
	Her zaman Sayı	%	Her zaman Sayı	%		
Önerme 1	10	58.8	11	61.1	0.02	0.890
Önerme 2	13	76.5	13	72.2		*1.000
Önerme 3	13	76.5	13	72.2		*1.000
Önerme 4	16	94.1	16	88.9		*1.000
Önerme 5	8	47.1	6	35.3	0.49	0.486

*Fisher'in Kesin Testi

Gebeleri Sigaradan Koruma Danışmanlık Davranışı Önergeleri

Önerme 1, Gebeyi ilk izlemimde sigara içip içmediğini soruyorum

Önerme 2, Sigara içen gebelere ilk izlemiden itibaren sigaranın kendisine ve bebeğine vereceği zararlarla ilgili ayrıntılı bilgi veriyorum

Önerme 3, Gebeyi ilk izlemimden itibaren sigara içilen ortamların kendisi ve bebeği için zararlı olacağını hatırlatıyorum

Önerme 4, Sigara içen gebelere sigarayı bırakmasını öneriyorum

Önerme 5, Sigara bırakma sürecinde kendilerine destek olacağımı söylüyorum

Girişim ve kontrol grubu ebe ve hemşirelerinin, gebelerin sigaradan korunmasıyla ilgili danışmanlık davranışı önermelerine başlangıçta verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 19).

Tablo 20. Başlangıçtaki, Danışmanlık Davranışı Puanlarının Karşılaştırılması

	Ortalama (S)	M-W U	p
Girişim n=17	8.41(1.50)	138.500	0.622
Kontrol n=18	8.17(1.50)		

Girişim grubu, gebeleri sigaradan koruma danışmanlık davranışı, başlangıç puan ortalaması 8.41 ± 1.50 (en az 4, en çok 10), kontrol grubunun ise 8.17 ± 1.50 (en az 5, en çok 10)'dir. Her iki grubun başlangıç danışmanlık davranışı puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ($p=0.622$) (Tablo 20).

Tablo 21. Başlangıç Doğru Danışmanlık Davranışı

Doğru Danışmanlık Davranışı	Girişim		Kontrol		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Var	4	23.5	3	16.7	7	20.0
Yok	13	76.5	15	83.3	28	80.0
Toplam	17	100.0	18	100.0	35	100.0

Fisher'in Kesin Testi $p=0.690$

Girişim grubundaki ebe ve hemşirelerin %23.5'i, kontrol grubundakilerin ise %16.7'si doğru danışmanlık davranışı göstermektedir. Başlangıçta her iki grup, doğru danışmanlık davranışı açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.690$) (Tablo 21).

Başlangıçta girişim grubu ebe ve hemşireleri, gebelerin izleminde bir gebeye ayırdıkları süreyi 10.75 ± 5.00 (en az 5, en çok 20) dakika olarak belirtmişlerdir; kontrol grubunda ise bu süre 15.00 ± 5.67 (en az 10, en çok 30) dakika olarak belirtilmiştir. İki grup gebelere ayırdıkları izlem süreleri açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.051$).

5.1.3 EBE VE HEMŞİRELERİN, GİRİŞİM SONRASI, SİGARA DANIŞMANLIĞI İLE İLGİLİ TUTUMU VE DANIŞMANLIK DAVRANIŞI

Tablo 22. Girişim Sonrası Olumlu Tutum Önergelerine Verilen Yanıtlar

	Girişim n=15		Kontrol n=18			
	Kesinlikle katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum			
	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Mesleksel yarar						
Önerme 1	15	100.0	17	94.4		*1.000
Önerme 2	12	80.0	13	72.2		*0.699
Önerme 3	14	93.3	14	77.8		*0.345
Önerme 4	14	93.3	15	83.3		*0.607
Gebeye yarar						
Önerme 5	12	80.0	9	52.9	3.18	0.074
Önerme 6	12	80.0	11	61.1		*0.283
Önerme 7	13	86.7	12	66.7		*0.448
Önerme 8	15	100.0	18	100.0		-
Bebeğe yarar						
Önerme 9	15	100.0	16	88.9		*0.489
Önerme 10	15	100.0	13	72.2		*0.488
Önerme 11	15	100.0	18	100.0		-
Önerme 12	15	100.0	18	100.0		-
Toplumsal yarar						
Önerme 13	15	100.0	17	94.4		*1.000

*Fisher'in Kesin Testi

Sigara danışmanlığı ile ilgili olumlu tutum önermeleri

Mesleksel yarar

Önerme 1, Gebenin sigaradan korunmasının koruyucu görevlerimden biri olduğunu düşünüyorum

Önerme 2, Gebelere sigaranın zararları ile ilgili bilgi vermem benim daha bilgili bir ebe/hemşire olduğumu gösterir

Önerme 3, Gebelere sigaradan korunmayla ilgili önerilerde bulunmam benim güvenilirliğimi artırır

Önerme 4, Gebelerin sigaradan korunmasıyla ilgili öneriler vermem benim mesleki memnuniyetimi artırır

Gebeye yarar

Önerme 5, Gebelere sigarayı bırakma ile ilgili önerilerde bulunmam onların sigarayı bırakmasını kolaylaştırır

Önerme 6, Gebelikte sigarayı bırakmak daha kolay olduğu için onların sigarayı bırakmasını sağlayabilirim

Önerme 7, Gebeyken verdiğim sigaradan korunma önerileri doğum sonrası sigaraya başlama olasılığını düşürür

Önerme 8, Sigaradan korunan insanlar daha sağlıklı ve uzun yaşar

Bebeğe yarar

Önerme 9, Gebelerin sigaradan korunması bebeklerin daha sağlıklı doğmasını sağlar

Önerme 10, Sigarayı bırakan gebeler bebeklerini anne sütüyle yeterli besleyebilirler

Önerme 11, Sigaraya ayrılan paranın bebeklerin beslenmesine ayrılması daha sağlıklı olmalarını sağlar diye düşünüyorum

Önerme 12, Sigara dumanı olan ortamda büyüyen çocuğun hastalanma olasılığı çok yüksektir

Toplumsal yarar

Önerme 13, Gebelere sigaranın zararlarıyla ilgili bilgi vermem toplumda sigaraya karşı duyarlılığın artmasına katkı sağlar

Girişim ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin, girişim sonrası, mesleksel, toplumsal, gebe ve bebeğe yarar olumlu tutum önermelerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark yoktur (Tablo 22).

Tablo 23. Girişim Sonrası Olumsuz Tutum Önermelerine Verilen Yanıtlar

	Girişim n=15**		Kontrol n=18		χ^2	p
	Kesinlikle katılıyorum Sayı	%	Kesinlikle katılıyorum Sayı	%		
Önerme 14	3	20.0	7	38.9	2.80	*0.283
Önerme 15	1	6.7	3	16.7		*0.607
Önerme 16	4	26.7	10	58.8		0.095
Önerme 17	1	6.7	5	27.8		*0.186
Önerme 18	1	6.7	6	33.3		*0.095
Önerme 19	0	0.0	2	11.1		*0.489
Önerme 20	0	0.0	7	38.9		*0.009
Önerme 21	4	26.7	3	16.7		*0.674
Önerme 22	2	13.3	2	11.1		*1.000

*Fisher'in Kesin Testi

Sigara danışmanlığı ile ilgili olumsuz tutum önermeleri

Önerme 14, Sigaradan korunmayla ilgili bilgi verecek zamanımın olmadığını düşünüyorum

Önerme 15, Sigaranın gebelikteki zararlarıyla ilgili ayrıntılı bilgim olmadığını düşünüyorum

Önerme 16, Sigara içen bir ebe/hemşirenin sigaradan korunma önerilerinin dikkati çekeceğini düşünmüyorum

Önerme 17, Gebelere sigarayı bırakmaları konusunda öneri sunmam onların tepkisini çekebilir

Önerme 18, Gebelikte sigaranın bebeğe zararlarını açıkça söylemem anne için oldukça moral bozucudur

Önerme 19, Gebelerin sigara içmesinin öncelikli bir sorun olduğunu düşünmüyorum

Önerme 20, Sadece benim önerimle sigaranın bırakılabileceğini sanmıyorum

Önerme 21, İş ortamımda bile sigara içilmesini engelliyemezken gebeleri sigaradan koruyabileceğimi sanmıyorum

Önerme 22, Evimde çocuklarımla yanında sigara içilmesini engelliyemezken gebeleri sigaradan koruyabileceğimi sanmıyorum

Girişim grubundaki ebe ve hemşireler, sonraki görüşmede, anlamlı olarak daha az “Sadece benim önerimle sigaranın bırakılabileceğini sanmıyorum” önermesine “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermişlerdir ($p=0.009$). Her iki grubun, diğer sigara danışmanlığı ile ilgili olumsuz tutum önermelerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 23).

Tablo 24. Girişim Sonrası, Olumlu Tutum Puanlarının Karşılaştırılması

	Ortalama (S)	M-W U	p
Mesleksel Yarar Girişim n=15	7.60(0.63)	99.000	0.144
Mesleksel Yarar Kontrol n=18	6.94(1.35)		
Gebeye Yarar Girişim n=15	7.33(0.96)	91.000	0.092
Gebeye Yarar Kontrol n=18	6.44(1.69)		
Bebeğe Yarar Girişim n=15	8.00(0.00)	97.500	0.030
Bebeğe Yarar Kontrol n=18	7.33(1.33)		
Toplumsal yarar Girişim n=15	1.76(0.56)	127.500	0.361
Toplumsal Yarar Kontrol n=18	1.94(0.24)		

Girişim grubunun mesleksel yarar, sonraki puan ortalaması 7.60 ± 0.63 (en az 6, en çok 8), kontrol grubunda ise puan ortalaması 6.94 ± 1.35 (en az 3, en fazla 8)’dir. Girişim grubunun gebeye yarar, sonraki puan ortalaması 7.33 ± 0.96 (en az 5, en çok 8), kontrol grubunun ise puan ortalaması 6.44 ± 1.69 (en az 2, en çok 8)’dur. Girişim grubu bebeğe yarar, sonraki puan ortalaması 8.00 ± 0.00 (en az 8, en çok 8), kontrol grubunun ise puan ortalaması 7.33 ± 1.33 (en az 4, en çok 8)’tür. Her iki grubun bebeğe yarar, sonraki puan ortalamaları karşılaştırıldığında, girişim grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0.030$). Girişim grubunun toplumsal yarar, sonraki puan ortalaması 2.00 ± 0.00 (en az 2, en çok 2), kontrol grubunun ise puan ortalaması 1.94 ± 0.24 (en az 1, en çok 2) olmuştur. Her iki grup sonraki mesleksel yarar, gebeye yarar, topluma yarar olumlu tutum puan ortalamaları karşılaştırılmış aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 24).

Tablo 25. Girişim Sonrası, Olumsuz Tutum Puanlarının Karşılaştırılması

	Ortalama (S)	M-W U	p
Girişim n=15	4.13(2.53)	105.500	0.282
Kontrol n=18	6.33(4.39)		

Girişim grubunda olumsuz tutum, sonraki puan ortalaması 4.13±2.53 (en az 0, en çok 8), kontrol grubunda ise puan ortalaması 6.33±4.39 (en az 2, en çok 16) olmuştur. Girişim ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin, sigara danışmanlığı ile ilgili olumsuz tutum önermelerinden aldıkları, sonraki puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur (p=0.282). (Tablo 25).

Tablo 26. Girişim Sonrası, Danışmanlık Davranışı Önermelerine Verilen Yanıtlar

	Girişim n=15		Kontrol n=18		χ^2	p
	Her zaman Sayı	%	Her zaman Sayı	%		
Önerme 1	12	80.0	7	38.9	5.66	0.017
Önerme 2	14	93.3	12	66.7		*0.095
Önerme 3	11	73.3	10	55.6	1.12	0.290
Önerme 4	14	93.3	14	77.8		*0.346
Önerme 5	9	60.0	9	50.0	0.33	0.565

*Fisher'in Kesin Testi

Gebeleri Sigaradan Koruma Danışmanlık Davranışı Önergeleri

Önerme 1, Gebeyi ilk izlemimde sigara içip içmediğini soruyorum

Önerme 2, Sigara içen gebelere ilk izlemiden itibaren sigaranın kendisine ve bebeğine vereceği zararlarla ilgili ayrıntılı bilgi veriyorum

Önerme 3, Gebeyi ilk izlemimden itibaren sigara içilen ortamların kendisi ve bebeği için zararlı olacağını hatırlatıyorum

Önerme 4, Sigara içen gebelere sigarayı bırakmasını öneriyorum

Önerme 5, Sigara bırakma sürecinde kendilerine destek olacağımı söylüyorum

Girişim grubuna eğitim verildikten sonra, girişim grubu kontrol grubuna göre “Gebeyi ilk izlemimde sigara içip içmediğini soruyorum” önermesine “Her zaman” yanıtını anlamlı olarak daha fazla vermiştir (p=0.017). Her iki grubun, diğer önermelere sonraki verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 26).

Tablo 27. Girişim Sonrası, Danışmanlık Davranışı Puanlarının Karşılaştırılması

	Ortalama (S)	M-W U	p
Girişim n=15	9.00(1.46)	80.000	0.040
Kontrol n=18	7.89(1.68)		

Girişim grubunun, eğitim sonrası danışmanlık davranışı puan ortalaması 9.00 ± 1.46 (en az 5, en çok 10), kontrol grubunun sonraki puan ortalaması 7.89 ± 1.68 (en az 5, en çok 10)'dır. Her iki grubun sonraki danışmanlık davranışı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, girişim grubunun puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.040$) (Tablo 27).

Tablo 28. Girişim Sonrası, Doğru Danışmanlık Davranışı

Doğru Danışmanlık Davranışı	Girişim		Kontrol		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Var	8	53.3	4	22.2	12	36.4
Yok	7	46.7	14	77.8	21	63.6
Toplam	15	100.0	18	100.0	33	100.0

$\chi^2:3.42$ $p=0.064$

Girişim grubundaki ebe ve hemşirelerin %53.3'ü, kontrol grubundakilerin ise %22.2'si doğru danışmanlık davranışı göstermektedir. Her iki grup, sonraki doğru danışmanlık davranışı açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.064$) (Tablo 28).

İkinci görüşmede, girişim grubu ebe ve hemşireleri gebelerin izleminde bir gebeye ayırdıkları süreyi 12.87 ± 5.91 (en az 5, en çok 20) dakika olarak belirtmişlerdir; kontrol grubunda ise bu süre 18.06 ± 5.67 (en az 7, en çok 60) dakika olarak belirtilmiştir. İki grup gebelere ayırdıkları izlem süreleri açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.218$).

5.2 İKİNCİ BÖLÜM

5.2.1 ARAŞTIRMA GRUBUNDAKİ GEBELERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Tablo 29. Gebelerinin Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Girişim n=135		Kontrol n=143		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
19 ve altı, 35 ve üzeri	9	6.7	24	16.8	6.794	0.09
20-34	126	93.3	119	83.2		
Öğrenim Durumu						
OYD, OY	5	3.7	12	8.4	2.667	0.264
İlkokul, Ortaokul	91	67.4	91	63.6		
Lise, Üniversite	39	28.9	40	28.0		
Medeni Durum						
Resmi nikahlı evli	130	96.3	137	95.8	0.044	0.833
Resmi nikahsız evli	5	3.7	6	4.2		
Çalışma Durumu						
Ev Kadını	124	91.9	123	86.0	2.389	0.122
Çalışan	11	8.1	20	14.0		
Kişi Başı Gelir						
200.00 YTL ve altı	64	47.8	79	55.6	1.711	0.191
200.01 YTL ve üzeri	70	52.2	63	44.4		
Sağlık Güvencesi						
Yok	26	19.3	43	30.1	4.352	0.113
SSK	81	60.0	74	51.7		
Diğer	28	20.7	26	18.2		
Aile Tipi						
Çekirdek	115	85.2	112	78.3	2.184	0.139
Geniş	20	14.8	31	21.7		
Eşin Öğrenimi						
İlkokul*	72	53.3	73	51.0	0.866	0.648
Ortaokul	19	14.1	26	18.2		
Lise, üniversite	44	32.6	44	30.8		
Eşin İşi						
İşsiz, düzensiz işler	11	8.1	27	19.0	14.500	0.002
İşçi	80	59.3	73	51.4		
Esnaf	37	27.4	24	16.9		
Memur	7	5.2	18	12.7		

* Girişim grubunda 1 birey OYD, kontrol grubunda 1 birey OY

Girişim grubunda, 19 yaş ve altı ile 35 yaş ve üzeri gebeler %6.7, kontrol grubunda ise %16.8'dir. Kontrol sağlık ocakları gebeleri, gebelik açısından riskli sayılan yaşlarda daha fazla olmalarına karşın her iki grup yaş açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark

yoktur ($p=0.09$) (Tablo 29). Girişim grubundaki gebelerin yaş ortalaması 26.0 ± 4.54 (en az 18- en çok 44), kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalamaları ise 27.0 ± 4.72 (en az 17- en çok 40)'dir.

Girişim grubunda ilkokul ve ortaokul mezunu olan gebeler %67.4, kontrol grubunda ise %63.6'dır. Girişim ve kontrol gruplarındaki gebeler öğrenim durumu açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark yoktur ($p=0.264$) (Tablo 29).

Girişim ve kontrol grupları gebeleri, medeni durum açısından karşılaştırılmış aralarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.833$) (Tablo 29).

Girişim grubundaki gebelerin %8.1'i, kontrol grubundaki gebelerin %14.0'ı çalışmaktadır. Her iki grup çalışma durumu açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.122$) (Tablo 29).

Girişim grubunun %47.8'i, kontrol grubunun ise %55.6'sı 200 YTL ve altı, kişi başı gelir düzeyindedir. Her iki grup gelir durumu açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.191$) (Tablo 29). Girişim grubu gelir ortalaması 272.6 ± 180.9 (en az 28.6-en çok 900.0) YTL, kontrol grubu gelir ortalaması 287.2 ± 282.6 (en az 20.0-en çok 1500) YTL'dir.

Girişim grubundaki gebelerin %60.0'ı SSK'lı, kontrol grubundaki gebelerin ise %51.7'si SSK'lıdır. Sağlık güvencesi açısından her iki grup karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark yoktur ($p=0.113$) (Tablo 29).

Girişim grubundaki gebelerin %14.8'i, kontrol sağlık ocaklarındakilerin ise %21.7'si geniş ailede yaşamaktadır. Aile tipi açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.139$) (Tablo 29) .

Girişim grubundaki gebelerin eşlerinin %53.3'ü, kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin %51.0'ı ilkokul öğrenim düzeyindedir. Her iki grup eşlerin öğrenim durumu açısından karşılaştırılmış aralarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.648$) (Tablo 29) .

Girişim ve kontrol grupları, eşlerinin işi açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmıştır (p=0.002). Anlamlı fark işsiz ve düzensiz iş ile memur gruplarından kaynaklanmaktadır. Girişim grubundaki eşlerin %8.1'i, kontrol grubundaki eşlerin %19.0'ı işsiz ya da düzensiz işte çalışmaktadır. Girişim grubundaki eşlerin %5.2'si, kontrol grubundaki eşlerin %12.7'si memurdur (Tablo 29).

Tablo 30. Gebelerin Doğurganlık Özellikleri

Özellikler	Girişim n=135		Kontrol n=143		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Gebelik Sayısı						
Birinci gebelik	61	45.2	48	33.6	3.933	0.047
2 ve üzeri	74	54.8	95	66.4		
Çocuk Sayısı						
Yok	73	54.1	59	41.3	4.573	0.032
1 ve üzeri çocuk	62	45.9	84	58.7		
Kendiliğinden Düşük Varlığı						
	32	23.7	38	26.6	0.304	0.582
İstemli Düşük Varlığı						
	4	3.0	18	12.6	8.830	0.002
Ölü Doğum Varlığı						
	2	1.5	6	4.2		*0.284
Ölen Bebek Varlığı						
	1	0.7	4	2.8		*0.372

* Fisher'in Kesin Testi

Girişim grubundaki gebelerin %54.8'i, kontrol grubundaki gebelerin %66.4'ü, iki ve üzeri gebelik sayısındadır. Kontrol grubunda, iki ve üzeri gebeliği olanlar anlamlı olarak daha fazladır (p=0.047) (Tablo 30).

Girişim grubundaki gebelerin %45.9'unun, kontrol grubundaki gebelerin %58.7'sinin bir ve üzeri çocuğu bulunmaktadır. Çocuk sayısı açısından iki grup karşılaştırıldığında kontrol grubunun anlamlı olarak daha fazla çocuğu bulunmaktadır (p=0.032) (Tablo 30).

Girişim grubunun %23.7'si, kontrol grubunun %26.6'sı istemsiz düşük yapmıştır. Düşük varlığı açısından iki grup karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.582) (Tablo 30).

Girişim grubunun %3.0'ı, kontrol grubunun %12.6'sı istemli düşük yapmıştır. Kontrol grubunda istemli düşük varlığı anlamlı olarak fazladır (p=0.002) (Tablo 30).

Girişim ve kontrol grubundakiler ölü doğum varlığı açısından karşılaştırılmış aralarında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.284) (Tablo 30).

Girişim ve kontrol grubundakiler ölen bebek varlığı açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.372) (Tablo 30).

Tablo 31. Gebelerin Süregen Hastalık, Gebelikte Sağlık Sorunu Varlığı ve Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Özellikleri

Özellikler	Girişim n=135		Kontrol n=143		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Süregen hastalık varlığı	16	11.9	14	9.8	0.307	0.580
Gebelikte sağlık sorunu varlığı	30	22.2	49	34.3	4.952	0.026
DÖB'ı kimlerden aldığı*						
Sadece kadın hastalıkları doğum uzmanı	17	13.0	6	4.2		
Sadece ebe-hemşire	19	14.5	21	14.7	6.480	0.039
Diğer	95	72.5	116	81.1		

*Girişim grubundaki 4 birey DÖB almamış

Girişim grubundaki gebelerin %11.9'u, kontrol grubundaki gebelerin %9.8'i bir ya da daha fazla süregen hastalık bildirmişlerdir. Her iki grup arasında süregen hastalık varlığı açısından anlamlı fark yoktur (p=0.580) (Tablo 31). Tiroid bezi hastalığı (5 kişi), diyabetes mellitus (2 kişi), anemi (2 kişi), astım (2 kişi), hipertansiyon (2 kişi), migren (2 kişi), varis (2 kişi), hepatit B taşıyıcılığı (2 kişi) en fazla bildirilen süregen hastalıklar olmuştur.

Girişim grubundaki gebelerin %22.2'si, kontrol grubundaki gebelerin %34.3'ü gebeliğe bağlı sağlık sorunu bildirmişlerdir. Gebeliğe bağlı sağlık sorunu bildirimini kontrol grubunda anlamlı olarak fazladır (p=0.026) (Tablo 31). İdrar yolu enfeksiyonu (%21.5), düşük tehdidi (%21.5), kanama (%10.1), gestasyonel diyabet (%6.3) en fazla bildirilen gebeliğe bağlı sağlık sorunları olmuştur.

Girişim grubundaki gebelerin %13.0'ı, kontrol grubundaki gebelerin %4.2'si sadece kadın hastalıkları doğum uzmanından doğum öncesi bakım almıştır. Girişim grubundaki gebeler kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla sadece kadın hastalıkları doğum uzmanından bakım almakta olduklarını belirtmişlerdir (p=0.039) (Tablo 31).

Tablo 32. Gebelerin Eş, Birlikte Yaşadıkları Aile Üyelerinin Sigara İçicilik Özellikleri

	Girişim n=135		Kontrol n=143		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Eşin Sigara İçme Durumu						
Hiç içmemiş	40	29.6	42	29.4	0.332	0.847
Bırakmış	18	13.4	16	11.2		
Şu anda içiyor	77	57.0	85	59.4		
Eş İçilen Sigara Adet/Gün						
21 ve üzeri	14	18.2	18	21.2	0.229	0.633
İçici Aile Üyesi Varlığı						
	10	7.4	12	8.4	0.092	0.761

Girişim grubu gebelerinin eşlerinin %57.0'ı, kontrol grubu gebelerinin eşlerinin %59.4'ü şu anda sigara içmektedir. Her iki grup eşleri, sigara içiciliği açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.847) (Tablo 32).

Girişim grubu gebelerinin eşlerinin %18.2'si, kontrol grubu gebelerinin eşlerinin %21.2'si günde 21 adet ve üzeri sigara içmektedir. Her iki grup günlük içilen sigara miktarı açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.633) (Tablo 32).

Girişim ve kontrol grubu gebeleri evlerinde bulunan eş dışındaki diğer içici aile üyesi varlığı açısından karşılaştırılmış aralarında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.761) (Tablo 32).

5.2.2 GEBELERİN GİRİŞİM ÖNCESİ SİGARA İÇME VE PASİF İÇİCİLİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 33. Gebelerin Başlangıçtaki Sigara İçme ve Pasif İçicilik Özellikleri

Özellikler	Girişim n=135		Kontrol n=143		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara İçme Durumu						
Hiç içmemiş	80	59.3	89	62.2	0.491	0.782
Bırakmış	28	20.7	25	17.5		
Şu anda içiyor	27	20.0	29	20.3		
Bırakma Şekli						
Kendi çabasıyla son bir yıl içinde ve önceki yıllarda	9	32.1	14	56.0	3.060	0.080
Gebe kaldığını öğrenince	19	67.9	11	44.0		
Kullananlarda Bırakma İsteği Varlığı						
	26	96.3	26	89.7		*0.612
Önceki Gebeliklerde İçme						
	16	47.1	22	56.4	0.636	0.425
Bağımlılık Düzeyi (Fageström Ölçeği)						
Çok düşük, düşük	23	85.2	26	89.7		*0.700
Orta, yüksek, çok yüksek	4	14.8	3	10.3		
Evde Pasif İçicilik Varlığı						
	72	53.3	66	46.2	1.432	0.231
İşyerlerinde Pasif İçicilik Varlığı						
	7	63.6	7	35.0		*0.153
İçilen Sigara Sayısı Adet/Gün						
	5.22 (3.75) [¶]		5.31 (4.52) [¶]		375.500 ^{¶¶}	0.791

*Fisher'in Kesin Testi

¶ Ortalama (S) ¶¶ M-W U

Girişim sağlık ocaklarındaki gebelerin %20.0'ı, kontrol sağlık ocaklarındakilerin ise %20.3'ü şu anda sigara içmektedir. Girişim ve kontrol grubu gebelerinin başlangıçtaki sigara içme durumu karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.782) (Tablo 33).

Girişim grubunda gebe kaldığını öğrenince sigarayı bırakanlar %67.9, kontrol grubunda ise %44.0'dır. Sigarayı bırakma şekli açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.080) (Tablo 33).

Şu anda sigara içen gebelerde bırakma isteği girişim grubunda %96.3, kontrol grubunda ise %89.7'dir. Bırakma isteği açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı fark yoktur ($p=0.612$) (Tablo 33).

Önceki gebeliklerinde sigara içen gebeler girişim grubunda %47.1, kontrol grubunda %56.4'tür. Önceki gebeliklerinde sigara içme durumu açısından girişim ve kontrol grubu arasında fark saptanmamıştır ($p=0.425$) (Tablo 33).

Girişim grubundaki gebelerin %14.8'i, kontrol grubundaki gebelerin %10.3'ü orta ve üzeri bağımlılık düzeyindedir. İki gruptaki gebeler bağımlılık düzeyi açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.700$) (Tablo 33).

Girişim ve kontrol grubu gebelerinin günlük içtikleri sigara ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark yoktur ($p=0.791$) (Tablo 33). Girişim grubu içilen sigara ortalaması 5.22 ± 3.75 (en az 1, en çok 15), kontrol grubu ortalaması 5.31 ± 4.52 (en az 1, en çok 20) adettir.

Girişim ve kontrol grubu gebeleri evlerindeki pasif içicilikleri açısından karşılaştırılmış aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.231$) (Tablo 33). Girişim grubu gebelerinin %53.3'ü, kontrol grubu gebelerinin %46.2'si evlerinde pasif içicidir.

Girişim grubunda, çalışan gebelerin %63.6'sı, kontrol grubunda çalışan gebelerin %35.0'ı işyerlerinde pasif içicidir. Her iki grup işyerlerindeki pasif içicilikleri açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.153$) (Tablo 33).

5.2.3 GEBELERİN GİRİŞİM SONRASI SİGARA İÇME VE PASİF İÇİCİLİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 34. Girişim Sonrası Gebelerin (Annelerin) Sigara İçme ve Pasif İçicilik Özellikleri

	Girişim n=125		Kontrol n=134		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara İçme Durumu						
Hiç içmemiş	74	59.2	85	63.4	0.523	0.770
Bırakmış	28	22.4	26	19.4		
Şu anda içiyor	23	18.4	23	17.2		
Evde Pasif İçicilik Varlığı						
	51	40.8	54	40.6	0.001	0.974
İçilen sigara sayısı adet/gün						
	7.22(5.78) ¶		7.96(5.49) ¶		228.500 ^{¶¶}	0.426

¶ Ortalama (S) ¶¶ M-W U

Girişim sonrası, girişim grubundaki gebelerin (annelerin) %18.4'ü, kontrol grubundaki gebelerin (annelerin) %17.2'si şu anda sigara içmektedir. Girişim sonrası sigara içme durumu açısından iki grup karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.770) (Tablo 34).

Girişim ve kontrol grupları girişim sonrası evde pasif içici olma durumu açısından karşılaştırılmış aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.974) (Tablo 34). İkinci görüşmede, girişim grubunun %40.8'i, kontrol grubunun %40.6'sı evlerinde pasif içicidir.

Girişim ve kontrol grubunun, girişim sonrası günlük içilen sigara ortalamaları karşılaştırılmış aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.426) (Tablo 34). Girişim grubunda günlük içilen sigara ortalaması 7.22±5.78 (en az 1, en çok 20) iken kontrol grubu ortalaması 7.96±5.49 (en az 1, en çok 20) adettir.

Tablo 35. Girişim Öncesi ve Sonrası Girişim Grubundaki Gebelerin Sigara İçme Özellikleri

Girişim Öncesi	Girişim Sonrası	
	İçiyor	Bırakmış
İçiyor	19	7
Bırakmış	4	21

p=0.549

Girişim grubunda önceki görüşmede sigara içmeyi bıraktığını belirtenlerden 4 kişi (% 7.8), doğum sonrası ya da gebeliğin son döneminde tekrar içmeye başladığını, sigara içtiğini belirten 7 kişi (%13.7), içmeyi bıraktığını ifade etmiştir. Girişim grubu önceki ve sonraki sigara içme durumu açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark yoktur (p=0.549) (Tablo 35).

Tablo 36. Girişim Öncesi ve Sonrası Kontrol Grubundaki Gebelerin Sigara İçme Özellikleri

Girişim Öncesi	Girişim Sonrası	
	İçiyor	Bırakmış
İçiyor	19	8
Bırakmış	4	18

p=0.388

Kontrol grubunda önceki görüşmede sigara içmeyi bıraktığını belirtenlerden 4 kişi (%8.1), doğum sonrası ya da gebeliğin son döneminde tekrar içmeye başladığını, sigara içtiğini belirten 8 kişi (%16.3) sigara içmeyi bıraktığını ifade etmiştir. Kontrol grubu önceki ve sonraki sigara içme durumu açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark yoktur (p=0.388) (Tablo 36).

Tablo 37. Sigarayı Bırakan Gebelerin Bırakmalarında Etkili Olduğunu Belirttikleri Nedenler

Nedenler	Sayı	%
Sizinle görüşmeden etkilendim, bıraktım	5	33.4
Kendi çabamla bıraktım	3	20.0
İlk anketten sonra korktum, bıraktım	2	13.3
Aile desteğiyle, bıraktım	2	13.3
Doğumdan hemen önce içmek istemedim, bıraktım	2	13.3
Eşim akciğer kanseri oldu, o yüzden bıraktım	1	6.7
Toplam	15	100.0

Sigarayı bırakan gebelerin bırakmalarında etkili olduğunu belirttikleri nedenler sırasıyla “Sizinle görüşmeden etkilendim, bıraktım”, “Kendi çabamla bıraktım”, “İlk anketten sonra korktum, bıraktım”, “Aile desteğiyle, bıraktım”, “Doğumdan hemen önce içmek istemedim, bıraktım”, “Eşim akciğer kanseri oldu, o yüzden bıraktım”, olmuştur (Tablo 37).

6. TARTIŞMA

Bu çalışma, ülkemizde ebe ve hemşirelerin sigara içen gebelere danışman rolü üstlenmelerine yönelik ilk girişim çalışmasıdır. Çalışmayla alan hizmetini yürüten ebe ve hemşirelerin gebelerdeki sigara içiminin azaltılması ve sigara dumanından koruma danışmanlık davranışları ve tutumları, eğitimin bu davranış ve tutuma etkisi incelenmiştir. Aynı zamanda, ebe ve hemşirelerin aldıkları eğitimin alana yansımaları değerlendirilerek için eğitim öncesi gebelerdeki sigara içme sıklığı, günlük içilen sigara miktarı, evlerindeki pasif içicilikleri incelenmiş, aynı gebelerle doğum sonrası tekrar görüşülerek aynı değişkenler elde edilmiştir.

6.1 Araştırma Grubundaki Ebe ve Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olmamakla birlikte daha fazla sağlık meslek lisesi mezunu ebe ve hemşire vardır. Yaş, medeni durum ve çocuk sayısı açısından iki grup birbirlerine benzerdir.

Kontrol grubunda, girişim grubuna göre anlamlı olmamakla birlikte daha fazla hemşire ve yüksek hemşire bulunmaktadır. Çalışma süresi ve işlerinden memnuniyetleri açısından iki grup birbirine benzerdir.

Girişim ve kontrol grubunda yer alan ebe ve hemşireler, kontaminasyonu engellemek için sağlık ocağı düzeyinde yapılan seçim sonucunda bu gruplara dahil edildiklerinden bazı özellikleri tam olarak birbirine benzer kılınamamıştır.

Ebe ve hemşirelerin yarısından fazlasının işlerinden memnun olmaması çok dikkat çekicidir. Girişim grubundaki ebe ve hemşirelerin %62.5'i, kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin %50.0'ı işlerinden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. İşlerinden memnun olmama nedenlerinin ilk sırasında, maaşlarının düşük olması gösterilmiştir. Kontrol ve girişim gruplarının belirttikleri diğer nedenlerin sıklıkları birbirinden farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedeni sağlık ocakları düzeyinde ocaklara özgü gözlenen birtakım sorunlardır. Genel olarak tüm memnun olmama nedenlerinin temelinde, ülkemizdeki sağlık politikası ve sisteminde son yıllarda yaşanan değişimin olduğu söylenebilir.

Girişim grubundaki ebe ve hemşirelerin, %47.1'i, kontrol grubunun %22.2'si şu anda sigara içmektedir. 1988'deki PİAR araştırma raporuna göre hemşirelerin %42.3'ünün sigara içtiği belirlenmiştir⁸. Bilir'in bir makalesinde, Türkiye'de hemşire ve ebelerin %50.2'sinin sigara içtiği belirtilmiştir²⁸. İstanbul'da yapılan bir çalışmada, ebe ve hemşirelerde günlük içicilik sıklığı %43.0'dır⁸⁴. Manisa'da yapılan diğer bir çalışmada ise hemşirelerde sigara içme sıklığı %42.3 bulunmuştur⁸⁵. Girişim grubundaki sigara içme sıklığı belirtilen sıklıklara yakındır, kontrol grubunda ise sıklık daha düşüktür. Bu farklılığın nedeni olarak, girişim ve kontrol gruplarında az sayıda bireyin yer alması gösterilebilir. Bir diğer neden olarak kontrol sağlık ocaklarında çalışanların, sigarayı bırakma konusunda birbirlerini teşvik ettikleri, sigara içen arkadaşlarını eleştirdikleri ve böylece birbirlerini olumlu etkiledikleri gözlemlenmiştir. Ülkemizdeki kadınlarla karşılaştırıldığında, ebe ve hemşirelerin, daha sık sigara içtiği bilinmektedir. Sigaranın oluşturduğu hastalıklar konusunda bilgili olan ve bu hastalıklara yakından tanık olan bu kişilerin sigara içmeyi sürdürmesi çok düşündürücüdür. Bu durum, sağlık çalışanlarının sağlık çalışanı olmadan önce sigara bağımlısı haline geldiklerini ve sigara bağımlılığının ne denli güçlü olduğunu göstermektedir. Günlük içilen sigara adeti, sigaraya başlama yaşı, sigara eğitimi alma durumu iki grupta benzerdir. Çelişkili bir bulgu ise şu an daha az sigara içen kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin, gebeliklerinde sigara içme sıklıkları daha fazladır. Bu farklılığında, araştırma grubundaki birey sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Girişim ve kontrol gruplarındaki ebe ve hemşirelerin sigara içilebildiğini belirttikleri yerler hem kendi sağlıkları hem de toplum sağlığı açısından çok sakıncalıdır. Hizmet verdikleri toplumun görebileceği yerlerde rahatça sigara içilebiliyor olması topluma kötü örnek oluşturmaları anlamındadır. Bunun toplumda sigaranın daha çok kabul görmesi ve yayılması sonucunu doğurduğu bilinmektedir. Diğer önemli bir konu hizmet alan bireylerin sağlık kurumlarında pasif içici duruma gelmeleridir. Pasif içiciliğin toplum sağlığını tehdit ettiği bilincinin topluma verilmesi, bu durumda söz konusu bile edilemez. Tüm sağlık ocaklarında çalışan tüm personel işyerlerinde pasif içici durumundadır. Pasif içiciliğin getirdiği tüm sağlık risklerini taşımaktadırlar. Başta sağlık ocakları olmak üzere sağlık kurumlarında çalışan personelin, topluma örnek oluşturacakları bilinciyle düşünüp davranmaları gerektiği düşünülmektedir. Kurum yöneticileri tarafından, toplumun gözünden uzak sigara odaları oluşturulmalı, bu odaların havalandırılması ve yasaklara uyulması sağlanmalıdır. Bu

başarıldığında, ikinci aşama da sigarasız sağlık kurumları oluşturulması konusunda girişim yapılması gerektiği düşünülmektedir.

6.2 Ebe ve Hemşirelerin, Girişim Öncesi, Sigara Danışmanlığı ile İlgili Tutumu ve Danışmanlık Davranışı

Girişim grubundaki ebe ve hemşirelerin sigara danışmanlığı ile ilgili başlangıçtaki olumlu tutumu, kontrol grubuna göre anlamlı olmamakla birlikte daha yüksektir.

Mesleksel yarar bölümünde, her iki grup için en az “kesinlikle katılıyorum” yanıtını “gebelere sigaranın zararları ile ilgili bilgi vermem benim daha bilgili bir ebe/hemşire olduğumu gösterir” önermesi almıştır. Aynı bölümde her iki grup için en fazla “kesinlikle katılıyorum” yanıtını “Gebelerin sigaradan korunmasıyla ilgili öneriler vermem benim mesleki memnuniyetimi artırır” önermesi almıştır. Girişim ve kontrol grupları başlangıçta, mesleksel açıdan danışmanlık ile ilgili yüksek olumlu tutum göstermektedir.

Gebeye yarar bölümünde “Sigaradan korunan insanlar daha sağlıklı ve uzun yaşar” önermesine başlangıçta girişim grubunun %88.2’si “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermişlerdir; kontrol grubunda bu sıklık %94.1’dir. Kontrol grubunda bu önermenin daha fazla destek bulması, onların daha az sigara içiyor olmaları ve bu grupta sigarayı daha çok bırakan olmasına bağlanabilir. “Gebelikte sigarayı bırakmak daha kolay olduğu için onların sigarayı bırakmasını sağlayabilirim” önermesine girişim grubunun %58.8’i, kontrol grubunun %72.2’si “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiştir. Kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin kendi deneyimlerinden bu farklılığın olduğu söylenebilir. Girişim ve kontrol grupları başlangıçta, gebeye yarar sağlama açısından sigara danışmanlığı ile ilgili yüksek olumlu tutum göstermektedir.

Bebeğe yarar bölümü başlangıçta girişim grubunun tümünden, kontrol grubunun ise büyük bir çoğunluğundan “kesinlikle katılıyorum” yanıtını almıştır. Bu durum, girişim ve kontrol gruplarının başlangıçta, bebeğe yarar sağlama açısından sigara danışmanlığı ile ilgili çok yüksek olumlu tutum gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Toplumsal yarar bölümüne de başlangıçta girişim grubunun tümü, kontrol grubunun ise

büyük bir çoğunluğu “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önermeye bu denli yüksek katılımın olması toplumsal çalışmalarda, ebe ve hemşirelerin kendi rolleri konusunda bilinçli olduklarını ve kendilerine güven duyduklarını göstermektedir.

Sigara danışmanlığı ile ilgili olumsuz tutum önermelerine verilen yanıtlar, girişim ve kontrol grubunda çoğunlukla benzerdir. “Sigaradan korunmayla ilgili bilgi verecek zamanımın olmadığını düşünüyorum” önermesine girişim grubunun %29.4’ü, kontrol grubunun %55.6’sı “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu farklılık kontrol grubundaki sağlık ocaklarının diğerlerine göre daha yoğun çalışmasından kaynaklanıyor olabilir. “Sigara içen bir ebe/hemşirenin sigaradan korunma önerilerinin dikkati çekeceğini düşünmüyorum” önermesine, girişim grubunun %41.2’si, kontrol grubunun %72.2’si “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiştir. “Gebelikte sigaranın bebeğe zararlarını açıkça söylemem anne için oldukça moral bozucudur” önermesine girişim grubunun %64.7’si kontrol grubunun %38.9’u “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiştir. “Gebelerin sigara içmesinin öncelikli bir sorun olduğunu düşünmüyorum” önermesine girişim grubunun %58.8’i, kontrol grubunun %17.6’sı “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önermelere verilen yanıtlardaki farklılıklar kontrol grubunda sigara içen ebe ve hemşire sayısının daha az olması ve onların gebelikleri sırasında daha fazla sigara içmeleri ile açıklanabilir.

Sigara danışmanlığı ile ilgili başlangıçtaki olumlu tutum ve olumsuz tutum puan ortalamaları, girişim grubunda hafif yüksek olmakla birlikte aralarında anlamlı fark bulunmaması her iki grubun başlangıçtaki tutumlarının benzer olduğunu göstermektedir.

Gebelerin sigaradan korunması danışmanlık davranışı önermelerine başlangıçta, girişim ve kontrol grubunun yarısından fazlası “her zaman” yanıtını vermiştir. Girişim grubunun “her zaman” yanıtı sıklığı anlamlı olmamakla birlikte hafif yüksektir. Başlangıç danışmanlık davranış puan ortalamaları girişim grubunda hafif yüksek olmakla birlikte aralarında anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki grup doğru danışmanlık davranışı açısından da birbirine benzerdir.

Bu bulgular, çalışmaya katılan ebe ve hemşirelerin başlangıçta gebelerin sigaradan korunması danışmanlığı konusunda olumlu tutum ve davranış içinde olduklarını düşündürmüştür.

6.3 Ebe ve Hemşirelerin, Girişim Sonrası, Sigara Danışmanlığı ile İlgili Tutumu ve Danışmanlık Davranışı

Sigara danışmanlığı ile ilgili olumlu tutum önermelerine “kesinlikle katılıyorum” yanıtının verilmesi, her iki grupta artmıştır. Bu artış, girişim grubunda biraz daha belirgindir; fakat anlamlı fark elde edilmemiştir. Anlamlı fark elde edilemeyişi araştırmanın az sayıdaki kişiyle yapılmış olmasıyla açıklanabilir. Kontrol grubunda olumlu tutumun artışı, araştırmanın yürütülmesi sırasında artan duyarlılıktan kaynaklanabilir. Mesleksel yarar bölümünde yer alan “Gebenin sigaradan korunmasının koruyucu görevlerimden biri olduğunu düşünüyorum” önermesine ikinci görüşmede girişim grubunun %100.0’ı, kontrol grubunun ise %94.4’ünün “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermesi sigara danışmanlığını, işlerinin bir parçası olarak gördüklerini bize göstermektedir. “Gebelere sigarayı bırakma ile ilgili önerilerde bulunmam onların sigarayı bırakmasını kolaylaştırır” önermesine girişim grubunun %80.0’ı, kontrol grubunun %52.9’u, “Gebelikte sigarayı bırakmak daha kolay olduğu için onların sigarayı bırakmasını sağlayabilirim” önermesine girişim grubunun %80.0’ı, kontrol grubunun %61.1’i, “Gebeyken verdiğim sigaradan korunma önerileri doğum sonrası sigaraya başlama olasılığını düşürür” önermesine girişim grubunun %86.7’si, kontrol grubunun %66.7’si “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiştir; bu bulgularla eğitimin girişim grubunda, sigara danışmanlığı ile ilgili gebeye yarar sağlama olumlu tutumlarını artırdığı söylenebilir.

Bebeğe yarar bölümünde, “Gebelerin sigaradan korunması bebeklerin daha sağlıklı doğmasını sağlar” önermesine girişim grubunun %100.0’ı, kontrol grubunun %88.9’u, “Sigarayı bırakan gebeler bebeklerini anne sütüyle yeterli besleyebilirler” önermesine girişim grubunun %100.0’ı, kontrol grubunun %72.2’si “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiştir. Girişim grubunda eğitimin, sigara danışmanlığı ile ilgili bebeğe yarar sağlama olumlu tutumlarını artırdığı düşünülmektedir.

Sigara danışmanlığı ile ilgili olumsuz tutum önermelerine “kesinlikle katılıyorum” yanıtının verilmesi her iki grupta da düşmüştür. Kontrol grubundaki düşüş araştırmanın yürütülmesi sırasında oluşan duyarlılıktan kaynaklanmaktadır. “Sadece benim önerimle sigaranın bırakılabileceğini sanmıyorum” önermesine girişim grubundan hiçbir katılımcının “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermemesi çok önemlidir. Bu durum, ebe ve hemşire önerisiyle

sigaranın bırakılabileceği düşüncesinin oluştuğu ve kendilerine olan güvenin arttığının bir göstergesidir. Bu önermeye verilen yanıtlar arasında anlamlı fark olması eğitimin girişim grubunda etkili olduğunu göstermektedir. “Gebelerin sigara içmesinin öncelikli bir sorun olduğunu düşünmüyorum” önermesine ilk görüşmede daha çok katılım olmuştur. Girişim grubunun tamamı sonraki görüşme de bu önermeye katılmamıştır. Eğitimin, sigara danışmanlığını ile ilgili olumsuz tutumu azalttığı bu bulgularla söylenebilir.

Her iki grubun sigara danışmanlığı ile ilgili mesleksel, gebeye ve topluma yarar olumlu tutum puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunamamıştır. Anlamlı farkın bulunamaması kişi sayısının az olmasıyla açıklanabilir. Bebeğe yarar bölümünde anlamlı fark bulunması, eğitim sonrası bebeğe yarar olumlu tutumunun daha çok artmasına ya da önermelerin bazılarının bilgiye dayalı olmasına bağlanabilir. Sigara danışmanlığı ile ilgili olumsuz tutum puan ortalaması girişim grubunda daha düşüktür.

Girişim grubunun gebelerin sigaradan korunması danışmanlık davranışı önermelerine “her zaman” yanıtını vermeleri belirgin olarak yüksektir. “Gebeyi ilk izlemimde sigara içip içmediğini soruyorum” önermesine girişim grubu anlamlı olarak daha fazla “her zaman” yanıtını vermiştir. Bu önerme sigara içen gebenin belirlenmesi ve bu saptamanın olabildiğince erken yapılması anlamında çok önemlidir. Gebenin sigara içmesinin erken belirlenmesi, gebeliğin erken döneminde sigaranın bırakılması ya da azaltılması konusunda fırsat sağlar. Böylece anne ve bebeğin sağlık riski en aza indirgenir. “Sigara içen gebelere ilk izlemde itibaren sigaranın kendisine ve bebeğine vereceği zararlarla ilgili ayrıntılı bilgi veriyorum” önermesine girişim grubunun %93.3’ü, kontrol grubunun %66.7’si, “Gebeyi ilk izlemimden itibaren sigara içilen ortamların kendisi ve bebeği için zararlı olacağını hatırlatıyorum” önermesine girişim grubunun %73.3’ü, kontrol grubunun %55.6’sı, “Sigara içen gebelere sigarayı bırakmasını öneriyorum” önermesine girişim grubunun %93.3’ü, kontrol grubunun ise %77.8’i “her zaman” yanıtını vermiştir. “Sigara bırakma sürecinde kendilerine destek olacağımı söylüyorum” önermesine girişim grubunun %60.0’ı, kontrol grubunun %50.0’ı “her zaman” yanıtını vermiştir. Bu önermelere verilen “her zaman” yanıtları eğitim sonrası ulaşılmak istenen sonuçtur. Danışmanlık davranışına bu yanıtların ne denli yansıdığının kontrolü, gebe izlemleri gözlemlenerek ve gebe izlem kartları incelenerek tekrar değerlendirilebilir.

Gebelerin sigaradan korunması danışmanlık davranışı sonraki puan ortalamaları girişim grubunda anlamlı olarak yüksektir. Bu bulguyla eğitimin danışmanlık davranışı puanını artırdığı söylenebilir. Girişim grubunun doğru danışmanlık davranışı anlamlı olmamakla birlikte kontrol grubuna göre daha fazladır. Doğum öncesi bakımda doğru danışmanlık verilmesinin, gebelikte içilen sigara miktarını azalttığı ve bırakmayı sağladığı gösterilmiştir^{47,75,76,77}.

Ebe ve hemşirelerin, eğitim sonrası bilgi düzeylerinde nasıl bir değişim olduğu incelenmemiştir. Bilgi düzeyinde olan değişim, eğitimin asıl amacının ebelerin sigara danışmanlığı konusunda duyarlılık geliştirmesi ve 5 A yaklaşımının öğretilmesi olduğundan göz ardı edilmiştir.

6.4 Araştırma Grubundaki Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Girişim grubundaki gebelerin %6.7'sinin, kontrol grubundaki gebelerin %16.8'inin, gebelik açısından riskli kabul edilen yaşlarda oldukları gözlenmektedir. Girişim grubundaki gebelerin %3.7'si, kontrol grubundaki gebelerin %8.4'ü ilkokul altı eğitim düzeyindedir. TNSA 2003 verilerine göre Ege Bölgesi'ndeki 15-49 yaş kadınların %16.1'i ilkokul altı öğrenim düzeyindedir⁹. Öğrenim düzeyinin TNSA verilerine göre daha yüksek olması, araştırma grubunun %80'in üzerinde 20-34 yaş arası kadınlardan oluşmasından ve kent merkezinde yaşamalarından kaynaklanmaktadır. Girişim grubunun %8.1'i, kontrol grubunun %14.0'ı çalışmaktadır. Her iki grupta çalışan gebe sayısı düşüktür. Kontrol grubunda kişi başı gelir düzeyi düşük olanlar daha fazladır. Her iki grubun ortanca kişi başı gelir düzeyi asgari ücretin yarısı kadardır. Girişim grubunun %19.3'ünün, kontrol grubunun %30.1'inin sağlık güvencesi yoktur. Araştırma grubunda sağlık güvencesi olmayanlar Türkiye (%15) verilerine göre daha yüksektir⁸⁶. Kontrol grubunda sağlık güvencesi olmayanların fazlalığı, bu gebelerin eşlerinin anlamlı olarak daha fazla işsiz ya da düzensiz iş yapmakta olmasıyla açıklanabilir. Girişim grubundaki gebelerin eşleri anlamlı olarak daha az memurdur. Kontrol grubundaki gebeler daha fazla geniş ailede yaşamaktadır. Girişim ve kontrol grubu gebelerinin başlangıçta, sosyodemografik açıdan tam benzer kılınamaması, kontaminasyonun engellenmesi amacıyla sağlık ocaklarının seçilmesiyle bu grupların belirlenmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Örnek seçimi aşamasında kullanılan sosyoekonomik sınıflandırmanın net

bir ölçütü olmaması nedeniyle girişim ve kontrol gruplarında her düzeyi temsil eden sağlık ocakları tam olarak birbirine benzememektedir. Kontrol grubunu oluşturan sağlık ocaklarının, orta ve kötü sosyoekonomik düzeyde olanları girişim grubuna göre daha alt sosyoekonomik düzeydedir. Gene kontrol grubunda yer alan iyi sosyoekonomik düzeydeki sağlık ocakları, girişim grubuna göre daha üst sosyoekonomik düzeydedir.

Kontrol grubunda, iki ve üzeri gebeliği olanlar ve çocuk sayısı, girişim grubuna göre anlamlı olarak daha fazladır. Bu farklılık kontrol grubunun daha alt sosyoekonomik düzeyde olmasından kaynaklanmaktadır. Girişim ve kontrol gruplarının istemsiz düşük varlığı benzerdir. TNSA 2003 verilerine göre evlenmiş kadınların beşte biri kendiliğinden, %24'ü isteyerek düşük yapmıştır⁹. Girişim grubunun %23.7'si, kontrol grubunun %26.6'sı istemsiz düşük yapmıştır. Türkiye verilerine göre hafif yüksek olan bu hızlar, istemli düşüklerin istemsiz düşük gibi bildirilmiş olabileceği düşüncesini doğurmuştur. İstemli düşük varlığı'nın Türkiye geneline göre hem girişim hem de kontrol bölgesinde daha düşük olması bu düşüncüyü desteklemektedir⁹. Kontrol grubunda daha yüksek istemli düşük olması, çocuk sayısının daha fazla olmasına bağlanabilir. TNSA 2003'e göre evli kadınların %4'ü ölü doğum yapmıştır⁹. Girişim grubunda %1.5, kontrol grubunda %4.2 kadın ölü doğum yapmıştır. Girişim grubunda bir gebenin, kontrol grubunda dört gebenin, daha önce ölen bebeği vardır. Ölü doğum ve ölen bebek kontrol grubunda daha fazladır; bu durum kontrol grubunun daha alt sosyoekonomik düzeyde olmasıyla açıklanabilir.

Girişim ve kontrol grupları gebeleri, süregen hastalık varlığı açısından birbirine benzerdir. Gebelikle ilgili sağlık sorunu bildirimini kontrol grubunda daha fazladır. Bu durum kontrol grubunun doğum sayısının fazla olmasıyla açıklanabilir. Girişim grubundaki gebelerin anlamlı olarak daha fazla sadece kadın hastalıkları doğum uzmanından doğum öncesi bakım alması, girişim grubunun daha üst sosyoekonomik düzeyde olması ile açıklanabilir. Girişim grubunda dört gebenin, sağlık ocağı tarafından tespit edilmesine karşın doğum öncesi bakım almamış olması, sağlık sisteminde son yıllarda yapılan değişimlere paralel olarak, ebe ve hemşirelerin alanda hizmet veremeyecek duruma getirilmiş olmalarına bağlanabilir.

Girişim grubu gebelerinin eşlerinin %57.0'ı, kontrol grubu eşlerinin %59.4 sigara içmektedir. Eşlerdeki sigara içicilik sıklığı, ülkemizdeki erkek sigara içme sıklığıyla paraleldir^{8,14,15}.

Eşlerin beşte biri, günlük bir paketin üzerinde sigara içmektedir. Gebelerin %10'a yakınının evinde eş dışında diğer bir sigara içicisi aile üyesi vardır. Bu bulgular, araştırma grubundaki gebelerin pasif içiciliğinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda bu gebelerin sigarayı bırakma çabasının ailesi tarafından daha az destek göreceği anlamına gelmektedir.

6.5 Gebelerin Girişim Öncesi Sigara İçme ve Pasif İçicilik Özellikleri

Girişim grubundaki gebelerin %20.0'ı, kontrol grubundaki gebelerin %20.3'ü şu anda sigara içmektedir. Gebelikte sigara içme sıklığı araştırma grubunda, Türkiye geneline göre daha yüksektir⁹. İzmir'de yapılan diğer bir çalışmaya göre ise daha düşüktür¹⁰. Bu fark kadınlardaki sigara içiciliğinin sosyoekonomik ve kültürel durumla yakından ilişkili olmasıyla açıklanabilir. Dünya'da yüksek gelirli kadınların %22'si, düşük orta gelirli kadınların %10'u sigara içmektedir. Kadınlarda gelir arttıkça günlük içilen sigara sayısı da artmaktadır⁶. Dünya'da gebeler arasında sigara içme sıklığı bilinmemektedir. Değişik ülkelerde, bölgesel çalışmalardan elde edilen sigara içme sıklıkları bilinmektedir. Araştırma bölgesindeki sigara içme sıklığı, Avustralya ve Birleşik Krallık düzeyindedir^{48,52}. Yeni Zelanda ve Danimarka çalışmalarında belirtilen sıklıklara göre düşüktür^{47,50}. İsveç ve Fransa çalışmalarında belirlenen sıklıklardan daha yüksektir^{49,51}.

Sigarayı bırakan gebelerin pek çoğu gebe kaldıklarını öğreninceye kadar sigara içmeye devam etmişlerdir. Girişim grubunda gebe kaldığını öğreninceye kadar sigara içmeye devam edenler fazladır. Girişim ve kontrol grubu arasındaki sosyoekonomik durum farkının bu sonuca neden olduğu düşünülmektedir.

Sigara kullanan gebeler %90'ın üzerinde sigarayı bırakmak istemektedir. Bu gebelerin sigarayı bırakma açısından çok büyük bir yardıma gereksinimleri olduğunun göstergesidir. Bu istek kendilerinden çok bebeklerinin sağlığını tehlikeye atmaları korkularından kaynaklanmaktadır. Bu sonuç, gebelerde yapılacak girişim çalışmalarına gebelerinde destek olacağı buna bağlı olarak, sigarayı azaltma ve bırakma başarısının yüksek olabileceğini düşündürmektedir.

Önceki gebeliklerinde sigara içme özellikleri her iki grupta benzerdir. Sigara içen iki ve üzeri gebeliği olanların yarısı önceki gebeliklerinde de sigara içmiştir. Sigara içen gebenin diğer

gebeliklerinde de sigara içmesi önceki gebelik deneyimine bağlıdır. Sigara içen gebe bebekle ilgili gelişen pek çok sağlık probleminin sigara içmesinden kaynaklandığını reddetmektedir. Bebeğin gözle görülebilir bir sakatlığı olmadıkça diğer sağlık sorunlarını göz ardı edebilmektedir. Sigara içtiği gebeliğinde bebeğin etkilenmediğine dair kendisini inandırmıştır. Sonraki gebeliklerine, bu durum olumlu bir deneyim olarak yansımakta ve diğer gebeliklerde de sigara içimi sürdürülmektedir.

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerde nikotin bağımlılığı benzerdir. Sigara içen gebelerin bağımlılık düzeyinin düşük olması bırakırma çalışmalarının başarısını artıracaktır. Bırakma döneminde nikotin yoksunluğu belirtileri daha az sorun oluşturacaktır. Hajek ve arkadaşlarının Birleşik Krallık'ta yaptıkları randomize kontrollü bir çalışma da ebelerin verdikleri kısa danışmalığın etkisi değerlendirilmiştir. Bu çalışma sonucunda gebelikte sigara bıraktırmada belirleyici olan ögenin nikotin bağımlılığı olduğu üzerinde durulmuştur. Bağımlılığın en iyi göstergesinin de sabah ilk içilen sigaranın ne zaman içildiği olduğu belirtilmiştir⁴⁸.

İçilen sigara miktarı açısından iki grup birbirine benzerdir. Günlük içilen sigara miktarı diğer ülke çalışmalarından düşüktür^{47,48,49,50,51,52}.

Girişim ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin pasif içicilikleri yüksektir. Girişim grubunun %53.3'ü, kontrol grubunun %46.2'si evlerinde pasif içicidir. Evlerinde pasif içici olan bu gebeler aynı zamanda sigara içmektedir. Bu kendi ve bebeklerinin sağlık riskinin katlanarak çoğalması anlamındadır. Dünya'da gebelikte pasif sigara içiciliği sıklığına yönelik alanda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. İzmir'de yürütülen bir çalışmada, belirlenen sıklıklara benzer olarak bildirime göre gebelerin %54.1'i pasif içicidir¹⁰.

Girişim grubunda, çalışan gebelerin yarıdan fazlası işyerlerinde pasif içicidir. Kontrol grubunda ise gebelerin üçte biri işyerlerinde pasif içicidir. Bu fark girişim grubunda çalışanların daha çok özel işyerlerinde çalışmaları ile açıklanabilir.

6.6 Gebelerin Girişim Sonrası Sigara İçme ve Pasif İçicilik Özellikleri

Gebelerle doğumlarından sonraki ilk üç ay içinde ikinci görüşme yapılmıştır. İkinci görüşmede şu an sigara içtiğini ifade eden anneler, girişim grubunda %18.4, kontrol grubunda %17.2'dir. İlk görüşmeden bu yana girişim grubunda sigara içme sıklığı %1.6, kontrol grubunda ise %3.1 azalmıştır. Sigara içme durumları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Gebauer ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, gebe kadınlara 4A yaklaşımı uygulanmıştır(bkz giriş s:27). Girişim grubunun %15.5'i sigarayı bırakmıştır. Kontrol grubunda bu zaman içinde sigarayı bırakan olmamıştır. Girişim grubunda ortalama içilen günlük sigara miktarı 13.3 adetten 7.8 adete inmiştir. Kontrol grubunda ise değişim hafif artış yönündedir⁷⁵. Bu araştırmanın gebe polikliniğine başvuran sigara içen gebeler üzerinde yapılması, gebe kadınlar için hazırlanmış sigarayı bırakma rehberlerinin dağıtılması bizim araştırmamıza göre başarı olasılığını artırmıştır. Diğer önemli bir konu sigarayı bıraktığını belirtenlerin bu araştırmada olduğu gibi sözel bildirimlerinin laboratuvar bulgusuyla desteklenememesi sonuçların karşılaştırılabilirliğini engellemektedir.

Lawrence ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışma da gebe kadınlarda sigarayı bırakturma girişimleri değerlendirilmiştir(bkz giriş s:28). Girişimlerin uygulandığı gebe kadınlar 30. haftada ve doğumdan sonraki 10. günde değerlendirilmiştir. Sigarayı bırakma 30. haftada grup 1'de %1.7, grup 2'de %4.3, grup 3'de %5.7 olmuştur. Doğumdan sonra 10. gündeki değerlendirmede sigarayı bırakmada artış gözlenmiş, grup 1'de %3.5, grup 2'de %4.7, grup 3'de %8.1 olmuştur⁷⁶. Bu araştırmanın gebe polikliniğine başvuran sigara içen gebe kadınlar üzerinde yapılması, deneyimli bir ekip tarafından araştırmanın uygulanması, çalışmayı yürütecek olan ebelerle eğitimlerin sertifikalı özel bir grup tarafından verilmesi, kullanılan rehber ve bilgisayar programının özel olarak hazırlanmış denenmiş olması bizim araştırmamıza göre başarı şansını artırmıştır.

Rigotti ve arkadaşlarının yürüttüğü telefonla yardım temelindeki başka bir çalışmada, gebelik sonunda sigarayı bırakma girişim grubunda %10.0, kontrol grubunda ise %7.0'dır⁷⁷(bkz giriş s:28). Bu danışmanlıkların bilişsel-davranışsal ve güdülenme görüşmeleri açısından eğitilmiş bir grup tarafından yapılması bizim çalışmamıza göre üstünlüğüdür.

McLeod ve arkadaşlarının yürüttüğü diğer bir çalışma da ise birincil annelik bakımı veren ebelerin sigarayı bırakma ve azaltmadaki etkinlikleri değerlendirilmiştir(bkz giriş s:28). Sigara eğitimi grubunun gebeliğin 28. haftasında sigarayı azalma ve bırakma OR:2.61(%95 G.A;1.13-6.04), 36. haftasında OR:2.71(%95 G.A; 1.17-6.28)'dir. Birleşik grubun ise gebeliğin 36. haftasındaki sigarayı bırakma ve azaltma OR:2.39(%95 G.A; 1.08-5.31)'dur⁴⁷. Bu çalışmanın alanda deneyimli bir ekip tarafından yapılması, gebe danışmanlıklarının özel olarak hazırlanmış broşür ve video gösterimleriyle desteklenmesi, laboratuvar desteğinin bulunması bizim çalışmamıza göre üstünlükleridir.

Girişim grubunun %40.8'i, kontrol grubunun %40.6'sı evlerinde pasif içicidir. Girişim grubunda pasif içicilik %12.5, kontrol grubunda ise %5.6 azalmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki anneler pasif içicilikleri açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır. Gebelerde pasif içiciliği azaltmaya yönelik yapılmış her hangi bir girişim çalışmasına rastlanmamıştır.

Bu araştırma da, girişim ve kontrol grupları arasında ikinci görüşme de sigara içme durumu açısından fark olması beklenirdi. Bu farkın oluşmaması, girişim grubu ebe ve hemşirelerine uygulanan eğitimin alana çok fazla yansımadığını bize düşündürmektedir. Sigara içme sıklığında her iki grupta görülen düşüşün bir bölümü, araştırmacı ve veri toplamasına yardım eden araştırma görevlisinin etkisiyle olmuştur. İkinci görüşme de sigarayı bırakan gebelerin yarıya yakını ilk görüşmeden etkilendiklerini söylemiştir. Pasif içicilikte görülen düşüşünde ilk görüşmeden etkilenme ile olduğu düşünülmektedir. Girişim ve kontrol grubunda pasif içicilik açısından da fark bulunmaması bu görüşü desteklemektedir. Girişim grubunda pasif içiciliğin daha çok azalmasının nedeninin ebe ve hemşirelere yapılan eğitimin katkısının ne denli olduğu konusu tartışmalıdır. Gebelerden sigara verilerini toplayan her iki bireyin hekim olması onları sigarayı bırakma önerisini vermelerine neden olmuştur. Gebe kadınlarla yapılan bu görüşme etik açıdan bu öneriyi sunma konusunda zorunluluk hissettirmiştir. Hekimlerin sigarayı bırakma önerisi vermesinin etkisinin değerlendirildiği bir derlemede, 17 çalışmanın verileri birleştirilerek değerlendirilmiş hekimlerin kısa öneri sunmasının hiç öneri vermemeye göre anlamlı olarak sigarayı bıraktırmayı artırdığı belirtilmiştir. Kısa öneri verilen grupta bırakma oranlarında mutlak %2.5 fark oluşmuştur⁸⁷. Bu araştırma da girişim ve kontrol

grupları birlikte değerlendirildiğinde bırakma oranlarında ilk görüşmeye göre benzer bir fark bulunmuştur. Aynı derleme de kısa öneriyle yoğun girişimlerin etkisi de karşılaştırılmış, yoğun girişimlerin kısa öneriye göre üstün olduğuyla ilgili bir kanıt bulunamamıştır.

Sigara içenler doğumdan sonra içtikleri günlük sigara miktarını artırmıştır. Girişim ve kontrol gruplarında günlük içilen sigara miktarı açısından fark yoktur. Sigara içen annelerin doğum sonrası içilen sigara miktarını artırması diğer araştırmalarda da görülmüştür^{75,88}. Sigara içen gebeler doğumdan sonra bebeklerine artık zarar vermeyecekleri düşüncesiyle içtikleri sigara miktarını artırmaktadır.

İlk görüşmeden sonra her iki grupta dörder kişi tekrar sigara içmeye başladığını ifade etmiştir. Kirsten ve arkadaşlarının çalışmasında, gebeliğin 30. haftasında yapılan ziyarette, ilk ziyarete göre sigara içmeyi bırakanların %2'sinin tekrar sigara içmeye başladığı, %2'sinin de sigara içmeyi bıraktığı saptanmıştır⁸⁸. Bu çalışmada tekrar sigara içmeye başlama oranı bu çalışmaya göre fazla olmakla birlikte bırakanlarda fazladır.

Sigarayı bıraktırmada sağlık çalışanlarının eğitilmelerinin etkisinin değerlendirildiği bir derlemede, sekiz çalışmanın altısının herhangi bir etkisi bulunmamıştır. Diğer çalışmalarda eğitimin hatırlatıcı ve hazırlayıcı sürece etkileri vardır⁸⁹. Bu araştırmada da sigaradan korunma danışmanlık davranışı puanlarındaki anlamlı artış eğitimin sigarayı bıraktırma sürecine etkisinin olabileceğiyle ilgili önemli bir sonuçtur. Ebe ve hemşirelerin verdikleri danışmanlıkların etkisinin gebelerin sigarayı bırakması ile değerlendirilmesi çalışmamızın etkisini sınırlandırmıştır. Üstelik bu çalışma gebeliğin ilk aylarında kendi çabasıyla sigarayı bırakmış olanlar dışında göreceli olarak sigara içme konusunda daha dirençli bir grup üzerinde sonuç almayı beklemektedir.

7. KISITLILIKLAR

Araştırmanın en önemli kısıtlılığı, araştırmanın uygulandığı süreçte İzmir'in aile hekimliği sistemine geçiş için pilot il olarak belirlenmesi ve ardından sağlık sisteminde köklü bir değişimin yaşanmasıdır. Bu köklü değişim sağlık çalışanları üzerinde yoğun baskı ve stres oluşturmuştur; bu durumdan ebe ve hemşireler daha fazla etkilenmiştir. Değişim hazırlıklarının yarattığı iş yoğunluğu nedeniyle koruyucu hizmetler, özellikle alanda yürütülenler neredeyse durmuştur.

Eğitimin yaz başında yapılması, yıllık izinlerin ve sıcakların başlamasıyla birlikte gebe izlemlerinin daha da aksaması sonucunu doğurmuştur.

Yönetimsel açıdan sigara danışmanlığı yapılması konusunda bir zorunluluk olmaması ve çalışanların kendi isteklerine bağlı danışmanlık verilmesi diğer bir kısıtlılıktır. Ebe ve hemşirelerden sigara danışmanlığı verdiklerinde gebe kartlarına bilgi notu düşülmesi ricası çoğunlukla yerine getirilmemiştir. Doğumdan sonra bu notlara ulaşmak istenildiğinde çok az ebe ve hemşirenin gebe kartına ulaşılmış ve ulaşılan gebe kartlarının pek azında gebenin sigara içip içmediğine dair not görülmüş, izlemlerde danışmanlık verilip verilmediğine dair herhangi bir bilgi edinilmemiştir.

Araştırmacının işgücü ölçüsünde araştırma alanının daraltılması, girişim ve kontrol grubu arasındaki farkı yakalayabilecek yeterli örneğe ulaşmayı engellemiştir. Araştırma temelde ekip çalışmasını gerektirmektedir.

Ekonomik nedenlerle, laboratuvar analizleri ile çalışma desteklenememiş, özellikle gebelere yönelik eğitim materyali hazırlanamamıştır.

Araştırma izinlerinin alınması konusunda yaşanan sıkıntı ve zaman kaybı, araştırmanın zaman baskısı altında gerçekleşmesine neden olmuştur.

Çalışmada kullanılan tutum davranış anketinin, tutum ve davranış ölçme konusunda kısıtlılıkları vardır.

Örnek seçiminde yararlanılan sosyoekonomik düzey tanımının net bir ölçüte dayanmaması çalışmanın sonuçlarını olumsuz yönde etkilemiştir.

Eğitimin, yetişkin eğitimi program geliştirme basamaklarının tümünü içermemesi, özellikle eğitim gereksinimini saptama aşamasının yapılamaması önemli bir kısıtlılıktır. Sağlık ocaklarında eğitim verilmesi, eğitim ortamının standardizasyonunu engellemiştir. Eğitim sırasında fiziksel açıdan zorluklar yaşanmış ve zaman zaman eğitim, hizmet almaya gelen bireyler tarafından bölünmüştür.

8. SONUÇLAR

- Eğitim sonrası girişim grubunun sigara danışmanlığı ile ilgili olumlu tutumu artmış, olumsuz tutumu azalmıştır fakat kontrol grubuyla anlamlı fark bulunmamıştır.
- Eğitim sonrası girişim grubunun danışmanlık davranışı puanı anlamlı olarak artmıştır.
- Eğitim sonrası girişim grubunda doğru danışmanlık davranışı belirgin olarak artmıştır.
- Girişim ve kontrol grubu gebelerinin sonraki sigara içme sıklığı hafif düşmüştür, son sigara içme durumu her iki grupta benzerdir.
- Girişim ve kontrol grubu gebelerinin sonraki pasif içicilik sıklığı hafif düşmüştür, son pasif içicilik sıklığı her iki grupta benzerdir.
- Sigara içen gebelerin günlük içtikleri sigara ortalaması ikinci görüşmede artmıştır.

9. ÖNERİLER

- Ebe ve hemşirelere, hizmet içi eğitimler verilerek gebeler gibi risk grupları başta olmak üzere sigara danışmanlığının verilmesi konusunda, olumlu tutum ve doğru danışmanlık davranışı geliştirmeleri sağlanmalıdır.
- Gebe izlem kartlarında sigaraya özel bir bölüm ayrılmalıdır. Böylece ebe ve hemşirelerin hizmet verdikleri gebenin sigara içip içmediğini tespit etmesi, sigarayı bırakmanın önemini tartışması ve bırakmayı önermek için zaman ayırması sağlanmalıdır.

10. KAYNAKLAR

1. Guindon GE, Boisclair D. Past, current, and future trends in tobacco use. Washington D.C: World Bank; 2003 (HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 6). Erişim Adresi: <http://www1.worldbank.org/tobacco/publications.asp> Erişim Tarihi:26.3.2007
2. Shafey O, Dolwick S, Guindon G.E, editors. Tobacco control country profiles. 2nd edn. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2003.
3. Ezzati M, Lopez A.D. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. Lancet 2003; 362:847-52.
4. Macakay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization, 2002.
5. Jha P, Chaloupka F.J. The economics of global tobacco control. BMJ 2000;321;358-61.
6. Samet J.M, Yoon S.Y, editors. Women and the Tobacco Epidemic Challenges for the 21st Century, 2001.
7. World Health Organization. Building Blocks For Tobacco Control A Handbook, 2004.
8. PIAR Araştırma Ltd. şti. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu, 1988.
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003.
10. Keskinoglu P, Çımrın D, Giray H, Karakuş N, Aksakoğlu G. Gebelerde aktif ve pasif sigara içiciliği ve etkileyen etmenler. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 2005;19:153-8.
11. Karlıkaya C, Öztuna F, Aytemur Solak Z, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi 2006;7:51-64
12. Barış Y.İ. Tütün Kullanımının Tarihçesi. Erişim Adresi: http://www.toraks.org.tr/sub/sigarasiz/TuTuN_KULLANIMININ_TARiHcESi-I_Barıs.pdf Erişim Tarihi:8.4.2007
13. Boyle P. Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: a review including the Recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki, October 1996. Lung Cancer 1997;17: 1-60.
14. Onat A. Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. Atherosclerosis 2001;156:1-10.

15. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002; 25:1551-6.
16. Tezcan S, Altıntaş H, Sönmez R, Akinci A, Doğan B, Çakır B, et al. Cardiovascular risk factor levels in a lower middle-class community in Ankara, Turkey. *Trop Med Int Health* 2003;8:660-7.
17. Ögel K, Tamar D, Özmen E, Aker T, Sağduyu A, Boratav C, ve ark. İstanbul Örnekleminde Sigara Kullanım Yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi* 2003;4:105-8.
18. Demiral Y, Soysal A, Kılıç B, Uçku R, Bilgin A.C, Karakuş N. ve ark. İzmir Konak İlçesinde 20 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sosyoekonomik Göstergeler ve Koroner Kalp Hastalığı İlişkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6:27-40.
19. Erbaydar T, Lawrence S, Dagli E, Hayran O, Collishaw N.E. Influence of social environment in smoking among adolescents in Turkey. *Eur J Public Health* 2005;15:404-10.
20. Cunningham R. Smoke & Mirrors The Canadian Tobacco War. In: *Masters of Manipulation: Tobacco industry Tactic*. Ottawa: International Development Research Centre; 1996. Erişim Adresi: <http://globalink.org/tobacco/docs/na-docs/smokeandmirrors/SMOKE3.pdf> Erişim Tarihi: 17.4.2007
21. Onder Z. The Economics of Tobacco In Turkey New evidence and demand estimates. Washington (D.C): World Bank; 2002 (HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 2).
22. Lam T.H, Chung S.F, Betson C.L, Wong C.M, Hedley A.J. Respiratory symptoms due to active and passive smoking in junior secondary school students in Hong Kong. *Int J Epidemiol* 1998; 27:41-8.
23. Hawamdeh A, Kasasbeh F.A, Ahmad M.A. Effects of passive smoking on children's health: a review. *East Mediterr Health J* 2003; 9:441-7.
24. International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. Consultation Report. Geneva: World Health Organization Tobacco Free Initiative; 1999 Jan. Report No: WHO/NCD/TFI/99.10.
25. Boffetta P, Tredaniel J, Greco A. Risk of childhood cancer and adult lung cancer after childhood exposure to passive smoke: a meta-analysis. *Environ Health Perspect* 2000;108:73-82.

-
26. Gajalakshmi V, Peto R, Kanaka TS, Jha P. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43000 adult male deaths and 35000 controls. *Lancet* 2003;362:507-15.
 27. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Rapor, 2004.
 28. Bilir N. Sigara Kullanımının Kadın Sağlığına Etkileri ve Kontrolü. Erişim Adresi: http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/dosyalar/sigara_kul_kadin_saglina_etkileri.pdf
Erişim Tarihi:13.4.07
 29. Prescott E, Hippe M, Schnohr P, Hein H.O, Vestbo J. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. *BMJ* 1998;316:1043-7.
 30. Njolstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction: a 12-year follow-up of the Finnmark Study. *Circulation* 1996;93:450-6.
 31. Doll R, Gray R, Hafner B, Peto R. Mortality in relation to smoking: 22 years' observations on female British doctors. *BMJ* 1980;280:967-71.
 32. Jousilahti P, Vartiainen E, Tuomilehto J, Puska P. Sex, Age, Cardiovascular Risks Factors, and Coronary Heart Disease: A Prospective Follow-Up Study of 14 786 Middle-Aged Men and Women in Finland. *Circulation* 1999;99:1165-72.
 33. Poulter N R, Chang C L, Farley T M, Kelaghan J. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. *Lancet* 1997;349:1202-9.
 34. Shinton R, Beevers G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *BMJ* 1989;298:789-94.
 35. Peto R, Lopez AD, Boreham J. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992;339:1268-78.
 36. Hollenback KA, Barrett-Connor E, Edelstein SL, Holbrook T. Cigarette smoking and bone mineral density in older men and women. *Am J Public Health* 1993;83:1265-70
 37. Oncken C, Prestwood K, Kleppinger A, Wang Y, Cooney J, Raisz L. Impact of smoking cessation on bone mineral density in postmenopausal women. *J Womens Health* 2006;15:1141-50.

-
38. Burger H, de Laet CE, van Daele PL, Weel AE, Witteman JC, Hofman A et al. Risk factors for increased bone loss in an elderly population: The Rotterdam Study. *Am J Epidemiol* 1998;147:871-9
 39. Orwoll ES, Bauer DC, Vogt TM, Fox KM. Axial bone mass in older women. *Ann Intern Med* 1996;124:187-96.
 40. Hoidrup S, Prescott E, Sorensen TI, Gottschau A, Lauritzen JB, Schroll M et al. Tobacco smoking and risk of hip fracture in men and women. *Int J Epidemiol* 2000; 29:253-9.
 41. Peel NM, McClure RJ, Hendrikz JK. Health-protective behaviours and risk of fall-related hip fractures: a population-based case-control study. *Age Ageing* 2006;35:491-7.
 42. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Smoking and infertility. *Fertil Steril* 2006;86(5 Suppl):172-7.
 43. Augood C, Duckitt K, Templeton A.A. Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod* 1998;13:1532-9.
 44. Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: Smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine Tob Res* 2004;6(Supp 2):125-40
 45. Chung FF, Yao CC, Wan GH. The associations between menstrual function and life style working conditions among nurses in Taiwan. *J Occup Health* 2005;47:149-56.
 46. Van Asselt KM, Kok HS, van Der Schouw YT, Grobbee DE, te Velde ER, Pearson PL et al. Current smoking at menopause rather than duration determines the onset of natural menopause. *Epidemiology* 2004;15:634-9.
 47. Mcleod D, Pullon S, Benn C, Cookson T, Dowell A, Vickers A et al. Can support and education for smoking cessation and reduction be provided effectively by midwives within primary maternity care? *Midwifery*; 20:37-50.
 48. Hajek P, West R, Lee A, Foulds J, Owen L, Eiser JR et al. Randomized controlled trial of a midwife delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy. *Addiction* 2001; 96:485-94.
 49. Lindqvist R, Aberg H. Who stops smoking during pregnancy? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 137-41
 50. Hegaard HK, Kjaergaard H, Moller LF, Wachmann H, Ottesen B. Multimodal intervention raises smoking cessation rate during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 813-9

-
51. Grange G, Vayssiere C, Borgne A, Ouazana A, L'Huillier JP, Valensi P et al. Characteristics of tobacco withdrawal in pregnant women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;125:38-43.
 52. Lu Y, Tong S, Oldenburg B. Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. *Health Promot Int* 2001;16:355-65.
 53. Smith GC, Shah I, White IR, Pell JP, Dobbie R. Previous preeclampsia, preterm delivery, and delivery of a small for gestational age infant and the risk of unexplained stillbirth in the second pregnancy: a retrospective cohort study, Scotland, 1992–2001. *Am J Epidemiol* 2007;165:194-202.
 54. Higgins S. Smoking in pregnancy. *Curr Opin in Obstet Gynecol* 2002; 14:145-51.
 55. Ingvarsson RF, Bjarnason AO, Dagbjartsson A, Hardardottir H, Haraldsson A, Thorkelsson T. The effects of smoking in pregnancy on factors influencing fetal growth. *Acta Paediatr* 2007; 96:383-6.
 56. Ashdown-Lambert JR. A review of low birth weight: predictors, precursors and morbidity outcomes. *J R Soc Health* 2005; 125:76-83.
 57. Yeoh BH, Eastwood J, Phung H, Woolfenden S. Factors influencing breastfeeding rates in south-western Sydney. *J Paediatr Child Health* 2007;43:249-55.
 58. Milner AD, Marsh MJ, Ingram DM, Fox GF, Susiva C. Effects of smoking in pregnancy on neonatal lung function. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1999;80:F8-14.
 59. Kallen K. Multiple malformations and maternal smoking. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:227-33.
 60. Wideroe M, Vik T, Jacobsen G, Bakketeig LS. Does maternal smoking during pregnancy cause childhood overweight? *Paediatr Perinat Epidemiol* 2003;17:171–9.
 61. Reijneveld SA, Brugman E, Hirasing RA. Infantile colic: Maternal smoking as potential risk factor. *Arch Dis Child* 2000;83:302-3.
 62. Menegaux F, Steffen C, Bellec S, Baruchel A, Lescoeur B, Leverger G et al. Maternal coffee and alcohol consumption during pregnancy, parental smoking and risk of childhood acute leukaemia. *Cancer Detect Prev* 2005;29: 487-93.
 63. Indredavik MS, Brubakk AM, Romundstad P, Vik T. Prenatal smoking exposure and psychiatric symptoms in adolescence. *Acta Paediatr* 2007; 96:377-82.
 64. Nigg JT, Breslau N. Prenatal smoking exposure, low birth weight, and disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:362-9.

-
65. Brook DW, Zhang C, Rosenberg G, Brook JS. Maternal cigarette smoking during pregnancy and child aggressive behavior. *Am J Addict* 2006; 15: 450-6.
66. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. Avrupa Tütün Kontrol Stratejileri. Tütünsüz Yaşam Derneği (Çev). Ankara; 2004.
67. Centers for Disease Control and Prevention. Guide to Community Preventive Services, Tobacco. Erişim Adresi: <http://www.thecommunityguide.org/tobacco/> Erişim Tarihi:3.3.2007
- 68.4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun Erişim Adresi: http://www.ism.gov.tr/mevzuat/kanunlar/sayfa1/K_26111996_1.pdf Erişim Tarihi:21.5.2007
69. Örsel O. Tütün ve Tütün Kontrolü. Erişim Adresi: http://www.toraks.org.tr/kisokulu5-ppt-pdf/osman_orsel_tutun.pdf Erişim Tarihi:21.5.2007
70. T.C. Başbakanlığı. Ulusal Tütün Kontrol Programı. 2006/29 sayılı genelge. Erişim Adresi: http://www.bsm.gov.tr/mevzuat/docs/G_07102006_1.pdf Erişim Tarihi:21.5.2007
71. 4733 sayılı Tütün, Tütün Mamulleri, Tuz Ve Alkol İşletmeleri Genel Müdürlüğünün Yeniden Yapılandırılması İle Tütün ve Tütün Mamullerinin Üretimine, İç ve Dış Alım ve Satımına, 4046 Sayılı Kanunda ve 233 Sayılı Kanun hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Erişim Adresi: <http://www.sigarasiztoplum.com/kanun2.html> Erişim Tarihi:21.5.2007
72. Tütünsüz Yaşam Derneği. Dünya Tütünsüz Günü 31 Mayıs, Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rolü. Bilir N, Telatar G. (Çev.), Ankara, 2005.
73. Bilir N, Doğan Güçiz B, Yıldız A.N. Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını; 1997.
74. Barron J, Petrilli F, Strath L, McCaffrey R. Successful interventions for smoking cessation in pregnancy. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007;32:42-7.
75. Gebauer C, Kwo CY, Haynes, E.F, Wewers, M. E. A nurse-managed smoking cessation intervention during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998; 27: 47-53.
76. Lawrence T, Aveyard P, Evans O, Cheng KK. A cluster randomized controlled trial of smoking cessation in pregnant women comparing interventions based on the transtheoretical (stages of change) model to standard care. *Tob Control* 2003,12:168-77.
77. Rigotti NA, Park ER, Regan S, Chang, Y, Perry, K, Loudin B et al. Efficacy of telephone counseling for pregnant smokers: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;108: 83-92.

-
78. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. BMJ. 1999 Jan 16;318(7177):182-5.
79. Güler Ç, Akın L. Editörlüğünde. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Basımevi; 2006.
80. World Health Organization. Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic, Geneva:WHO;1998.
81. Umut S, Erdinç E. Editörlüğünde. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Toraks Derneği; Ekim 2000.
82. Uysal M.A, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram N.G, Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004;52(2):115-21
83. Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri 1^{inci} Baskı. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Komisyonu; 2001.
84. Talay F, Altın S, Çetinkaya E. İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları. Tüberküloz ve Toraks 2007;55:43-50
85. Nehir S, Demet MM, Dinç G. Manisa İli Kent Merkezinde Görevli Hemşirelerin Sigara Kullanma Düzeyleri ve İlişkili Risk Etmenleri. Bağımlılık Dergisi 2007;8:3-10.
86. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayın Ve Basım Şube Müdürlüğü; 2006.
87. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No:CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub2.
88. Wisborg K, Henriksen TB, Secher NJ. A prospective intervention study of stopping smoking in pregnancy in a routine antenatal care setting. Br J Obstet Gynaecol 1998;105:1171-6.
89. Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 3. Art. No: CD000214. DOI: 10.1002/14651858.CD000214.

11. EKLER

EK-1

ÖNERMELER

Gebeleri Sigaradan Koruma Danışmanlık Davranışı Önergeleri

Önerme 1, Gebeyi ilk izlemimde sigara içip içmediğini soruyorum

Önerme 2, Sigara içen gebelere ilk izlemiden itibaren sigaranın kendisine ve bebeğine vereceği zararlarla ilgili ayrıntılı bilgi veriyorum

Önerme 3, Gebeyi ilk izlemimden itibaren sigara içilen ortamların kendisi ve bebeği için zararlı olacağını hatırlatıyorum

Önerme 4, Sigara içen gebelere sigarayı bırakmasını öneriyorum

Önerme 5, Sigara bırakma sürecinde kendilerine destek olacağımı söylüyorum

Sigara danışmanlığı ile ilgili olumlu tutum önergeleri

Mesleki yarar

Önerme 1, Gebenin sigaradan korunmasının koruyucu görevlerimden biri olduğunu düşünüyorum

Önerme 2, Gebelere sigaranın zararları ile ilgili bilgi vermem benim daha bilgili bir ebe/hemşire olduğumu gösterir

Önerme 3, Gebelere sigaradan korunmayla ilgili önerilerde bulunmam benim güvenilirliğimi artırır

Önerme 4, Gebelerin sigaradan korunmasıyla ilgili öneriler vermem benim mesleki memnuniyetimi artırır

Gebeye yarar

Önerme 5, Gebelere sigarayı bırakma ile ilgili önerilerde bulunmam onların sigarayı bırakmasını kolaylaştırır

Önerme 6, Gebelikte sigarayı bırakmak daha kolay olduğu için onların sigarayı bırakmasını sağlayabilirim

Önerme 7, Gebeyken verdiğim sigaradan korunma önerileri doğum sonrası sigaraya başlama olasılığını düşürür

Önerme 8, Sigaradan korunan insanlar daha sağlıklı ve uzun yaşar

Bebeğe yarar

Önerme 9, Gebelerin sigaradan korunması bebeklerin daha sağlıklı doğmasını sağlar

Önerme 10, Sigarayı bırakan gebeler bebeklerini anne sütüyle yeterli besleyebilirler

Önerme 11, Sigaraya ayrılan paranın bebeklerin beslenmesine ayrılması daha sağlıklı olmalarını sağlar diye düşünüyorum

Önerme 12, Sigara dumanı olan ortamda büyüyen çocuğun hastalanma olasılığı çok yüksektir

Toplumsal yarar

Önerme 13, Gebelere sigaranın zararlarıyla ilgili bilgi vermem toplumda sigaraya karşı duyarlılığın artmasına katkı sağlar

Sigara danışmanlığı ile ilgili olumsuz tutum önergeleri

Önerme 14, Sigaradan korunmayla ilgili bilgi verecek zamanımın olmadığını düşünüyorum

Önerme 15, Sigaranın gebelikteki zararlarıyla ilgili ayrıntılı bilgim olmadığını düşünüyorum

Önerme 16, Sigara içen bir ebe/hemşirenin sigaradan korunma önerilerinin dikkati çekeceğini düşünmüyorum

-
- Önerme 17, Gebelere sigarayı bırakmaları konusunda öneri sunmam onların tepkisini çekebilir
- Önerme 18, Gebelikte sigaranın bebeğe zararlarını açıkça söylemem anne için oldukça moral bozucudur
- Önerme 19, Gebelerin sigara içmesinin öncelikli bir sorun olduğunu düşünmüyorum
- Önerme 20, Sadece benim önerimle sigaranın bırakılabileceğini sanmıyorum
- Önerme 21, İş ortamında bile sigara içilmesini engelleyemezken gebeleri sigaradan koruyabileceğimi sanmıyorum
- Önerme 22, Evimde çocuklarımla yanında sigara içilmesini engelleyemezken gebeleri sigaradan koruyabileceğimi sanmıyorum

EK-2

TARTIŞMA OLGULARI

Olgu 1:

37 yaşında, ev kadını olan Zeynep Acar, adet gecikmesiyle sağlık ocağına başvurur. Yapılan gebelik testinde gebe olduğu saptanır. Ebe Asiye Gencer, gebe kartını çıkarır ve ilk izlemini yapar. Zeynep Acar'ın dördüncü gebeliğidir. Yaşayan iki çocuğu vardır. Bir gebeliği düşükle sonuçlanmıştır. Gebeliğiyle ilgili risk durumu sorgulandığında günde 15 adet sigara içtiğini söylemiştir. Ebe Asiye Gencer, Zeynep Acar'a sigarayı bırakmak isteyip istemediğini sorar. Zeynep Acar sigarayı bırakmak istemediğini söyler. İlk gebeliğinde sigara içmediğini bebeğinin 3000 gr doğduğunu, doğumdan sonra bebeğin sık sık hastalandığını hatta iki kez zatürre geçirdiğini belirtir. İkinci çocuğunda ise gebeliği boyunca günde 8 adet sigara içtiğini bebeğinin 2900 gr doğduğunu, doğumdan sonra bebeğin sağlıklı bir bebeklik geçirdiğini bu yüzden sigaranın bebeğe zararlı olmadığına karar verdiğini söyler. Bu durumda Ebe Asiye Gencer ne yapmalıdır?

Olgu 2:

Ebe Asiye Gencer, 25 yaşında özel bir işyerinde çalışmakta olan Suna Gündüz'ün gebe olduğunu ev ziyaretleri sırasında tespit eder. Üçüncü izleminde, gebenin akşamları eşiyle birlikte yemeklerden sonra bir adet keyif sigarası içtiğini belirlemiştir. Bu durumda Ebe Asiye Gencer ne yapmalıdır?

Olgu 3:

19 yaşında beş aylık gebe olan özel hekimi tarafından tetanoz aşısı yapılmak üzere sağlık ocağına yönlendirilen Ayşe Yılmaz'ın aşısı yapıldıktan sonra, Ebe Asiye Gencer tarafından gebe kartı çıkarılır. Risk durumu sorgulandığında, günde beş adet sigara içmesine doktorunun izin verdiğini söyler. Bu durumda Ebe Asiye Gencer ne yapmalıdır?

EK-3 ETİK KURUL ONAYI



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK VE LABORATUVAR ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
Tarih ve Sayı: 24/02/2006/38

Etik Kurul Üyeleri

Prof.Dr.Taner ÇAMSARI
Doç. Dr. Cem Şeref BEDİZ
Doç. Dr. Uğur MÜNGAN
Doç. Dr. Hüseyin İŞLEKEL
Doç. Dr. Arzu SAYINER
Doç. Dr. Özgül SAĞOL
Doç. Dr. Görsev YENER
Doç. Dr. Mustafa SEÇİL
Yard. Doç. Dr. Cenk ERDAL
Yunus KARSLI

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Etik Kurulumuzun 23 Şubat 2006 tarih ve 01/02/06 no.lu toplantısında 06 Protokol Numaralı Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlilerinden Dr. Nuriye KARAKUŞ'ın sorumlu olduğu, "Ebe ve hemşirelerin, gebelerin sigara içimini azaltılması ve sigara dumanından korunmadaki rollerinin incelenmesi ve geliştirilmesi" isimli projenin uygulanmasında etik açıdan sakınca yoktur.

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Taner ÇAMSARI
Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları
Etik Kurulu Başkanı

Etik Kurul Sekreteri
Hatice İGCI

Tel: 0232 412 22 54

EK-4

EBE, HEMŞİRE ANKETİ

Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Araştırmayla, gebelerde sigara kullanımının ve pasif etkilenimin azaltılması amaçlanmıştır. Sizden bu amaca uygun olarak hazırlanan ankete yanıt vermeniz istenmektedir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan kayıtlar kesinlikle gizli kalacaktır. Araştırma sonuçları kimlik belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Elde edilecek bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket No:

Tarih:

Adı Soyadı:

1.Kaç yaşındasınız?.....

2.Öğreniminiz nedir?

1.Sağlık Meslek Lisesi 2.Hemşirelik-Ebelik Yüksekokulu 3. Açık Öğretim Ön Lisans Programı

4.Diğer.....

3.Mesleki unvanınız nedir?

1.Ebe-hemşire 2.Hemşire 3.Yüksek hemşire

4.Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2.Bekar (6.soruya geçin) 3.Dul 4.Boşanmış 5.Eşinden ayrı yaşıyor

5. Kaç çocuğunuz var ?.....

6.Mesleğinizde çalışma süreniz nedir?.....

7.İşinizden memnun musunuz?

1.Memnun değilim 2.Memnunum (9. soruya geçiniz)

8.İşinizden memnun değilseniz memnun olmama nedeniniz nedir? (birden fazla şık işaretlenebilir)

1.Liderlik olanağının olmayışı 2.İlerleme(terfi) olanağının olmayışı 3.Başarısızlık duygusu

4.İşyerindeki olumsuz insan ilişkileri 5.Zor çalışma koşulları 6.Maaşların düşüklüğü

7.Onay görmeme 8.Aşırı denetlenme 9.Diğer.....belirtiniz

9. Sigara içiyor musunuz?

1.Hiç içmedim (14. soruya geçiniz) 2.Kullanıyordum bıraktım(....ayyıl önce)

3. Şu an kullanıyorum

10.Günde kaç adet içersiniz/içerdiniz?.....

11.Sigaraya başlama yaşıınız nedir?.....

12.Kendi gebeliklerinizde düzenli sigara içtiğiniz oldu mu?

1.İçtim 2.İçmedim (11. soruya geçiniz)

13.Sigara içtiğiniz gebeliğiniz varsa bu gebeliğinizde kendiniz ya da bebeğinizle ilgili herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

1.Evet (Yaşanılan sağlık sorununun ne olduğunu belirtiniz.....)

2.Hayır

14.Sigaranın sağlığa zararları konusunda hizmet içi eğitim aldınız mı?

- 1.Evet 2.Hayır

15. Sigara, çalıştığınız kurumda nerelerde içilebilmektedir?

- 1.Sadece sigara içme odası 2.Ebe-hemşire odası 3.Poliklinikler 4.Aşı odası 5.Acil odası 6.Laboratuvar
7.Koridor 8.bahçe 9.Diğer.....belirtiniz

Aşağıda gebe izlemlerindeki sigara danışmanlık davranışı ile ilgili cümleler yer almaktadır. Kendinize en uygun gelen yanıtı işaretleyiniz.

16.Gebeyi ilk izlemimde sigara içip içmediğini soruyorum

- a)Hiçbir zaman b) Bazen c)Her zaman

17.Sigara içen gebelere ilk izlemden itibaren sigaranın kendisine ve bebeğine vereceği zararlarla ilgili ayrıntılı bilgi veriyorum

- a)Hiçbir zaman b) Bazen c)Her zaman

18.Gebeyi ilk izlemimden itibaren sigara içilen ortamların kendisi ve bebeği için zararlı olacağını hatırlatıyorum

- a)Hiçbir zaman b) Bazen c)Her zaman

19.Sigara içen gebelere sigarayı bırakmasını öneriyorum

- a)Hiçbir zaman b) Bazen c)Her zaman

20.Sigara bırakma sürecinde kendilerine destek olacağımı söylüyorum

- a)Hiçbir zaman b) Bazen c)Her zaman

21.Gebe izlemlerinde bir izlem için gebeye ayırdığınız süre kaç dakikadır?.....

Aşağıda sigara içen gebelere karşı gösterilen tutumla ilgili cümleler yer almaktadır. Kendinize en uygun gelen yanıtı işaretleyiniz.

22.Gebenin sigaradan korunmasının koruyucu görevlerimden biri olduğunu düşünüyorum

- a)Kesinlikle Katılmıyorum b)Karasızım c)Kesinlikle Katılıyorum

23.Sigaradan korunmayla ilgili bilgi verecek zamanımın olmadığını düşünüyorum

- a)Kesinlikle Katılmıyorum b)Karasızım c)Kesinlikle Katılıyorum

24.Gebelere sigaranın zararları ile ilgili bilgi vermem benim daha bilgili bir ebe/hemşire olduğumu gösterir

- a)Kesinlikle Katılmıyorum b)Karasızım c)Kesinlikle Katılıyorum

25.Gebelere sigaradan korunmayla ilgili önerilerde bulunmam benim güvenilirliğimi artırır

- a)Kesinlikle Katılmıyorum b)Karasızım c)Kesinlikle Katılıyorum

26.Sigaranın gebelikteki zararlarıyla ilgili ayrıntılı bilgim olmadığını düşünüyorum

- a)Kesinlikle Katılmıyorum b)Karasızım c)Kesinlikle Katılıyorum

27.Sigara içen bir ebe/hemşirenin sigaradan korunma önerilerinin dikkati çekeceğini düşünmüyorum

- a)Kesinlikle Katılmıyorum b)Karasızım c)Kesinlikle Katılıyorum

28.Gebelerin sigaradan korunmasıyla ilgili öneriler vermem benim mesleki memnuniyetimi artırır

- a)Kesinlikle Katılmıyorum b)Karasızım c)Kesinlikle Katılıyorum

29.Gebeyken verdiğim sigaradan korunma önerileri doğum sonrası sigaraya başlama olasılığını düşürür

a)Kesinlikle Katılmıyorum	b)Karasızım	c)Kesinlikle Katılıyorum
30.Gebelere sigarayı bırakma ile ilgili önerilerde bulunmam onların sigarayı bırakmasını kolaylaştırır		
a)Kesinlikle Katılmıyorum	b)Karasızım	c)Kesinlikle Katılıyorum
31.Gebelere sigarayı bırakmaları konusunda öneri sunmam onların tepkisini çekebilir		
a)Kesinlikle Katılmıyorum	b)Karasızım	c)Kesinlikle Katılıyorum
32.Gebelikte sigaranın bebeğe zararlarını açıkça söylemem anne için oldukça moral bozucudur		
a)Kesinlikle Katılmıyorum	b)Karasızım	c)Kesinlikle Katılıyorum
33.Gebelikte sigarayı bırakmak daha kolay olduğu için onların sigarayı bırakmasını sağlayabilirim		
a)Kesinlikle Katılmıyorum	b)Karasızım	c)Kesinlikle Katılıyorum
34.Gebelerin sigaradan korunması bebeklerin daha sağlıklı doğmasını sağlar		
a)Kesinlikle Katılmıyorum	b)Karasızım	c)Kesinlikle Katılıyorum
35. Gebelerin sigara içmesinin öncelikli bir sorun olduğunu düşünmüyorum		
a)Kesinlikle Katılmıyorum	b)Karasızım	c)Kesinlikle Katılıyorum
36. Sigarayı bırakan gebeler bebeklerini anne sütüyle yeterli besleyebilirler		
a)Kesinlikle Katılmıyorum	b)Karasızım	c)Kesinlikle Katılıyorum
37.Sigara dumanı olan ortamda büyüyen çocuğun hastalanma olasılığı çok yüksektir.		
a)Kesinlikle Katılmıyorum	b)Karasızım	c)Kesinlikle Katılıyorum
38.Sigaraya ayrılan paranın bebeklerin beslenmesine ayrılması daha sağlıklı olmalarını sağlar diye düşünüyorum		
a)Kesinlikle Katılmıyorum	b)Karasızım	c)Kesinlikle Katılıyorum
39.Sadece benim önerimle sigaranın bırakılabileceğini sanmıyorum		
a)Kesinlikle Katılmıyorum	b)Karasızım	c)Kesinlikle Katılıyorum
40.Gebelere sigaranın zararlarıyla ilgili bilgi vermem toplumda sigaraya karşı duyarlılığın artmasına katkı sağlar		
a)Kesinlikle Katılmıyorum	b)Karasızım	c)Kesinlikle Katılıyorum
41.Sigaradan korunan insanlar daha sağlıklı ve uzun yaşar		
a)Kesinlikle Katılmıyorum	b)Karasızım	c)Kesinlikle Katılıyorum
42.İş ortamında bile sigara içilmesini engelliyemezken gebeleri sigaradan koruyabileceğimi sanmıyorum		
a)Kesinlikle Katılmıyorum	b)Karasızım	c)Kesinlikle Katılıyorum
43.Evimde çocuklarımın yanında sigara içilmesini engelliyemezken gebeleri sigaradan koruyabileceğimi sanmıyorum		
a)Kesinlikle Katılmıyorum	b)Karasızım	c)Kesinlikle Katılıyorum
44.Bu konuyla ilgili eklemek istediğiniz düşünceleriniz		
.....		
.....		

GEBE ANKETİ

Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Araştırmayla, gebelerde sigara kullanımının ve pasif etkilenimin azaltılması amaçlanmıştır. Bu amaca uygun olarak hazırlanan anketle yüz yüze görüşülerek sizden bilgi vermeniz istenmektedir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan kayıtlar kesinlikle gizli kalacaktır. Araştırma sonuçları kimlik belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Elde edilecek bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket No:

Tarih:

Adı Soyadı:

Telefon:

Adres:

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Öğreniminiz nedir?

1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite

3. Medeni durumunuz nedir?

1.Evli(resmi nikahlı) 2.Evli(resmi nikahsız) 3.Bekar 4.Boşanmış 6.Dul 7.Eşinden ayrı yaşıyor

4. Şu an ne iş yapıyorsunuz?

1.Ev kadını 2.İşsiz 3.Memur 4.İşçi 5.Düzensiz işler 6.Esnaf 7.İşveren

5. Eşiniz öğrenimi nedir?

1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite

6. Eşiniz şu an ne iş yapıyor?

1.İşsiz 2.Memur 3.İşçi 4.Düzensiz işler 5.Esnaf 6.İşveren

7. Sağlık güvenceniz nedir?

1.Yok 2.Yeşil Kart 3.Emekli Sandığı 4.SSK 5.Bağ-kur 6.Özel-Sigorta

8. Hane geliriniz nedir?.....

9. Ailenizde yaşayan kişi sayısı nedir?.....

10. Aile tipiniz nedir?

1.Çekirdek aile 2.Geniş aile 3.Parçalanmış aile

11. Yaşayan çocuk sayınız nedir?.....

12. Daha önceki gebeliklerinizde düşükle sonuçlanan gebeliğiniz var mı?

1.Evet (sayı.....istemsiz, sayı.....istemli) 2.Hayır

13. Daha önce hiç ölü doğum yaptınız mı?

1.Evet (sayı.....) 2.Hayır

14. Ölen bebeğiniz var mı? 1.Evet (sayı.....) 2.Hayır

15. Şu anki gebeliğiniz kaçınıcı gebeliğinizdir?(.....)

16. Şu an süregelen bir hastalığınız var mı varsa nedir?

1.Evet(.....) 2.Hayır

17. Şu an ki gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı yaşadıysanız nedir?

1.Evet(.....) 2.Hayır

18. Gebelikle ilgili sağlık kontrolünüzü kimlere yaptırıyor sunuz?

1.Ebe-hemşire 2.Sağlık ocağı hekimi 3.Kadın doğum uzmanı 4.Diğer (.....)

19. Sigara içiyor musunuz?

- 1.Hiç içmedim(29. soruya geçiniz) 2.Kullanıyordum bıraktım(.....ay önce)
3. Şu an kullanıyorum

20. Önceki gebeliklerinizde sigara içtiniz mi?

- 1.Evet (sayı.....) 2.Hayır

21. Sigarayı bırakmak istiyor musunuz? (Kullananlar için)

- 1.Evet 2.Hayır

22. Sigarayı nasıl bıraktınız? (Bırakanlar için birden çok seçenek işaretlenebilir)

- 1.Gebelik öncesinde son bir yıl içinde kendi çabamla 2.Gebe kaldığımı öğrenince kendi çabamla 3.Kendi çabamla önceden 3.Doktor yardımıyla 4.Ebe-hemşire yardımıyla 5.Diğer(.....)

Soru 23- 28 sigara halen kullananlar ve gebelik öncesinde son bir yıl içinde ve gebe kalınca sigarayı bırakanlar için,

23. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz/içiyordunuz?.....adet/gün

- 1.En çok 10 adet (0) 2. 11-20 adet(1) 3. 21-30 adet(2) 4. 31 adet(3)

24. Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir/neydi?

1. En çok 5 dakika(3) 2. 6-30 dakika(2) 3. 31-60 dakika(1)
4.60 dakikadan fazla(0)

25. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz/zorlanıyor muydunuz?

- 1.Evet(1) 2.Hayır(0)

26. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir/hangisiydi?

1. Günün ilk sigarası(1) 2.Diğer herhangi biri (0)

27. Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla sık içiyor musunuz/ içiyor muydunuz?

- 1.Evet(1) 2.Hayır(0)

28. Günün çok büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz/içer miydiniz?

- 1.Evet(1) 2.Hayır(0)

29. Eşiniz sigara içiyor mu?

- 1.Hiç içmedi 2.Kullanıyordu bıraktı 3. Şu an kullanıyor(.....adet/gün)

30. Evinizde eşiniz dışında sigara içen aile üyesi sayısı kaçtır?(.....)

31. Evde sigara içilen yerler nereleridir?

- 1.Ev içinde sigara içilmez 2.Mutfak 3.Yatak odası 4.Tuvalet-banyo 5.Odalar 6.Koridor

32. Halen çalışıyorsanız işyerinde sigara içme odası dışında bir yerde sigara içilebiliyor mu?

- 1.Evet 2.Hayır

İkinci görüşmede(6 ay sonra):

33. Bebeğiniz sağlıklı doğdu mu? 1.Evet 2.Hayır

-
- 34.** Bebek doğduğundan bu yana her hangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?
1.Evet(.....) 2.Hayır
- 35.** Bebeğinizin doğum ağırlığı nedir?(.....)
- 36.** Bebeğiniz anne sütü alıyor mu?
1.Sadece anne-sütü 2.Anne sütü, ek besin
3.Ek-besin(Anne sütünüaylıkken bıraktı) 4.Hiç anne sütü almadı
- 37.** Sigara içiyor musunuz?
1. Hiç içmedim 2. Kullanıyordum bıraktım(.....ay önce) 2.Şu an kullanıyorum(.....adet/gün)
- 38.** Sigarayı bırakmanızda etkili olan kişi/kurum var mı?(.....)
- 39.** Evde sigara içilen yerler nereleridir?
1. Ev içinde sigara içilmez 2. Mutfak 3.Yatak odası 4.Tuvalet-banyo 5.Odalar 6.Koridor
- 40.** Çalışıyorsanız işyerinde sigara içme odası dışında bir yerde sigara içilebiliyor mu? 1.Evet 2.Hayır