

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOKSUL GEBELERDE SİGARA
BIRAKMA PROGRAMININ ETKİNLİĞİ**

DENİZ ASLI DOKUZCAN

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İZMİR-2020

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD- 2014970117

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOKSUL GEBELERDE SİĞARA
BIRAKMA PROGRAMININ ETKİNLİĞİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ

DENİZ ASLI DOKUZCAN

Danışman Öğretim Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi NİHAL GÖRDES
AYDOĞDU

İkinci Danışman Öğretim Üyesi: Prof.Dr. OĞUZ KILINÇ

Bu araştırma DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü tarafından
2018.KB.SAG.007 sayı ile desteklenmiştir.

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2014970117

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	ii
ŞEKİL DİZİNİ.....	iii
KISALTMALAR.....	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	7
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın tipi	26
3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı	26
3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme	26
3.4. Çalışma materyali	32
3.5. Araştırmanın değişkenleri.....	32
3.6. Veri toplama araçları.....	32
3.7. Araştırma planı.....	42
3.8. Verilerin değerlendirilmesi.....	43
3.9. Araştırmanın sınırlılıkları	45

3.10. Etik Kurul Onayı.....	45
4. BULGULAR.....	47
5. TARTIŞMA.....	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
7. KAYNAKLAR.....	79
8. EKLER.....	95



TABLolar DİZİNİ**Sayfa No**

Tablo 1.	Gebelerde Sigarayı Bırakmaya Yardım İçin Klinik Pratik Öneriler	15
Tablo 2.	Gebelikte 5A yaklaşımı	17
Tablo 3.	Transteoritik Model'in Yapısı	21
Tablo 4.	Non-Farmakolojik Yöntemler Kullanılarak 2000 Yılından İtibaren Yapılan Müdahale Çalışmaları	24
Tablo 5.	Birinci Aşamaya İlişkin Örneklem Özellikleri	29
Tablo 6.	Çalışmanın İkinci Aşaması Katılımcıların Gebelik ve Sigara Kullanımına Yönelik Özellikleri	29
Tablo 7.	İkinci Aşamaya İlişkin Sosyo-demografik Özellikler Frekans tablosu	30
Tablo 8.	Sağlık İnanç Ölçeği ve Alt Grupların Ön Test α Değerleri	35
Tablo 9.	Sağlık İnanç Ölçeği ve Alt Grupların Son Test α Değerleri	35
Tablo 10.	İçerik Analizi Aşamaları	44
Tablo 11.	Yoksul Gebelerin Sigara Bırakmada Algıladıkları Engeller	47
Tablo 12.	Gebelerin sigara kullanımına yönelik bilgileri ve bilgi alma durumları	55
Tablo13.	Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası gebelerin günlük içtiği sigara miktarlarının karşılaştırılması	56
Tablo 14.	Gebelerin Sigara Bırakma Oranları	56
Tablo 15.	Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası gebelerin idrardaki kotinin seviyesi karşılaştırılması	57
Tablo 16.	Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası gebelerin expiryum havasında karbonmonoksit seviyesini karşılaştırılması	58

Tablo 17.	Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası gebelerin karboksihemoglobin seviyesini karşılaştırılması	59
Tablo 18.	Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası gebelerin karboksifetalhemoglonin seviyesini karşılaştırılması	61
Tablo 19.	Gebelerin girişim öncesi ve sonrası değişim aşamaları	62
Tablo 20.	Gebelere sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında “Gebe Kadınlarda Tütün Kullanımı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” normal dağılım göstermeyen algı puanlarının girişim öncesine göre karşılaştırılması	64
Tablo 21.	Gebelere sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında “Gebe Kadınlarda Tütün Kullanımı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” normal dağılım gösteren algı puanlarının girişim öncesine göre karşılaştırılması	64

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksinin Unsurları	9
Şekil 2. Değişim Aşamaları Modelinin Aşamaları	19
Şekil 3. Sağlık İnanç Modeli	22
Şekil 4. Katılımcıların çalışmaya dahil olma durumları	27
Şekil 5. Müdahale Planı	41
Şekil 6. Çalışmanın Birinci Aşamasına İlişkin Araştırma planı	42
Şekil 7. Çalışmanın İkinci Aşamasına İlişkin Araştırma Planı	42

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No

Grafik 1.	Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin gebelerin idrardaki kotinin seviyesine etkisi	57
Grafik 2.	Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin gebelerin expiryum havasındaki karbonmonoksit seviyesindeki çoklu karşılaştırma testleri	58
Grafik 3.	Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin gebelerin expiryum havasındaki karbonmonoksit seviyelerine etkisi	59
Grafik 4.	Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin gebelerin karboksihemoglobin seviyesindeki çoklu karşılaştırma testleri	60
Grafik 5.	Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin gebelerin karboksihemoglobin sseviyelerine etkisi	60
Grafik 6.	Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri gebelerin karboksifetalhemoglonin seviyesi çoklu karşılaştırma testleri	61
Grafik 7.	Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri gebelerin karboksifetalhemoglonin sseviyeleri	62
Grafik 8.	Gebelerin girişim öncesi ve sonrası değişim aşamaları	63

KISALTMALAR

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ÇYE: Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DEÜ: Dokuz Eylül Üniversitesi

SİM: Sağlık İnanç Modeli

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TTM: Trans Teoritik Model

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın Proje kapsamında desteklenmesine katkı sunan tüm Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi çalışanlarına ve Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Üniversitemizin rektörü sayın Prof.Dr. Nükhet HOTAR'a ve Fakültemizi dekanı sayın Prof.Dr. Şeyda Seren İNTEPELER'e, Halk Sağlığı Hemşireliği Bölüm Başkanı sayın Doç.Dr.Gülendam KARADAĞ'a,

Doktora eğitimim boyunca bana destek olan tüm Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi çalışanlarına,

Tez izlemlerimde bana yol gösteren ve katakılarını sunan tez izlem kurulu üyeleri sayın Doç.Dr. Murat BEKTAŞ'a ve sayın Doç.Dr.Meryem ÖZTÜRK HANEY'e,

Tez jurimde yer alan sayın Prof.Dr. Zuhal BAHAR'A, sayın Doç.Dr. Cantürk ÇAPIK'a ve Dr.Öğr.Üyesi Aygül KISSAL'a,

Tez çalışmamın bel kemiğini oluşturan tüm Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına ve değerli gebelerimize,

Bilgi ve deneyimleriyle desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan ve sigara bağımlılığı konusunda beni yetiştiren tez danışmanlarım sayın Dr.Öğr.Üyesi Nihal GÖRDES AYDOĞDU'ya ve sayın Prof.Dr. Oğuz KILINÇ'a,

Tez çalışmam ve doktora eğitimim boyunca beni motive eden, cesaretlendiren ve yardımlarını esirgemeyen dostlarım Ufuk AYHAN'a, Emine TURGUT'a, Kutay AKİ ŞENER'e Oktay GÜNEŞ'e, Dr. Öğr.Gör. Kübra Pınar GÜRKAN'a, Araş.Gör. Mehmet Murat TOPALOĞLUNA,

Her zaman eğitimime destek olan sevgili ailem annem Sema DOKUZCAN'a, Babam Fuat DOKUZCAN'a, her zaman yanımda olan kardeşim Bilge Dilara DOKUZCAN CİNGÜ'ye

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

YOKSUL GEBELERDE SİĞARA BIRAKMA PROGRAMININ ETKİNLİĞİ

Deniz Aslı Dokuzcan, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, denizdokuzcan@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Gebelerin sigara bırakmada engellerini belirleyerek, motivasyonel görüşmelerle yoksul gebeler için geliştirilen sigara bırakma programının etkinliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmanın birinci aşaması bir üniversite hastanesinin Kadın Doğum Polikliniği'ne rutin gebelik izlemleri için başvuran gebelerle 23 Kasım – 15 Aralık 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Fenomonolojik tipte olan çalışmanın veri analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmış olup 12 gebe çalışmaya alınmıştır. Veriler derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile literatüre dayalı olarak hazırlanan ve uzman görüşleri alınan yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığı ile toplanmıştır. Çalışmanın ikinci aşaması; tek grupta ön test son test yarı deneysel desende bir çalışma olarak İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı aile hekimliği merkezlerinde, 05 Ekim 2018 – 30 Ekim 2019 tarihleri arasında 42 gebe ile yürütülmüştür. Sigara bırakma programı kapsamında gebeler ile 6 kez yüz yüze görüşme aile sağlığı merkezlerinde yapılmış, telefon ile danışmanlık verilmiştir.

Bulgular: Yoksul gebe kadınların sigara bırakmada algıladıkları engeller “bireysel tutum ve davranışlar” ve “kişiler arası faktörler” olarak iki tema altında toplanmıştır. Çalışmanın ikinci aşamasında; girişim öncesi idrarda kotinin oranı 1019.28 ± 648.33 iken, girişim sonrası kotinin oranı 503.40 ± 579.75 'tir. Kadınların girişim öncesi ve sonrası idrarda kotinin oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=5.76$, $p=.000$). Sigara içen gebe kadınlarda girişim öncesi gebelikte sigara kullanımına ilişkin duyarlılık, ciddiyet, motivasyon, yarar, engel ve özetkililik algısı puan ortalamaları arasında girişim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p \leq 0.05$).

Sonuç: Birinci basamakta çalışan hemşireler tarafından gebelik izlemleri süresince sigara kullanımının sorgulanması, yoksul gebelerin sigara bırakmada engelleri değerlendirilerek bu yönde sigara bırakma konusunda profesyonel danışmanlık verilmesi gebelerin sigarayı bırakmasında etkin bir girişim olarak görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yoksulluk, Gebelik, Sigara Bırakma

EFFECTIVENESS OF A SMOKING CESSATION PROGRAM AMONG LOW-INCOME PREGNANCY

ABSTRACT

Objective: Designating the obstacles of pregnant woman to quit smoking, via motivational meetings, our aim is to evaluate the strength of the smoke quitting program.

Method: The first study was carried with the pregnant women who applied to Gynecology department during 23.11 to 15.12.2016. Content of the data analysis was used in phenomenologic study of 12 pregnant women. Data were collected via individual meeting method based on literature and via semi prepared meeting form with learned opinion. The second study, was carried with 42 pregnant women, at the family practice centers during the dates of 05.10.2018 – 30.10.2019. Within the program, 6 times face to face meeting were made in family practice centers and phone consultancy was given.

Results: The obstacles of pregnant women's perceptions are collected in 2 main themes as "individual manners and attitudes" and "factors among them". In the second study, the kotinin level in urine is 1019.28 ± 648.33 before the attempt, and 503.40 ± 579.75 after the attempt. A significant difference on women's kotinin level has been detected ($t=5.76$, $p=.000$). Significant statistical changes of the average values of these perceptions have been detected related to cigarette consuming during pregnancy on pregnant women before and after the attempt ($p \leq 0.05$).

Conclusion: Questioning the cigarette consuming during pregnancy and also professional consultancy about the obstacles of quitting cigarette, have been seen as succesful ways to smoking cessation of pregnant women, which have been held by the first step nurses.

Key Words: Poverty, Pregnancy, Smoking Cessation

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Giriş

Yoksulluğun yoğun olarak etkilediği gruplar, bebekler ve çocuklar olmakla birlikte, kadınlar da yoksulluğun sağlık üzerine olan yansımasından en fazla etkilenen grupların başında gelmektedir. Yoksulluğun etkisi kalıcı olmak ile birlikte daha anne karnında bu olumsuz etkilenmeyi başlatmaktadır. Annenin yetersiz beslenmesi sağlığa erişimde engelleri, ağır ve tehlikeli koşullarda çalışması, bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı ideal bir gebelik yaşamasını etkilemekte ve fetüsün olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Poulton ve ark., 2002)

Yoksulluk kadınlar açısından gelir yetersizliğinin yanında okuma yazma, eğitim olanakları, beceri geliştirme, iş fırsatları, politik olarak temsil edilme gibi alanlarda da yoksulluğun diğer şekillerine maruz kalmalarına neden olmakta bu durum da kadınların gelişimini azaltmakta ve sağlık durumlarını doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Bu nedenlerle kadınlar aynı sosyal gruptaki veya evdeki erkeklere göre göreceli olarak daha yoksullaşmaktadırlar (Ergül, 2005). Kadınların yaşamdaki zorluklarla mücadele etme gücü psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde etkileyerek bağımlılığa itmektedir (Taşdemir, 2014).

Yoksul kadınların en önemli sağlık sorunlarının arasında enfeksiyon hastalıkları, kronik hastalıklar, ruhsal problemler, HIV, beslenme bozuklukları, şiddet, anne/bebek ölümleri olmakla birlikte ayrıca yoksul kadınlarda sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının yetersiz, madde bağımlılığı davranışlarının fazla olduğu görülmektedir (Elbek, 2010; Ontario Womens Health Network, 2010). Yoksul kadınlarda madde bağımlılığı içerisinde özellikle tütün kullanım oranları, stres yönetiminin yetersiz olması, maddi yokluklar ve sosyal destek eksikliği gibi pek çok nedenle sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınlara göre daha fazladır (Öztürk ve Çetin, 2009; Elbek, 2010). Sorun sadece yoksul kadınların daha fazla tütünü tüketiyor olması değil, aynı zamanda tütün tüketiminin de yoksulluğu artırıyor olmasıdır. Tütün kullanımı ve yoksulluk kısır döngü şeklinde karşımıza çıkmaktadır (WHO, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü 2013 raporuna göre 15 yaş ve üzeri dünya nüfusunun %22'si tütün bağımlısı olup, kullanıcıların %36'sının erkek, %8'inin kadın olduğu bildirilmiştir (WHO, 2013). Dünyada yaklaşık 176 milyon yetişkin kadın her gün sigara kullanmakta ve her hafta 237 kadın tütün kullanımı nedeniyle hayatını kaybetmektedir (The Tobacco Atlas,2013).

Türkiye’de sigara içen kadınların oranı 2014 yılında yapılan Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması’na göre %16.09, Türkiye İstatistik Kurumu’nun yapmış olduğu Küresel Yetişkin Tütün Araştırması’na göre ise %13.1’dir (Sağlık Bakanlığı, 2014; TÜİK, 2012). TNSA 2018 verilerine göre Türkiye’de evlerin %33’ünde sigara içilmekte olup evlerin %28’inde ise her gün sigara içilmektedir (TNSA, 2018). Bu durum kadınların sigara içmeseler bile yine yüksek oranda sigara dumanına maruz kaldığını göstermektedir. Ülkemizde yoksul gebelerin sigara içme oranlarına ulaşamamıştır.

Gebelik kadınların sigarayı bırakma açısından motivasyona sahip oldukları bir dönemdir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada, sigara kullanan kadınların yarısının gebe kaldıktan sonra sigarayı bırakmaya çalıştıkları ancak %75’inin postpartum 1 yıl içinde tekrar sigara kullanmaya başladıkları belirtilmiştir (Orton ve ark., 2017). Gebelikte sigara içiminin bırakılması, pasif sigara içilmesinin ve sigaraya tekrar başlanması önüne geçilmesi büyük önem taşımaktadır. Gebeliğin erken döneminde, hatta gebelik öncesi dönemde kadın hastalıkları ve doğum uzmanına veya aile hekimine gebelik ile ilgili ilk kez başvurduklarında sigara içme durumlarının sorgulanması, kayıt edilmesi ve sigarayı bırakma, bırakmışlarsa tekrar başlamama ve pasif sigara dumanına maruz kalmama yönünde desteklenmeleri gerekmektedir (Kahyaoğlu ve ark.,2018). DSÖ ve Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW)’ne göre; her gebenin tütün kullanımının zararlarına yönelik bilgi sahibi olmak temel hakkıdır (WHO,2014). Gebelik bebeğe hazırlanma ve anne sağlığına odaklanmak açısından yaşam boyunca en öğrenmeye açık dönemdir. Gebelik sürecinin hem öğrenmeye en açık dönemlerden biri olması hem de hanede odağın gebede olması aile üyelerinin birbirleriyle etkileşimi arttırmaktadır. Bu nedenle de gebenin sigarayı bırakması başta eş olmak üzere evde diğer yaşayanların da sigarayı bırakması açısından etkili bir süreç olarak değerlendirilebilir (Marakoğlu ve Sezer, 2003; WHO, 2014). Yoksul gebe kadınlarda uygulanacak sigara bırakma programları davranış değişimi ve sağlığı geliştirme açısından önemli olup, sağlanan hizmetlerle gebelikte sigara bırakma oranı daha da yükselecektir (Marakoğlu ve Sezer, 2003).

Bu nedenle bu çalışmanın birinci aşamasında yoksul gebe kadınların sigara bırakmada ki engelleri derinlemesine bireysel görüşmeler ile belirlemek hedeflenmiştir. Çalışmanın ikinci aşamasında ise; yoksul gebelere yönelik geliştirilen sigara bıraktırma programının etkinliği tek grupta değerlendirilecektir.

1.2. Amaç

Bu çalışmanın amacı; birinci aşamada yoksul gebe kadınların sigara bırakmadaki engellerini derinlemesine bireysel görüşmeler ile belirlemek ikinci aşamada ise; yoksul gebelere yönelik geliştirilen sigara bırakma programının etkinliğini değerlendirmektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H-1: Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası yoksul gebelerin *sigara kullanım oranları* daha düşüktür.

H-2: Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası yoksul gebelerin *idrardaki kotinin seviyesi* girişim öncesine göre daha düşüktür.

H-3: Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası yoksul gebelerin *expiriyum havasında karbonmonoksit seviyesini* girişim öncesine göre daha düşüktür.

H-4: Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası yoksul gebelerin *karboksihemoglobin seviyesini* girişim öncesine göre daha düşüktür.

H-5: Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası yoksul gebelerin *karboksifetalhemoglobin seviyesi* girişim öncesine göre daha düşüktür.

H-6: Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası yoksul gebelerin sigarayı bırakmaya yönelik niyetin olmadığı dönemden diğer *değişim aşamalarına* geçiş oranı girişim öncesine göre daha fazladır.

H-7: Yoksul gebelere sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında “*Gebe Kadınlarda Tütün Kullanımı Sağlık İnanaç Modeli Ölçeği*” algı puanları girişim öncesine göre daha yüksektir.

- a) Duyarlılık algısı
- b) Ciddiyet algısı
- c) Yarar algısı
- d) Öz etkilik algısı
- e) Motivasyon algısı

H-8: Yoksul gebelere sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında *“Gebe Kadınlarda Tütün Kullanımı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği”* engel algı puanı girişim öncesine göre daha düşüktür



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoksulluk

Yoksul sözlük anlamı olarak “*Geçinmekte sıkıntı çeken (kimse, toplum, ülke), yoksuz, varlıksız, varyetsiz, fakir, fukara, zengin, varıl karşıtı*” şeklinde tanımlanmış olup yoksulluk ise sözlük anlamı olarak “*Yoksul olma durumu, yoksuzluk, varyetsizlik, sefillik, sefalet, fakirlik*” şeklinde belirtilmiştir (TDK, 2020). Yoksulluk bir kavram olarak 19. yüzyılın sonunda İngiltere’de yapılan çalışmalarda; toplam gelirin, biyolojik varlığın devamı için gerekli olan yiyecek, giyim gibi asgari düzeydeki fiziki ihtiyaçları karşılamaya yetmemesi olarak açıklanmıştır (Bradshaw, 2000). Kurumsal olarak il tanımlama ise Birleşmiş Milletler tarafından 1992’de 17 Ekim’in “Yoksulluğun Yok Edilmesi Uluslararası Günü” ilan edilmesi ile olup Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı tarafından ise, “*insani gelişme için zorunlu fırsatlardan (hayat boyu sağlık, yaratıcı bir hayat, ortalama bir hayat standardı, özgürlük, kendine güven, saygınlık) mahrum olma*” şeklinde tanımlanarak yoksulluğun çok boyutlu bir kavram olduğu vurgulanmıştır (UNDP, 1997). Bu çok boyutlu kavramın daha iyi tanımlanması farklı yoksulluk türlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur.

2.2. Mutlak ve Göreli Yoksulluk

“Mutlak yoksulluk” kavramı ile hane halkının, kişi başı tüketilen kalori miktarına bağlı olarak biyolojik anlamda süregelen yaşantılarını devam ettirebilmeleri için ihtiyaç duydukları azami yiyecek, barınak ve en temel sağlık hizmetleri gibi ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli olan gelir ve harcama düzeyleri ifade edilmektedir (Erdem, 2006; Aksan, 2012).

Açlık sınırında ise kişi başına günlük alınması gereken kalori miktarına denk gelecek şekilde en temel gıda maddelerinden oluşan gıda sepetinin maliyetiyle hesaplanır; daha az kalori alan ve ya bu kalori maliyetinin altında kazanan kişiler ise açlık sınırının altında olarak değerlendirilir (DPT, 2001). Dünya Bankası tarafından, 1990 yılında yapılan gıda sepetinin fiyatı belirlemek için yapılan çalışmada kişinin hayatını sürdürebilmesi için gerekli minimum kalori miktarı olarak 2.400 kalorilik gıda maliyeti yoksulluk sınırı olarak belirlenmiştir (DPT, 2001). TÜİK’in (Türkiye İstatistik Kurumu) ise 2008 yılında yaptığı yoksulluk çalışmasında hanelerin gıda tüketiminde en önemli paya sahip 80 maddeyi gıda sepeti olarak belirlemiş kişi başı günlük 2.100 kalori almasını sağlayacak gıda sepetinin maliyeti gıda yoksulluk sınırı olarak alınmıştır (Çilingiroğlu, 2009; Coşkun ve Tireli, 2005).

Görelî yoksulluk; kişinin biyolojik ihtiyaçlarına ek olarak yaşadığı topluma uyum sağlayacak şekilde tüketim ve yaşam düzeyinin saptanmasını içermektedir. Görelî yoksulluğun ölçülmesinde ise asgari kalori ihtiyacının yanı sıra temel toplumsal ihtiyaçlardan barınma, toplu taşıma, içme suyu, sağlık, eğitim ve benzeri kültürel ve toplumsal ihtiyaçlar göz önüne alınmaktadır. (Gündoğan, 2008; Gül ve ark., 2008)

2.3. İnsani Yoksulluk

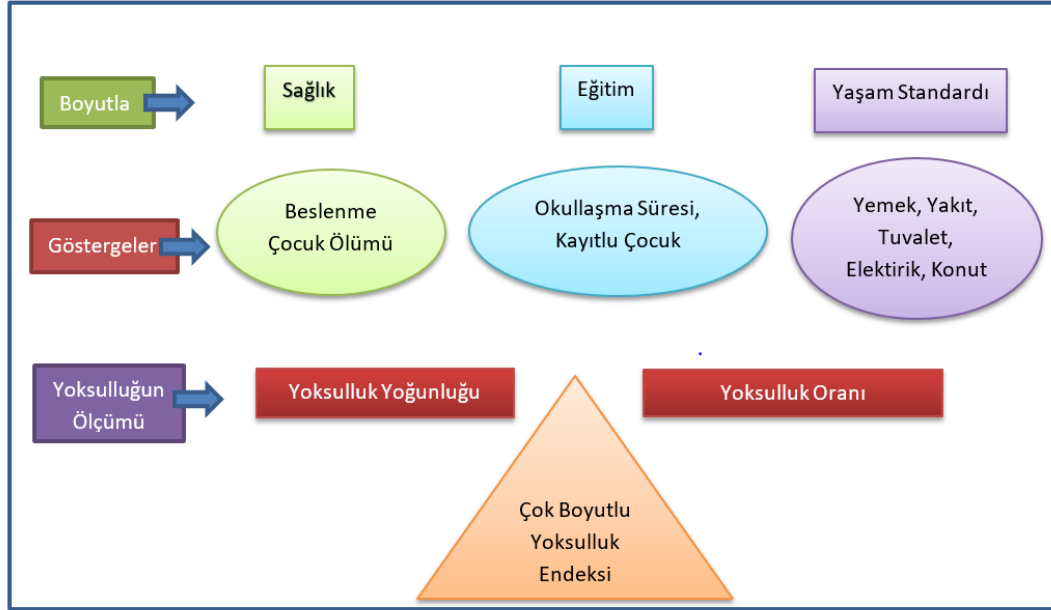
“İnsani yoksulluk” kavramı, *“okur-yazarlık, yetersiz beslenme, kısa yaşam süresi, anaçocuk sağlığının yetersizliği, önlenabilir hastalıklara maruz kalmak gibi temel insani yeteneklerden/kapasiteden yoksun olmak”* biçiminde Birleşmiş Milletler tarafından tanımlanmaktadır. İnsani yoksullukta; hijyen, eğitim, iletişim, içme suyuna erişim yoksulluğun “insani” boyutu olarak belirlenmektedir (Taş ve Özcan, 2012). İnsani yoksulluğu ölçmek amacıyla “İnsani Yoksulluk Endeksi” (İYE) geliştirilmiştir. Bu endeks gelişmekte olan ülkeler için üç kriteri baz almıştır bunlar; yaşam süresi, eğitim ve yaşam standartları., eğitim düzeyi özellikle okuma yazma bilmeyen nüfus yüzdesi

1. Yaşam süresi: 40 yaş altı nüfusun topluma oranı
2. Eğitim: Okuma yazma bilmeyenlerin toplam nüfusa oranı
3. Yaşam standardı: Toplum içerisinde sağlıklı içme suyuna erişemeyenlerin oranı, en temel sağlık imkanlarına sahip olamayanların topluma oranı ve beş yaş altının beslenme düzeyi özellikle persentil eğrilerine göre düşük kilolu olan çocukların oranından oluşmaktadır (Arpacıoğlu ve Yıldırım, 2011; Taş ve Özcan, 2012).

2.4. Çok Boyutlu Yoksulluk

İnsani yoksulluk; sağlık, eğitim ve yaşam standardı olmak üzere üç boyutta tanımlanırken çok boyutlu yoksullukta hane halkı anketlerinden elde edilen veriler kullanılarak 10 temel göstergeye dayanarak oluşturulan endekste, bir hane en az üçünden yoksun ise yoksul olarak tanımlanmaktadır (UNDP, 2010). Bu 10 temel göstergenin her birinde yoksun olan hanehalkının yoksunluğuna göre bir yoksunluk puanı atamaktadır. Eğitim boyutu için; okulu 5 yılda tamamlayan hanehalkı üyesinin hiç olmaması, okul çağındaki en az bir çocuğun okula gidememesi, sağlık boyutu için; ailede yetersiz beslenen yetişkin veya çocuğun olması, ailede çocuk ölümünün olması; yaşam standardı boyutu için ise; evde elektrikli erişimin olmaması,

temel sağlık hizmetlerine ulaşamama, yemek pişirmek için kirli yakıtın (tezek, kömür veya odun) kullanılması, toprak zeminli bir evde yaşanılması, hanede, radyo, televizyon, telefon, bisiklet veya motosikletten en az ikisinin bulunmaması gösterge olarak ifade edilmiştir (Doğan ve Tatlı, 2014). ÇBYE boyutları ve göstergeleri Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksinin Unsurları (Doğan ve Tatlı, 2014)

2.5. Uluslararası Yoksulluk Sınırı

Dünya Bankası'nın 1990'da açıkladığı ilk uluslararası yoksulluk sınırı Ravallion, Datt ve Walle (1991) tarafından hesaplanmıştır. Yoksulluk sınırının hesaplanmasında, dünyanın en yoksul ülkeleri olan Bangladeş, Endonezya, Kenya, Fas, Nepal, Pakistan, Filipinler ve Tanzanya olmak üzere sekiz ülkenin ulusal yoksulluk sınırları kullanılarak "1 \$" uluslararası yoksulluk sınırını ortaya çıkarmıştır (Ferreira ve ark., 2016). On ülkenin ulusal yoksulluk sınırlarının medyan değerleri baz alınarak uluslararası yoksulluk sınırı 2001 yılında 1,08 ABD \$'ına yükselmiştir. Onbeş ülkenin ulusal yoksulluk sınırları kullanılarak uluslararası yoksulluk sınırı günlük kişi başı 2008 yılında 1.25 \$'ına yükseltilmiş, bu değişiklik "Büyük Revizyon" olarak tanımlanmıştır (World Bank, 2017; Chen ve Ravallion, 2008). Yoksulluk sınırı hesaplamada 2016 yılında ise önceki çalışmalardan farklı olarak sadece düşük ve orta gelirli

Ülkelerin yanı sıra bir bütün olarak tüm dünya ülkeleri kapsama alınmıştır. Bu anlamda “gelişmekte olan ülkelerdeki yoksulluk” değil, “küresel yoksulluk” ölçülmüş ve 1.90 \$ olarak açıklanmıştır (Ferreira ve ark., 2016).

Evrensel boyutta yoksulluğun değerlendirilmesinde; az gelişmiş ülkeler için kişi başı günde 1\$, Latin Amerika ve Karaibler için bu sınır 2.15 \$, Türkiye’nin de dahil edildiği Doğu Avrupa lkeleri için 4.3 \$, gelişmiş sanayi ülkeleri için 14.40 \$ yaklaşımı kullanılmaktadır (DPT, 2001). Günümüzde Birleşmiş Milletlerin “yoksulluğun her türünün ortadan kaldırılması” hedefine katkıda bulunmak amacıyla Dünya Bankası 2017’de ekonomik gelişmişlik düzeyi daha yüksek olan ülkeleri göz önüne alarak mutlak yoksulluk sınırını revize etmiştir (UN, 2018; World Bank, 2018). Bu sınırlar az gelişmiş ülkeler için 1.90 \$, alt-orta gelir grubu ülkeleri için Mısır ve Hindistan gibi satın alma gücü paritesi’ne göre günlük kişi başı 3,20 \$ ve üst-orta gelir grubu ülkeleri için Jameika, Malezya, Türkiye ise 5,50 \$ ve gelişmiş sanayi ülkeleri için Amerika gibi günlük 21.70 \$ olarak belirlenmiştir (World Bank, 2018).

Tüm dünyada 2015 verilerine göre 413 milyonu sahra altı afrikada olmak üzere günlük geliri 1.9 \$ altında olan 736 milyon yoksul yaşamaktadır (UN, 2019).

Türkiye’de 2018 yılında göreli yoksulluk oranı %13.9 belirlenmiş olup; çok zengin yüzde 20’lik grubun geliri en yoksul yüzde 20’lik grubun gelirine oranlandığında 7.8 kat fark olduğu grlmştir (TK, 2018). Eş değer hane halkı kullanılabilir fert medyan gelirinin yüzde 50’si dikkate alınarak 2018’de belirlenen yoksulluk sınırına göre, yoksulluk oranı 2017’ye göre 0,4 puanlık artış göstermiş olup medyan gelirin yüzde 60’ı dikkate alınarak belirlenen yoksulluk sınırına göre ise yoksulluk oranı 2017’ye göre 1.1 puan artarak 2018’de yüzde 21.2 olarak hesaplanmıştır. Sürekli yoksulluk oranı 2017 yılında yüzde 14 iken 2018 yılında bu oran yüzde 12.7’ye dşmştir (TK, 2018).

2.6. Yoksulluk ve Sağlık

DSÖ tarafından hastalık ve ölümlerin en temel nedeni olarak dile getirilen yoksulluk, bir sağlık sorunu olmasının yanı sıra insan hakları açısından da büyük bir sorundur (Sköld, 1998). Uluslararası Hastalıkların ve Sağlık Soorunlarının Sınıflandırılmasında (ICD) aşırı yoksulluk sorununuda kodlanlandırmış olup Z59.5 olarak belirtmiştir. DSÖ’nün 2002 Sağlık Raporu’nda da sağlık açısından en belirleyici risk faktörü olarak yoksulluk belirtilmiştir (WHO, 2002). Uluslararası Hemşirelik Konseyi’nin (ICN) 2004 teması olan yoksulluk çalışmasında,

yoksulluğun hastalıklara yol açtığı vurgulanmış ve sağlığın korunmasında hemşirelere önemli görevlerin düştüğü belirtilmiştir (ICN, 2004). Yoksulluk sağlık giderlerinin karşılanamaması nedeniyle sağlıksızlığa neden olabilmektedir fakat sağlıksızlık her zaman yoksullukla sonuçlanmamaktadır (Belek, 1998; Hamzaoglu, 2004). Kişisel bazda bakıldığında, sağlığın bozulması sonucunda ortaya çıkan tedavi masraflarının eklenen yükü, aile bireyinin bakım yükü, iş veriminde azalma ve gelirden düşme gibi nedenlerle yoksulların daha yoksullaştığı, yoksulluk sınırında yaşayanların ise yoksulluğa düştüğü görülmektedir (Dedeoğlu, 2004).

2.7. Yoksulluk ve Sigara

Otha ve arkadaşlarının Japonya’da (1998) yaptıkları çalışmada sigara kullanmanın sosyo ekonomik seviye düştükçe arttığı fakat sosyo ekonomik düzeyi düşük ve yüksek gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (Otha ve ark., 1998). Birçok ülkede zenginlere oranla yoksul bireylerde düşük gelirden kaynaklı stresörlerin fazlalığı ve düşük eğitim seviyesinden kaynaklı daha az sağlık farkındalığı ve sağlık okur yazarlığı gibi etkenler nedeniyle sigara tüketimi daha fazladır (Çapık, 2006; Kondro, 2002). Weinreb ve arkadaşları (1998) İngiltere’de yaptıkları çalışmada sigara bağımlılığının düşük gelir düzeyindeki kadınlarda topluma göre iki kat daha fazla olduğunu belirtmektedirler (Weinreb ve ark., 1998).

Amerika’da ise sigara kullanımı prevalansı, düşük sınıf işlerde çalışanlarda, düşük öğretim seviyesindekilerde, düşük gelir düzeyindekilerde ve işsizlerde en yüksek oranlardadır. Sigara içen yaklaşık 4 kişiden 3’ü düşük gelirlidir. Düşük gelirli topluluklarda yaşayan bireyler, sigara içmenin sağlığa zararları hakkında en az bilgiye, en az sosyal desteğe ve sigara bırakmalarına yardımcı olmak için hizmetlere en az erişime sahiptir (Truth Initiative, 2019).

2.8. Gebelikte Sigara Kullanımı

Gebelikte tütün kullanımı hem anne sağlığına hem de fetüsün sağlığına olumsuz etkileri nedeniyle önemli ve önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur (Committee on Health Care for Underserved Women, 2011).

ABD Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Yönetim Kurumu’nun gebelerde sigara kullanım oranlarına ilişkin 2002-2003 yılı raporunda, ABD’de gebe kadınların %18’inin sigara kullandığı bildirilmektedir (SAMSHA, 2005). Avusturalya’da yapılan bir çalışmada ise

2017 yılında doğum yapan kadınların %9.9'unun hamileliklerinde sigara içtiği ve bu oranın 2016 yılıyla aynı olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada gebeliğin ilk 20 haftasından sonra gebelerin %22'si sigara kullanmayı bıraktıklarını belirtmişlerdir (Australian Institute of Health and Welfare, 2016,2017). Dezavantajlı bölgelerde yaşayan kadınların gebeliklerinde daha az dezavantajlı bölgelerde yaşayan kadınlara nazaran altı kat fazla sigara kullanma olasılığı olduğu, partneri olmayan, yaşı küçük, psikolojik sorunları olan, düşük sosyoekonomik düzeye ve eğitime sahip kadınların gebeliklerinde daha çok sigara içme eğiliminde olduğu bildirilmiştir (Lu ve ark., 2001; Mohsin ve Bauman, 2005).

TNSA 2008 verilerine göre; gebe kadınlar arasında sigaraya başlama yaşının ortalama 17.4 olduğu, %11.4'ünün ise gebelik sırasında tütün kullandığı belirlenmiştir. Türkiye'de gebelikte sigara kullanımına yönelik İzmir, İstanbul, Malatya, Zonguldak, Kocaeli, Konya ve Sivas'da yapılan çalışmalarda da sırasıyla gebelikte sigara kullanım oranları; %29, %28, %20.8, %20.5, %11.6, %7.3 ve %17 olduğu görülmektedir (Keskinoglu ve ark.,2005; Demirkaya, 2004; Karaoğlu ve ark, 2007; Koçak ve ark., 2015; Doğu ve Ergün, 2008; Marakoğlu ve Erdem, 2007; Marakoğlu ve Sezer, 2003).

Tütün ürünü kullanımı ve bu ürünlerin dumanına maruz kalmak çeşitli hastalık ve sağlık problemlerine neden olmaktadır. Gebelikte aktif veya pasif sigara içimi; fertilitiyi, fetus gelişimini, gebeliğin her aşamasını, doğumu, bebeğin sağlığını ve gelişimini etkilemektedir (Kutlu, 2008). Gebelik sırasında tütün kullanımı; ölü doğum, düşükler, erken doğum, ektopik gebelik riskini arttırmaktadır. Gebelikte sigara içen annelerin bebekleri daha erken doğmakta, düşük doğum ağırlığına ve gelişimsel anomalilere sahip olmaktadır (WHO, 2013). Sigara içen annelerin bebeklerinin içmeyenlerinkine göre ortalama 200 gr daha hafif ve 1 cm daha kısa olduğu, yine annelerin sigara içmesi çocuklarda kan basıncının yükselmesine, davranışsal psikiyatrik ve bilişsel yan etkilere, mental retardasyona, çocukluk kanserlerine, respiratuar hastalıklar nedeniyle ölümlere, astım, pnömöni ve diğer respiratuar hastalıklara, otitis media, yanıklar ve yangına bağlı ölümlere yol açabilmektedir (Karlıkaya ve ark., 2006).

Ayrıca gebelikte içilen sigaranın çocuklarda bilişsel fonksiyon bozukluğu, akademik başarıda düşüş, alkol ve uyuşturucu kullanımı, psikiyatrik sorunlar, duygu durum bozukluğu, ergenlik döneminde kriminal suç işleme eğilimi, Tip 2 diyabet, çocukluk dönemi kanserleri ve göğüs hastalıkları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Tarhan ve Yılmaz, 2016). ABD Halk Sağlığı Servisi'ne göre, Birleşik Devletler'deki tüm gebelerin sigarayı bırakması ölü doğumları

%11 ve yenidoğan ölümlerini %5 oranında azaltacaktır (U.S. Department of Health & Human Services, 2014).

Gebelikte sigara bağımlılığını etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; eğitim düzeyinin düşük olması, fazla göç, yoksul yaşam, birden fazla gebelik, gebeliğin planlanmaması veya istenmemesi, doğum öncesi bakım alma sıklığının yetersizliği, gebenin eşinin sigara bağımlılığı, pasif içiciliğe/çevresel sigara dumanına maruz kalma ve sigaranın zararlarına ilişkin bilgi eksikliğinin olması saptanmıştır (Marakoğlu ve Sezer,2003; Marakoğlu ve Erdem, 2007; Tarhan ve Yılmaz 2016).

Gebelerde sigara bırakmaya ilişkin yapılan nitel çalışmalarda; dezavantajlı durumdaki kadınların hamilelik öncesinde sigara içme olasılığının daha yüksek olduğu ve avantajlı koşullardaki kadınlara nazaran sigaradan daha az vazgeçme olasılıkları olduğu belirlenmiştir (Nihter ve ark., 2007). Hamile olmak gebe ve çevresinde sigara içme durumunun sorgulanmasını, endişe, suçluluk ve onaylamama bilincinin oluşmasını tetiklemektedir (Flemming ve ark., 2013). Hamilelik sırasında sigara içilmesi yalnızca bir birey değil, aynı zamanda bir anne davranışdır. Bu nedenle gebeler ile kadınların sigara içmesi karşılaştırıldığında gebeler farklı tutumlara sahiptirler. Yapılan çalışmalarda gebelerin sigara bırakmadaki engelleri arasında; yetersiz stres yönetimi, öz güven eksikliği, nikotin bağımlılığı, hormonal değişiklikler, damgalanma, sigara tüketimini destekleyen sosyal çevre, yetersiz profesyonel destek, fetüse ve gebeliğe yönelik bilgi eksikliği yer almaktadır (Graham ve ark., 2014; Grangé ve ark., 2006; Haslam veDraper, 2001; Ingall ve Cropley, 2010; Koshy ve ark., 2010; Maxson ve ark., 2012; Thompson ve ark., 2004)

Gebelik öncesinde de sigara bağımlısı olan kadınların yaklaşık %30'unun gebelik döneminde sigara içmeyi sürdürdüğü, gebelikte sigara içen kadınların üçte birinin de postpartum dönem ve sonrasında da sigara içmeye devam ettiği bildirilmiştir. Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük, aktif bir iş hayatı olmayan, evlerinde kişi sayısına göre oda sayısı az, gebelik sayısı fazla kadınlarda aktif ve pasif sigara içimi daha fazla olmaktadır (Keskinoglu ve ark.,2005). Gebelikte sigara kullanımı alışkanlığını sürdürmeyi etkileyen faktörler olarak ; annenin istemeden veya planlamadan gebe kalması, anne adayının gebeliği kabullenememesi, gebenin yaşının çok genç olması, eğitim düzeyinin düşük olması, doğum öncesi bakımdan yoksun olma, boşanma, yüksek stres düzeyi, çocuk sayısı, işsizlik, eşinin ve diğer aile

üyelerinin çocuğu istememesi ve sigara bırakma konusunda anneye destek olunmaması belirtilmiştir (Brosky, 1995).

2.9. Gebelikte Sigara Bırakma Tedavisi

Gebe kadınlarda tütün kullanımını bırakma yöntemleri önemlidir. Bu yöntemler farmakolojik ve non farmakolojik olarak ikiye ayrılmaktadır.

2.9.1. Gebe kadınlarda sigara bırakmada farmakolojik yöntemler

Nikotin replasman tedavisinde (NRT) sakız, nazal sprey, oral inhaler ve transdermal bant gibi nikotin formları kullanılmaktadır. Nikotin formlarının bir arada kullanılabilir fakat gebelikte kullanımı D grubu ilaçlar arasındadır. ABD Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği; gebeye nikotin tedavisi verilecek ise anne adayını ile mutlaka yarar-zarar oranının çok iyi tartışılarak birlikte karar verilmesi gerektiğini belirtmektedir. Sigara bırakmada yetişkinlerde medikal tedavide kullanılan Bupropion ve Vareniklin ilaçları ise gebelikte C grubu ilaçlar içinde yer almakta ve gebelikte kullanılmamaktadır (Türk Toraks Derneği, 2014).

Toplam 2210 kadını içeren dokuz randomize çalışmanın verilerinin incelendiği sistematik derlemede davranışsal terapi (danışmanlık) kullanılarak NRT değerlendirilmiştir. NRT'nin davranışsal destekle birleştiğinde kadınların daha sonraki hamileliklerinde sigarayı bırakmasına yardımcı olabileceğini gösteren sınırdaki kanıtlar bulunmuştur. Bununla birlikte, sadece yüksek kaliteli, plasebo kontrollü çalışmalar incelendiğinde NRT'nin bir plasebodan daha etkili olmadığı bulunmuştur. NRT'nin düşük, ölü doğum, 37 haftadan önce doğum, 2500 g'dan az doğum ağırlığı, bebeklerin yenidoğan yoğun bakıma kabul oranları üzerinde olumlu veya olumsuz etkileri olup olmadığına dair yeterli kanıt yoktur (Coleman ve ark., 2015).

2.9.2. Gebe kadınlarda sigara bırakmada non-farmakolojik yöntemler

Sigara içen her gebeye sigarayı bırakması önerilmeli ve tedavi için yardımcı olunmalıdır. Sigara bırakmaya niyeti yoksa bırakması için sağlık çalışanları tarafından motive edilmeli ve cesaretlendirilmelidir (Tablo 1). Sigara içiminin psikolojik ve davranış boyutunu algılamak ve bunlara yönelik bilişsel ve davranışçı tedavileri uygulamak tedavi başarısını arttırmaktadır (Sağlam, 2010)

Tablo 1. Gebelerde Sigarayı Bırakma İçin Klinik Pratik Öneriler (Sağlam, 2010)

2.9.3. 5A Stratejileri

UYGULAMA	MANTIKLI SONUÇ
Sigara içme durumunu değerlendir	Aşağıdakilerden hangisi sizin sigara içme durumunuzu en iyi tanımlar? • Düzenli kullanıyorum, hamile olmadan öncesiyle hemen hemen aynı. • Düzenli kullanıyorum, hamile olduktan sonra azalttım. • Her zaman ara sıra kullanırım. • Hamile olduktan sonra artık kullanmıyorum. • Sigara kullanmıyordum, şimdi de kullanmıyorum.
Hiç sigara içmeyenleri ve bırakanları kutla	Bırakmış olarak kalmaları için cesaretlendirilir.
Bırakmaları için bilgilendirerek motive et (Anne ve bebeğe zararları)	Bırakma başarısını daha da artırır.
Mümkün olduğu kadar erken bırakması için, güçlü, açık anlaşılabilir şekilde öner	Gebeliğin erken döneminde bırakma, bebeğe en büyük faydayı sağlar.
Problem çözme görüşmeleri, sosyal destek, gebeliğe özel yardım materyalleri kullanılabilir	Sigara bırakma başarısını artırır ve özellikle gebelikte sigara kullanmamanın faydalarının olduğu düşüncesini güçlendirir.
Gebelik süresince takiplerin düzenlenmesi ve sigara bırakılması için cesaretlendirilmesi faydalıdır	Gebeliğin geç döneminde bile bırakılması bebeğe ve anneye fayda sağlar.
Doğumdan sonra erken dönemde, relaps için dikkatli izlem ve gerekirse sigara bırakma çalışmalarına devam edilmeli	Relapsları engeller. Gebelik boyunca sigara içmese bile, doğum sonrası relaps oranları çok yüksektir.

Sağlık kuruluşuna gelen her gebenin sigara kullanımı sorgulanmalı, kayıtlanmalı ve sigarayı bırakma için motive edilmelidir. Gebe bırakma konusunda isteksiz ise mutlaka motivasyonel destek sağlanmalıdır. Bırakma denemesi konusunda istekli gebelerde aşağıdaki tabloda yer alan kısa, beş aşamalı müdahale programı olan 5A stratejileri (Tablo 2), bırakma konusunda isteksiz olan kişilere ise 5R stratejileri (R1: Relevance- İlişki, R2: Risks-Riskler, Rewards-Ödüller, Roadblocks-Engeller, Repetition-Tekrar) uygulanmalıdır (Türk Toraks Derneği, 2014). 5R Stratejilerinde öncelikle gebe sigara bırakma açısından cesaretlendirilirken aynı zamanda sigara bağımlılığının getireceği zararlar gebenin içinde bulunduğu durumla ilişkilendirilmelidir (İlişki). Ardından sigara içme sonucu oluşacak kısa ve uzun dönemli riskler saptanmalı, gebeden sigara içmenin kendi sağlığı ve fetüsün sağlığı üzerinde oluşturduğu

olumsuz etkileri belirtmesi istenmeli (Riskler), gebe sigarayı bıraktığında oluşabilecek yararlar anlatılmalı ve bıraktığı andan itibaren sağlık durumunun nasıl düzeleceği konusunda bilgi verilmeli (Ödüller), gebenin sigarayı bırakmadaki engelleri belirlenmeli ve bu engelleri aşabilecek çözümler önerilmelidir (Engeller). Sigara bırakmada isteksiz gebelerde her klinik görüşmelerinde motivasyonel desteğin tekrar tekrar verilmesi gerekmektedir (Tekrar) (Türk Toraks Derneği, 2014).

Sigara bırakma görüşmelerinin her birinin en az on dakikalık sürede olması, minimum dört görüşmenin tekrarlanması önerilmektedir. Gebeler ile bırakma gününden sonraki ilk 15 gün içinde en az bir kez görüşülmeli, sigara bırakmayı izleyen üç ayda, ayda bir kez olacak şekilde ve daha sonra 3 ayda bir olacak şekilde görüşmeler ile bir yıllık izlem tamamlanmalıdır. Görüşmeler, hem bireysel, hem de grup görüşmeleri şeklinde yüz yüze yapılabilir ya da telefon ile uzaktan danışmanlık verilebilir (Uzazlan, 2003). Görüşmelerde gebelere özel hazırlanmış sigara bırakma materyalleri genel hazırlanmış materyallere göre sigara bırakma başarısını olumlu olarak etkilediğinden yapılacak görüşmelerin gebeye özel hazırlanmış sigara bırakma eğitim materyalleri kullanılarak desteklenmesi önerilmektedir (Türk Toraks Derneği, 2014).

Tablo 2. Gebelikte 5A yaklaşımı (Türk Toraks Derneği, 2014).

KLİNİK YAKLAŞIM	İÇERİK
1. ÖĞREN (ASK)	Her olgunun sigara içip içmediğinin sorgulanması ve kaydedilmesi gerekir. Gebe kadına aşağıdaki soruları sorarak sigara içme durumunu tespit edin. A. Hiç sigara içmedim veya hayatım boyunca 100'den az sigara içtim B. Gebe olmadan önce sigarayı bıraktım ve şu anda içmiyorum C. Gebe kaldıktan sonra sigarayı bıraktım ve şu anda içmiyorum D. Şu anda bazen içiyorum, ancak gebe kaldıktan sonra sayısını azalttım E. Şu anda gebe olmama rağmen düzenli olarak içiyorum Eğer cevap A,B ve C ise gebeyi tebrik edin ve bu konuda destek verin
2. ÖNER (ADVİSE)	Eğer gebe D veya E durumunda ise gebeye açıkça sigara bırakma tavsiyesinde bulunun. Bu tavsiyeyi kendisi ve bebeği ile ilgili risklerden bahsederek ilişkilendirin. Bu bilgileri verirken basılı ve görsel malzeme kullanmaya çalışın. Sigarayı en kısa zamanda bırakmasını önerin. Eğer yüz yüze değil iseniz telefonla bu görüşmeleri yapın
3. ÖLÇ (ASSESS)	Gebenin gelecek 1 ay içinde sigarayı bırakmaya istekli olup olmadığının sorun. Nikotin bağımlılığını ölçün. Engel olarak düşündüğü sebepleri araştırın. Eğer gebe 1 ay içerisinde bırakmaya hazırsa önderlik yapın. Bırakmaya hazır değil ise motivasyonel görüşme yapın. Bu görüşmelerde kendisi ve bebeği için olası risklerden bahsedin.
4. ÖNDERLİK ET (ASİST)	Hasta bırakma konusunda istekli ise birlikte bırakma planı yapın. Bu süreçte hastanın yanında olacağınızı söyleyin. Bırakma günü belirleyin. Davranış değişiklikleri önerin. Hastanın yakın çevresinden destek alın. Endişelerini gidermeye çalışın. Farmakoterapi konusunda birlikte karar verin. Gerekirse eğitici materyal sağlayın.
5. ÖRGÜTLE (ARRANGE)	Gebe ile yüz yüze ya da telefon görüşmeleri şeklinde kontrollerini gerçekleştirin.

2.9.4. Motivasyonel Görüşme

“Motivasyonel görüşme, danışanların ambivalansı keşfedip çözümlemelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini ortaya çıkarmak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır”(Ögel, 2009).

Motivasyonel görüşmenin temel ilkeleri;

- Empati gösterme,
- Çelişkilerin belirlenmesi,
- Direnci çözme,
- Öz-yeterliliği destekleme şeklindedir.

Motivasyonel görüşmede kullanılan temel yöntemler “OARS” olarak isimlendirilmektedir;

- O(Open-ended questions): Açık uçlu sorular,
- A (Affirmation): Doğrulama, onaylama,
- R (Reflectivelistening): Yansıtımlı dinleme,
- S (Summarizing): Özetleme anlamına gelmektedir (Sobel ve Sobel, 2011).

Açık uçlu sorular: Danışanın doğru cevap verme kaygısını ortadan kaldırarak ve korkmadan bağımsız cevap vermesini sağlayarak danışmanın empati kurmasına yardımcı olarak derin ve etkili iletişim sağlar. *“Son görüşmeden bu yana neler oldu?”*

Onaylama (doğrulama): Başarısını ve değişme çabasını ortaya çıkarmaya yardım eder. Onaylama cümleleri danışanın davranış değişimi ve değişme çabasını kabul etmek, doğrulamak anlamına gelir. *“Sigarayı bırakma eğitimlerine gelerek gerçekten kararlı olduğunu gösteriyorsun”*

Yansıtımlı dinleme: Değişim için farkındalık yaratmaktır. *“Öyle görünüyor ki bir işin olmadığında kendini üzgün hissediyorsun.”* Danışanın duygularını kendisine yansıtma özyeterliliğini destekleyecek ve değişim hareketini sürdürmesine yardım edecektir.

Özetleme: Danışman, söylenmiş olanları sadeleştirerek, herhangi bir yoruma veya yansıtmaya gitmeden özetler. Özellikle ambivalansı ortaya çıkarmak, danışanın farkındalığını sağlamak için kullanılır (Sobell ve Sobel, 2011; Kızıllırmak ve Demir, 2018; Stewart ve Fox, 2011; Hall ve ark., 2012).

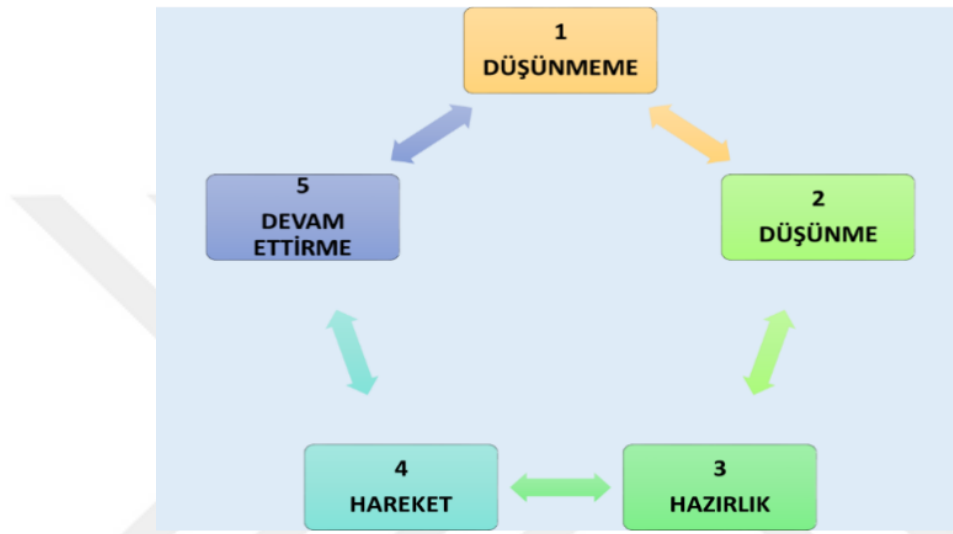
Motivasyon sadece sigara bırakma kararının alınmasında değil aynı zamanda sigaranın bırakılma durumunu sürdürebilme ve tekrar başlamayı en aza indirmede de önemlidir.

2.9.5. Model Kullanımı

Gebe kadınlarda sigara bıraktırmaya yönelik çalışmalarda genellikle TransTeoritik Model (TTM) kullanılmış olup, Sağlık İnanç Modeli (SİM)’de sağlıklılık halini sürdürme ve geliştirme davranışlarının kazanılmasında ve sürdürülmesinde kullanılan modeller içerisinde yer almaktadır.

2.9.5.1. Trans Teoritik Model

Davranış değişiminin aşama aşama ilerleyen bir süreç olduğunu ortaya koyan Transteoritik Model psikolog James Prochaska ve Carlo Diclemente tarafından oluşturulmuştur (Miller ve Rollnick 2002; Prochaska ve ark. 1992). Modeli oluşturan kavramlar şekil 2’de yer almakta olup; bireylerde davranış değişiminde hemşireler için bir klavuz oluşturmaktadır (Van Nes ve Sawatzky 2010; Prochaska ve ark. 2008).



Şekil 2. Değişim Aşamaları Modelinin Basamakları (Prochaska ve Climente, 1982)

Düşünmeme aşaması değişimin başlangıcı olup bu aşamada gebeler sigara kullanımının problemleri bir davranış olduğunu farkında değildirler. Bu aşamada danışman gebenin sigara kullanma davranışını tanımlamalı, değişime direncini değerlendirmeli ve davranışın zararları konusunda farkındalık yaratmalıdır. Bu aşamada daha önce sigara bırakmaya ilişkin geçmiş deneyimleri konuşulur. Sigarayı bırakma durumunda fetüs ve anane için yaşanacak olumlu değişimlerden bahsedilir.

Hazırlık aşamasında gebelerle sigara bırakma tarihi belirlenmeli ve bu tarihe kadar nasıl bir yol izleyecekleri konuşulmalıdır. Bu aşamada amaç gebenin sigarayı bırakmasının önemini kavraması, bırakmaya olan inancının artırılması, öz güveninin desteklenmesi ve sürecin planlanmasıdır.

Hareket aşamasında gebe sigarayı bırakmıştır. Bu durumun devamlılığını sağlamak amacıyla görüşmeler yapılır. Olumlu değişimler vurgulanır. Nikotin geri çekilme sendromuyla nasıl başa çıkabilecekleri konuşulur.

Devam ettirme aşamasında sigara bırakma davranışını sürdürmek ve bir önceki değişim aşamasına dönmeme esas hedeftir. Süreci devam ettirmeye yönelik bağlılık sağlanmalı ve sigara içiminde relapslar önlenmelidir.

Sonlandırma aşamasında gebenin sigarayı bırakmış olma durumunu alışkanlık haline getirmesi hedeflenmektedir

Düşünme aşamasında gebe sigara kullanma davranışının problemli olduğunu kabul eder ve çözüm için düşünür. (Koyun, 2013, Van Nes ve Sawatzky 2010; Prochaska, 2008; Prochaska ve ark. 2008; Prochaska ve ark. 1982).

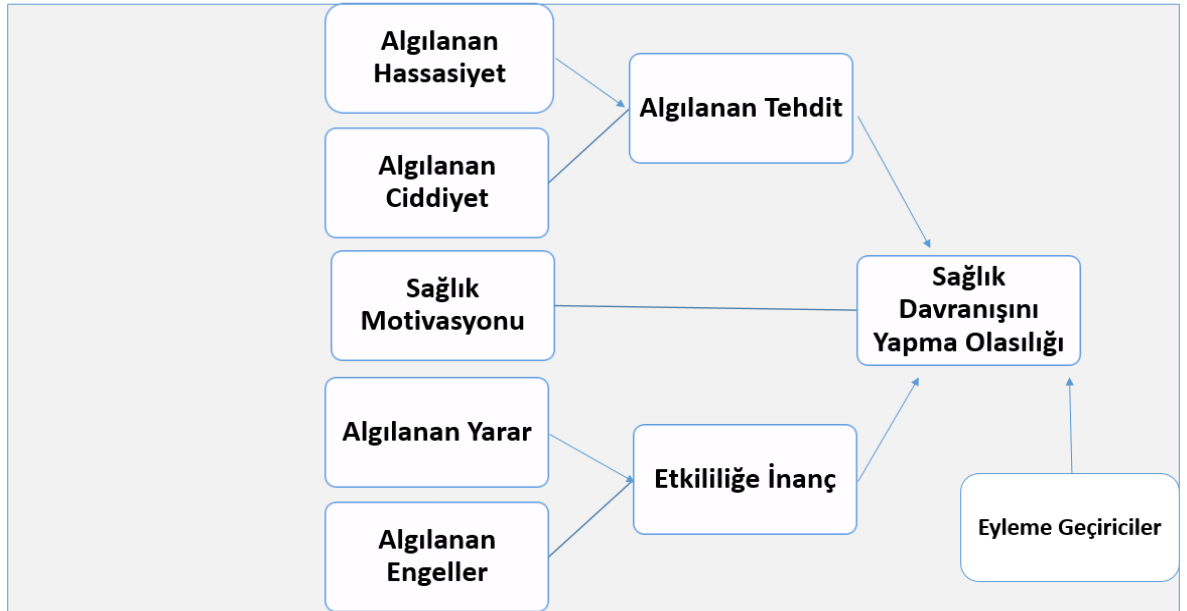


Tablo 3. Transteoritik Model'in Yapısı (Velicer ve ark. 1998; Koyun, 2013)

Değişim Aşaması	
Düşünmeme	Gelecek altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmeme
Düşünme	Gelecek altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünme
Hazırlık	Gelecek 30 gün içinde harekete geçmeyi düşünme
Hareket	Davranış altı aydan daha kısa süre önce değiştirmiş olma
Devam ettirme	Davranış altı aydan daha uzun süre önce değiştirmiş olma
Karar Dengesi	
Yararlar	Değişimin yararları
Zararlar	Değişimin zararları
Öz Yeterlik	
Arttırma	Zorlayıcı durumlar karşısında sağlıklı davranışı <u>sürdürebilme</u> konusunda kendine güven duyma
Değişim Yöntemi	
Bilinçlenme	Yeni öğrenilen gerçekler, fikirler ve önerilerle sağlıklı davranış değişimini destekleme "Sigaranın nasıl bırakılacağını öğrendim"
Duyusal uyarılma	Problemleri davranışla ilişkili olaylar karşısında negatif duygular hissetme (korku, endişe vb.) "Sigaranın zararlarına ilişkin uyarılar keyfimi kaçırır"
Kendini yeniden değerlendirme	Kendini sağlıksız ve sağlıklı alışkanlıklarla ilişkilendirerek <u>değerlendirme</u> "Bağımlılığım kendimi rahatsız hissetmeme neden olur"
Çevreyi yeniden değerlendirme	Sağlıksız davranışın olumsuz etkilerinin ya da sağlıklı davranışın olumlu etkilerinin fiziksel ve sosyal çevre <u>üzerindeki</u> etkisini değerlendirme "Sigara içmenin çevreye zararlı olabileceğini düşünürüm"
Kendisi ile anlaşıma	Değişim için vaatte bulunma "Sigara içmeyeceğime dair kendime söz veririm"
Destekleyici ilişkiler	Sağlıklı davranış için sosyal destek arama ve kullanma "İhtiyacım olduğunda beni dinleyecek birileri vardır"
Karşıt koşullama (yerine koyma)	Sağlıksız davranış yerine konulabilecek daha sağlıklı <u>davranışlar</u> öğrenme ve kullanma "Sigara içmek yerine, yapabileceğim başka şeyler vardır"
Güçlendirme (ödüllendirme)	Olumlu davranış değişimi için ödülleri arttırma ve / veya sağlıksız davranış için ödülleri azaltma "Sigara içmediğim zaman kendimi ödüllendiririm"
Uyaranların kontrolü	Sağlıksız davranışı hatırlatan uyaranları ortadan <u>kaldırma</u> ya da sağlıklı davranışı hatırlatan uyaranları ortamda tutma. "Sigara içmeyi hatırlatan şeyleri evimden uzaklaştırırım"
Sosyal Özgürleşme	Sosyal normların sağlıklı davranış değişimini destekleyici yönde değiştiğini fark etme "Toplumun sigara konusunda değiştiğinin farkındayım"

2.9.5.2. Sağlık İnanç Modeli

SİM, birey aile ve toplumun sağlıklı yaşam davranışları geliştirmesinde sıklıkla kullanılan bir rehberdir. SİM'in temel kavramı, koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi ile ilişkili unsurların açıklanmasıdır (Glanz ve ark., 2002). Model, bireylerin sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından etkileneceğini savunmaktadır. Bireyin sağlık davranışlarını geliştirmesinde sorun olan inanç ve tutumlar saptanırsa, verilecek danışmanlık, sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri o kişiye daha uygun olarak belirlenebilecektir (Gözüm ve Çapık, 2014). SİM; algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, motivasyon, algılanan engel, tehdit, davranışın etkililiği ve eyleme geçme olasılığı olmak üzere sekiz bileşeni olduğu bildirilmiştir (Rohleder, 2012; Bulduk ve ark., 2015).



Şekil 3. Sağlık İnanç Modeli (Rohleder 2012; Gözüm ve Çapık; 2014)

SİM, kişilerin bazılarının hastalıklardan korunmada sorumluluk almayı tercih ederken bazı kişilerin ise kendini hastalıklardan korumada sorumluluk almamayı tercih etmelerini anlamak amacıyla geliştirilmiş bir modeldir (Olgun ve Altun, 2012). Model kişilerin koruyucu sağlık davranışlarının inançlarından, değer ve tutumlarından etkileneceğini savunmaktadır. Problemli olarak tanımlanan bu inanç ve tutumlar belirlenerek, verilmesi planlanan sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri kişiye daha uygun hazırlanabilir (Öz, 2004). Sağlık

hizmetlerinin sunumunda SİM, hemşirelere yol gösterecektir (Pınar ve ark., 2011). SİM'e göre bir kişinin hastalığı önlemek üzere harekete geçme olasılığı kişinin;

- Kendisinin hastalanabileceği (Algılanan duyarlılık),
- Hastalığın sonucunda ciddi sağlık problemlerinin olabileceği (Algılanan ciddiyet),
- Uygun davranışın hastalanmayı önleyebileceği (Algılanan yarar) ve
- Harekete geçmemenin zararlarını anlamasına (Algılanan engel) bağlıdır (Bulduk ve ark 2015).

Öz yeterlik, bir davranış değişikliği üzerinde kişinin kendisi ile ilgili yargıları ve değişime inancı olarak tanımlanmaktadır. Öz yeterliliğin sigara bırakma ya da yeniden başlama üzerinde etkili olan bir değişken olduğu bilinmektedir (Koyun ve ark., 2015).

Yapılan bir çalışmada sigara içen hemşirelere SİM temelli eğitimler verilmiş, verilen eğitimde; bireylerin duyarlılık ve ciddiyet algılarını arttırmak için, sigaranın zararları ve neden olduğu sağlık sorunları gerçek yaşam öyküleri üzerinden anlatılmış; yarar algısını arttırmak için, sigarayı bırakmanın bireye sağlayacağı yararlar anlatılmış; engel algısını azaltmak, güven duygusunu arttırmak ve sigara kullanmaya devam etme davranışını etkileyen bireysel faktörleri ortaya çıkarmak için; sigara kullanma nedenleri, olumlu davranışın ödüllendirilmesi ve alternatif davranışlar geliştirilmesi ilgili konuları üzerinde durulmuş ve verilen eğitimler 6 ay ve daha uzun süre sigarayı bıraktırmada olumlu etki göstermiştir (Savcı Bakan,2013) .

Sigara içen gebe kadınlarda SİM'in uygulanması;

Algılanan duyarlılıkta gebe, sigara kullanımının neden olduğu hastalıklar, kayıplar, gebelikte oluşabilecek komplikasyonlar, fetüsün sağlığına olumsuz etkisi ve yeni doğanda neden olabilecek sağlık sorunlarına ilişkin konularda kendisini ne kadar risk altında gördüğü, algılanan ciddiyette gebenin sigara içmekle kanser arasında ve fetüsün sağlığı ile ilgili güçlü nedensel bir ilişki bulunduğunu bilmesi beklenmekte, algılanan yararda gebenin sigarayı bırakmak gibi bir davranış gösterdiğinde bu durumun kendisine ne gibi yararlar sağlayacağı, algılanan engelde hangi durumlardan dolayı sigarayı bırakamayacağını düşünmesi ve öz etkililikte ise sigarayı bırakabileceğine olan inancı örnek olarak gösterilebilir.

2.10. Yoksul Gebe Kadınlarda Sigara Bırakma Çalışmaları (Literatür Taraması)

Yoksul gebe kadınlarda non-farmakolojik yöntemler kullanılarak 2000 yılından itibaren gebelik döneminde yapılan müdahale çalışmaları aşağıda tabloda özetlenmiştir:

Tablo 4. Non-Farmakolojik Yöntemler Kullanılarak 2000 Yılından İtibaren Yapılan Müdahale Çalışmaları

Çalışmalar	Örneklem	Girişim Zamanı	Ölçüm	Sonuçlar
Patten ve Ark. 2010 (Alaska) Pilot Çalışma	K: 18 D:17	*24 haftadan küçük gebelikler * doğuma kadar olan süre	Tükürükte kotinin ölçümü	Pilot Çalışma
Girişim: K: Tek yüz yüze görüşme ve yazılı broşür verilmesi D: Tek yüzyüze görüşme ve 4 telefon görüşmesi Video gösterimi (sigarayı bırakmış gebe kadınlardan)				
Cluss ve Ark. 2011	T:856		Karbonmonoksit ölçümü	Katılımcıların %11.4 ü bırakmış.
Girişim: Stresle başa çıkma yöntemleri, problem çözme ve motivasyonel görüşme (ortalama 4.7 görüşme)				
Stotts ve Ark. 2004 (US)	T:54	8 Hafta süresince 4 görüşme	Trans Teoritik Modele uygun Ölçek kullanımı ve tükürükte kotinin ölçümü	Deney ve kontrol grubu arasında fark yoktur. Kontrol grubunda bırakma oranı %18 iken deney grubunda bu oran 14.3'tür.
Girişim: 1 Yüz yüze görüşme, 3 kez telefonda motivasyonel görüşme ve 1 geribildirim mektubu				
Malchodi ve Ark. 2003 (US)	K:75 D:67	36 Hafta	İdrarda kotinin ve CO ölçümü	Deney grubunda sigara içme sayısı 9.1 oranında rutin bakım grubunda ise 4.5 oranında azalma görülmüş günde en az 10 sigar içen gebelerde akran danışmanlığı istatistiksel olarak anlamlı.
Girişim: Kontrol grubuna 4 A danışmanlığı verilmiş müdahale grubuna ortalama 6 kez akran danışmanlığı verilmiştir.				
Scott ve McIlvain 2000 (US)	K: 119-75 D:114-79	Doğuma kadar olan süreçte 2 kez örnek alınmıştır.	Tükürükte kotinin ölçümü yapılmıştır.	Kontrol grubunda sigara bırakma oranı %4, müdahale grubunda ise %10.1 bulunmuştur.
Girişim: Deney grubu sigara bırakmayı istemelerine göre 3 gruba ayrılmış ve her gruba özel girişim planlanmıştır. İnteraktif video kullanılmıştır.				
Solomon ve Ark. 2000 (US)	K: 77 D:74	Doğuma kadar olan süreçte Ortalama 13 telefon görüşmesi	İdrarda kotinin ölçümü yapılmıştır.	Kontrol grubunda sigara bırakma oranı %14.9, müdahale

				grubunda ise %18.2 bulunmuştur.
Girişim: Kontrol grubuyla gebelik izlemeleri 3 kez görüşülmüştür ve yazılı materyal verilmiştir. Deney grubuna buna ek olarak akran desteği içerikli telefon görüşmeleri yapılmıştır.				
Windsor ve Ark. 2000 (Us)	K: 126 D: 139	İlk görüşmeden sonraki 60 gün içerisinde girişimler uygulanmış	Tükürükte kotinin ölçümü yapılmıştır.	Kontrol grubunda % 8.8, deney grubunda % 17.3 oranında birey sigarayı bırakmıştır.
Girişim: İlk ziyarette standart risk açısından bilgilendirme. Deney grubu video kasetle kanıta dayalı eğitim ve bir danışman oturumu.				

Ülkemizde sigara bırakmaya yönelik gebelerde yapılmış iki farklı çalışmaya ulaşılmıştır. Keten ve Gölbaşı'nın (2013) çalışmasında gebelerde üç farklı sigarayı bırakma müdahalesinin etkisideğerlendirilmiştir. Birinci grupta daha yoğun görüşme ve müdahale olacak şekilde görüşmeler ve müdahaleler gruplar içinde sırasıyla azaltılmıştır. Yapılan girişimlerin ardından gebeler 28.-32. ve 34.-36. gebelik haftalarında telefonla aranarak sigara içme davranışları değerlendirilmiştir. Sonuç olarak I. gruptaki gebelerin %70.7'sinin, II. Gruptaki gebelerin %48.9'unun, III. Gruptaki gebelerin %41.9'unun sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda yoğun müdahalenin başarı davranışını arttırdığı görülmüştür. (Keten ve Gölbaşı, 2013). Karatay'ın (2007) çalışmasında, yapılan motivasyonel görüşmeler sonucunda gebelerin sigarayı bırakma durumları değerlendirilmiştir. Tek bir girişim grubu olan gebelere 5 kez ev ziyareti 3 kez izlem yapılmış ve gebelerin %39.5'inin sigarayı bıraktığı, %44.7'sinin ise sigarayı başlangıç miktarına göre %60 oranında azalttığı saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda ev ziyaretlerinin gebelerin sigara bırakmasında etkili olduğu görülmüştür (Karatay, 2007). Ülkemizde özellikle yoksul gebelere yönelik sigara bırakma çalışmalara ulaşılammıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Birinci aşama derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile fenomenolojik desende kalitatif olarak gerçekleştirilmiştir. İkinci aşama, tek grupta ön test son test yarı deneysel desende yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmamız Eylül 2016 tarihinde literatür tarama ile başlamış olup Temmuz 2020 tarihinde tez savunması ile tamamlanmıştır. Çalışmanın birinci aşaması Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nin Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran yoksul sigara bağımlısı gebelerle 22 Kasım – 10 Aralık 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Görüşmeler kadın doğum polikliniği içerisinde çok amaçlı olarak kullanılan, bir masa ve iki sandalyenin bulunduğu sessiz, rahat ve görüşmenin bölünmeyeceği bir odada gerçekleştirilmiştir.

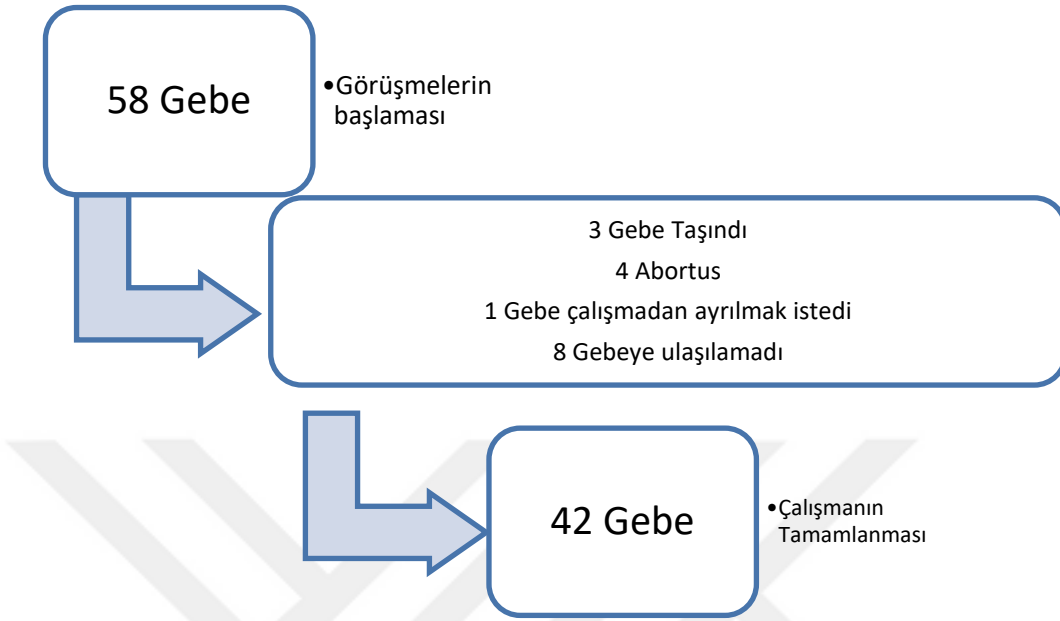
Çalışmanın ikinci aşaması İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aile Sağlığı Merkezleri'nde 5 Ekim 2018 – 30 Ekim 2019 tarihleri arasında gebe eğitim odalarında yürütülmüştür.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın *birinci aşamasının* evrenini DEÜ Hastanesi'nin Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran sigara bağımlısı gebeler oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde ölçüt örneklem yöntemi kullanılmış olup; yoksul, günde en az bir sigara içen, gebelik ile ilgili herhangi bir komplikasyon gelişmemiş olan 12 gebe çalışmaya dahil edilmiştir. Kalitatif araştırmalarda örneklem sayısına, verilerden oluşan temalarda, doyuma ulaşıncaya kadar çalışmaya devam edilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2013; Baş ve Akturan, 2008; Kümbetoğlu, 2008). Bizim çalışmamızda da 10. gebede doyuma ulaşılmış olup yeni tema gelişiminin olup olmayacağını kontrol etmek amacıyla 2 gebe daha çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın *ikinci aşamasının* evrenini İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı ASM'lere kayıtlı gebeler oluşturmaktadır. ASM' seçiminde İlçe Sağlık Müdürlükleri ile görüşülerek yoksul bölgelerdeki 20 ASM belirlenmiş olup 14'ünden gebe alınmıştır. Gebe kadınlarda sigara içme oranı evren ortalamasına göre %15 daha az olacağı öngörülerek %80 güfte ve

$\alpha=0.05$ olacak şekilde minimum 40 gebenin çalışmaya alınması planlanmış olup 42 gebe ile çalışma tamamlanmıştır.



Şekil 4. Katılımcıların çalışmaya dahil olma durumları

Çalışma sonrasında araştırmanın kendi verileri ile G-Power Data Analysis programı kullanılarak post hoc güç analizi yapılmıştır. İdrarda kotinin düzeylerine göre yapılan T testi sonucu %95 güven aralığı ve $p= 0.05$ anlamlılık düzeyinde çalışmanın post hoc gücü 0,99 ve etki büyüklüğü 0.82 olarak saptanmıştır.

3.3.1 Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri

Birinci Aşama İçin

- İzmir il merkezinde yaşamak.
- Yoksul olmak.
- Gebe olmak.
- Günde en az bir sigara içiyor olmak.
- Gebeliğe bağlı bir komplikasyon gelişmemiş olması

İkinci Aşama İçin

- İzmir il merkezinde yaşamak.
- Yoksul olmak
- 12-22 Haftalık Gebelik

- Günde en az bir sigara içiyor olmak.
- 18 – 49 yaş grubunda olmak
- Türkçe biliyor olmak.

3.3.2 Örneklemden Dışlanma Kriterleri

Birinci Aşama İçin

- Sigara kullanımı dışında her hangi bir riskli gebelik durumu olması
- Türkçe Bilmemek

İkinci Aşama İçin

- Araştırmanın 1. aşamasında yer almak

3.3.3 Örneklemden Çıkarılma Kriterleri

Birinci Aşama İçin

- Araştırmadan ayrılmak istemek

İkinci Aşama İçin

- İzmir il merkezinden taşınmak.
- Gebeliğe ilişkin komplikasyon gelişmesi
- Abortus
- Gebelerin çalışmadan ayrılmak istemesi

3.3.4 Yoksulluk Sınırı Belirleme

Çalışmanın *birinci aşamasında* yoksulluk kriteri TÜİK (2016) verilerine göre kişi başı günlük harcama için yoksulluk sınırı olan 4.3 \$ alınarak hesaplanmıştır (TÜİK, 2016). Buna göre 2 Kasım 2016 günü Merkez Bankası dolar kuru verilerine göre 1 dolar, 3.11 TL den hesaplanarak 4 kişilik aile için yoksulluk sınır 1.604.00 TL olarak bulunmuştur. Aile üyelerinin dörtten fazla ya da daha az olması durumunda basit orantı yöntemi ile kişi sayısına göre yoksulluk belirlemesi yapılmıştır. Bu tutarın üzerinde kazanımı olan bireyler yoksul sınıfa alınmamıştır.

Çalışmanın *ikinci aşamasında* yine aynı şekilde günlük 4.3 \$ baz alınmış olup dolar kurunun hareketliliğinden dolayı 1 dolar 5.6 Türk Lirası'na sabitlenerek yoksulluk sınırı belirlenmiştir. Tablo 5'de çalışmanın birinci aşamasına ilişkin katılımcıların sosyo-demografik özellikleri sunulmuştur.

Birinci Aşamaya İlişkin Örneklem Özellikleri

Katılımcı No	Yaş	Sigaraya Başlama Yaşı	Gebelikten Önce İçilen Günlük Sigara Adeti	Gebelikte İçilen Günlük Sigara Adeti	Gebelik Haftası	Gebelik Sayısı	Eşin Sigara İçme Durumu
1.	29	15	20	3-5	18	2	Evet
2.	28	22	20	2	22	2	Evet
3.	39	18	20	14-16	22	2	Evet
4.	29	17	30	20	36	2	Hayır
5.	44	14	8-9	8	33	2	Evet
6.	38	14	20	20	30	2	Evet
7.	22	13	20	4-5	40	1	Evet
8.	21	17	4-5	4-5	31	2	Evet
9.	36	7	20	6-7	37	7	Evet
10.	26	13	35-40	15-20	24	2	Evet
11.	38	17	10	5-6	30	3	Evet
12.	36	15	7-8	20	32	2	Evet

Tablo 5. Birinci Aşamaya İlişkin Örneklem Özellikleri

Tablo 6’da çalışmanın ikinci aşamasına ilişkin sosyo-demografik özellikler sunulmuştur.

Tablo 6: Çalışmanın İkinci Aşaması Katılımcıların Gebelik ve Sigara Kullanımına Yönelik Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Min	Max	Mean $X \pm SD$
Yaş	18	45	28.28 $\pm$ 6.17
Kişi başı aylık gelir	130	666.67	516.88 $\pm$ 130.9
Gebelik haftası	11	22	16.11 $\pm$ 3.52
Gebelik sayısı	1	6	2.47 $\pm$ 1.17
Canlı doğum sayısı	0	5	1.14 $\pm$ 0.97
Sigaraya Başlama Yaşı	10	20	14.59 $\pm$ 2.77
Gebelik Öncesi Günlük Sigara Adeti	5	40	19.61 $\pm$ 9.95
Gebelikte Günlük Sigara Adeti	2	30	10.35 $\pm$ 6.4

Gebelerin yaş ortalaması 28.28 ± 6.17 olarak hesaplanmıştır. Ortalama gebelik haftası 16.12 ± 3.52 ; ortalama gebelik sayısı 2.47 ± 1.17 ; ortalama canlı doğum sayısı 1.14 ± 0.98 olarak tespit edilmiştir. Bireylerin sigaraya başlama yaşı ortalama 14.59 ± 2.78 ; gebelik öncesi günlük içilen sigara miktarı ortalaması 19.61 ± 9.95 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 7. İkinci Aşamaya İlişkin Sosyo-demografik Özellikler Frekans Tablosu

<u>Özellikler</u>		<u>Sayı (n)</u>	<u>Yüzde (%)</u>
Gebe Öğrenin Durumu	Okur-yazar	5	11.9
	İlkokul	17	40.5
	Ortaokul	13	31.0
	Lise	7	16.7
Medeni Durum	Evli	40	95.2
	Bekar	2	4.8
Eş Öğrenim Durumu	Okur-yazar	3	7.1
	İlkokul	18	42.9
	Ortaokul	13	31.0
	Lise	8	19.0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	4	9.5
	Çalışmıyor	38	90.5
Eş Çalışma Durumu	Çalışıyor	35	83.3
	Çalışmıyor	7	16.7
Gelir Durumu	< 2000	11	26.2
	≥ 2000	31	73.8
Sosyal Güvence Durumu	Yok	14	33.3
	Var	28	66.7
Ev Tipi	Müstakil	17	40.5
	Apartman	25	59.5
Isınma Tipi	Tezek	2	4.8
	Soba	16	38.1
	Doğalgaz	10	23.8
	Termal	1	2.4
	Elektrik	13	31.0
Planlı Gebelik Durumu	Planlı Gebelik Değil	23	54.8
	Planlı Gebelik	19	45.2
Sigarayı Bırakmayı Deneme Durumu	Hayır	27	64.3
	Evet	15	35.7
Gebe Kalmadan Önce Sigarayı Bırakmayı Deneme Durumu	Hayır	38	90.5
	Evet	4	9.5
*Önceki Gebelikte Sigara İçme Durumu	İçtim	31	91.2
	İçmedim	3	8.8
Eşin Sigara İçme Durumu	İçmiyor	10	23.8
	İçiyor	32	76.2
Eşin Gebenin Yanında Sigara İçme Durumu	İçmiyor	8	19.0
	İçiyor	30	71.4
Eş Madde Kullanımı	Evet	18	42.9
	Hayır	24	57.1
Pasif İçiciliği Bilme Durumu	Evet	17	40.5
	Hayır	25	59.5
Pasif İçicilik Zararlı Mı	Zararlı değil	9	21.4

	Zararlı	33	78.6
Sigarayı Bırakmayı İsteme Durumu	Evet	17	40.5
	Hayır	12	28.6
	Kararsız	13	31.0
Sigara İçilen Yer	Salon	4	9.5
	Mutfak	15	35.7
	Balkon, Bahçe	2	4.8
	Tuvalet	1	2.4
	Her yer	20	47.5
Fagerstrom Bağımlılık Düzeyi	Çok az Bağımlılık	12	28.6
	Az Bağımlılık	15	35.7
	Orta Düzey Bağımlılık	4	9.5
	Yüksek Bağımlılık	11	26.7
	Çok Yüksek Bağımlılık	0	0

****İlk gebeliği olan kadınlar çıkarılmıştır.***

Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin frekans analizi Tablo 7’de verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde, bireylerin %40.5’inin ilkokul, %31’inin ortaokul, %16’sının lise ve %11.9’unun okur-yazar olduğu; %95.2’sinin evli ve eşlerin eğitim durumu incelendiğinde %42.9’unun ilkokul, %21’inin ortaokul, %19’unun lise, %7.1’inin okur-yazar olduğu tespit edilmiştir. Bireyler, %90.5 kendisinin çalışmadığını; eşlerinin de %16.7’si çalışmadığını belirtmiştir.

Kadınların %33.3’ünün sosyal güvencesi yoktur. Bireylerin %40.5’i müstakil evde, %59.5’i apartman dairelerinde oturmakta ve %38.1’inin ısıtma tipi soba, %23.8’inin doğalgaz, %31’inin elektrik, %4.8’inin tezek, %2.4’ünün termal olduğu tespit edilmiştir.

Gebelerin sadece %45.2’sinin gebeliği planlı ve tamamı sigara içmektedir. Gebelerin %35.7’si sigarayı bırakmayı denemiş, %9.5’i sigarayı bırakmayı denemiş ve %8.8’i önceki gebeliğinde sigarayı içmemiştir. Gebelerin %47.6’sı sigarayı bırakma konusunda öneri almıştır. Öneri alanların %25’i hemşire-ebeden, %20’si hekimden, %55’i hem hemşire hem de hekimden öneri almıştır. Daha önce %71.4’üne sigaranın zararlarına yönelik bilgi verilmiş; %90.5’i gebelikte sigara kullanmanın zararlı olduğu düşüncesindedir. Gebelerin hiçbirisi daha önce sigarayı bırakma eğitimi almamıştır.

Gebelerin %76.2’sinin eşi sigara kullanmakta ve %71.4’ü de gebelerin yanında sigara içmektedir. Bununla beraber gebeler eşlerinin %23.8’inin şiddet uygulamakta, %14.3’ünün aldatmakta, %42.9’unun madde kullanmakta olduğunu ifade etmiştir. Gebelerin %40.5’i pasif içiciliği bilmekte ve %78.6’si pasif içiciliğin zararlı olduğunu düşünmektedir. Bu durumda

bireylerin %40.5'i sigarayı bırakmayı istemekte ve %28.6'sı sigarayı bırakmayı istememekte ve %31'i de kararsız olduğunu belirtmiştir.

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmanın *birinci aşamasında* çalışma materyali olarak yoksul gebe ve sigara bağımlısı kadınların sigara bırakmada algıladıkları engelleri belirlemeye yönelik olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Çalışmanın *ikinci aşamasında* ise veri toplama formları, idrarda kotinin ve ekspiryum havası çalışma materyali olarak kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Çalışmanın *birinci aşaması* kalitatif tipte yapıldığından bağımlı ve bağımsız değişken tanımlanmamaktadır. Çalışmanın *ikinci aşamasında* ise;

3.5.1 Bağımlı Değişkenler

Sigarayı bırakma durumu (kişinin beyanı), CO düzeyi, Kotinin düzeyi, Değişim Aşamaları, SİM Ölçeği alt boyut puanları

3.5.2 Bağımsız Değişkenler

Hemşirelik girişimleri (Eğitim, danışmanlık hizmeti, motivasyonel görüşmeler ve telefon ile periyodik izlemler)

3.6. Veri Toplama Araçları

Birinci aşamaya ilişkin veri toplama araçları olarak tanıtıcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu form kadınların bazı bireysel ve sigara kullanma durumları ile ilgili özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Form, gebelerin sosyo-demografik (14 soru), obstetrik (4 soru) ve sigara içme özelliklerini (24 soru) belirleyen toplam 42 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

Gebe Kadınlarda Sigara Bırakmada Engellerini Belirlemeye Yönelik Yarı Yapılandırılmış Form

Yoksul gebe ve sigara bağımlısı kadınların sigara bırakmada algıladıkları engelleri ve kolaylaştırıcıları belirlemeye yönelik olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Form 2 ana sorudan ve 6 alt sorudan oluşmakta olup, üç uzman kişi tarafından değerlendirilmiştir (Ek-2).

İkinci aşamaya ilişkin veri toplama araçları şu şekildedir;

- Tanıtıcı Bilgi Formu
- Değişim aşamalarını tanımla formu
- Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi
- Sigara Bırakma Durumlarını Değerlendirme Formu
- Gebelikte Sigara Kullanımına Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür taramasından yararlanılarak oluşturulan bu form kadınların bazı bireysel ve sigara kullanma durumları ile ilgili özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Form, gebelerin sosyo-demografik (14 soru), obstetrik (4 soru) ve sigara içme özelliklerini (24 soru) belirleyen toplam 42 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Sigara içen bireylerin nikotin bağımlılık düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş altı soruluk bir testtir (EK-3). Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi, sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde en sık kullanılan testtir. Testin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği ise 2003 yılında Uysal ve ark. tarafından yapılmıştır, Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.56 bulunmuştur (Uysal ve ark., 2004).

Ölçekten alınabilecek puanlar 0-10 aralığında dağılım göstermektedir. En düşük puan olan 0 bağımlılığın olmadığını, en yüksek puan olan 10 ise bağımlılığın en yüksek derecesini belirtmektedir.

9-10 Puan: Çok şiddetli bağımlılık

5-8 Puan: Orta şiddette bağımlılık

2-4 Puan: Hafif derecede bağımlılık

0-2 Puan: Bağımlılık yok olarak değerlendirilir

Değişim Aşamalarını Tanılama Formu

Değişim aşamaları, kişinin davranış değiştirmedeki istek ve motivasyonunu belirtir. Sigara içen bireyler 5 farklı aşamada değişim yaşamaktadır bunlar; niyetin olmadığı dönem, niyetin olduğu dönem, hazırlık, hareket, sürdürmeden oluşmaktadır. Gelecek altı ay içerisinde sigara bırakmayı düşünmeyen gebeler niyetin olmadığı, gelecek altı ay içerisinde sigara bırakmayı düşünen gebeler niyet, bir ay içerisinde sigara bırakmayı düşünen gebeler hazırlık, sigarayı bırakmış olan gebeler hareket, sigarayı altı ay veya daha uzun süredir bırakanlar sürdürme aşamasında değerlendirilir (EK-4).

Sigara Kullanımı Değerlendirme Formu

Form üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde bireysel beyan yer almakta ikinci bölümde idrarda kotinin seviyesi, üçüncü bölümde ise CO ölçümleri yer almaktadır.

Kotinin Ölçümü ve Değerlendirilmesi

Kotinin, nikotin in idrardaki metabolitidir. Kotinin böbreklerde idrarla atıldığı için idrardaki konsantrasyonu, kandakinden 10 kat daha fazladır. Ayrıca sigara içen kişiden idrar alınması kan almaktan daha kolay ve risksiz bir işlem olduğundan tercih edilmektedir. Kotininin eliminasyon yarılanma ömrü, nikotinin yaklaşık 8 katıdır (16 saat). Bu nedenle sigara içenlerde kandaki kotinin düzeyi, nikotin düzeyinin ortalama 15 katıdır (Kayalp, 2013; Marine ve ark., 2008). Gebelerin sigarayı bırakıp bırakmadığını doğrulamak için özel bir laboratuvar da idrarda kotin düzeyine bakılmıştır. Numuneler gebelerden ilk ve son görüşmelerde katkısız, sızdırma yapmayan, döner kapaklı, tek kullanımlık idrar kabı alınmış olup dondurulmuştur. Thermo-Fisher Indiko Immunoassay analyzers cihazında DRI –Microgenics kiti kullanılarak Enzyme- immunoassay yöntemiyle idrarda kotinin ölçümü yapılmıştır. Cut off Değeri 50 ng/ml alınmıştır.

CO Ölçümü ve Değerlendirilmesi

CO düzeyi, expiryum havasında bulunan karbonmonoksit düzeyini milyonda parça anlamına gelen ppm (COppm) türünden ölçmektedir. Bu değerler yüzde cinsinden karboksihemoglobine (% COHb) dönüştürülerek de okunabilir. Bu çalışmada, CO ölçümü için ayarlaması ve düzeltilmesi (kalibrasyonu) yapılmış piCO Smokerlyzer cihazı kullanılmıştır. Toplam dört görüşme başlangıcında, gebelerin karbonmonoksit düzeyi ölçülerek somut bir geri bildirim vererek gebelerde sigara bırakma motivasyonunu arttırmak hedeflenmiştir. Bu sebeple herhangi bir kesme noktası belirlenmemiştir.

Gebelikte Sigara Kullanımına Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

SİM'in altı alt boyutu ölçmek için Dokuzcan ve arkadaşları tarafından (2019) geliştirilen 28 soruluk beşli likert tipi ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin uyum indeksleri, RMSEA=0.068, CFI=0.92, NNFI=0.91, ve NFI=0.88'dir. Ölçeğin genelinin Cronbach α güvenirlik katsayısı 0.80'dir (Ek-6).

Çalışma öncesi ve sonrasında ölçeğin Cronbach Alfa değerleri değerlendirilmiştir;

Tablo 8. SİM Ölçeği ve Alt Grupların Ön Test α Değerleri

Boyut adı	α Değerleri
Duyarlılık Algısı	0.855
Ciddiyet Algısı	0.840
Motivasyon Algısı	0.750
Yarar Algısı	0.766
Engel Algısı	0.705
Öz Etkinlik	0.673
Toplam Sağlık İnanç Ölçeği	0.794

SİM ölçeğinin iç tutarlılığı için Cronbach α güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin maddelerinin iç tutarlılığı ve homojenliğinin göstergesi olan Cronbach α güvenirlik katsayısı 0.794 olarak yeterli bir güvenirliğe sahiptir. Tablo 8'de görüldüğü SİM Ölçeği alt gruplarının α değerleri ise 0.705 ile 0.855 arasında değişmektedir.

Tablo 9. SİM Ölçeği ve Alt Grupların Son Test α Değerleri

Boyut adı	α Değerleri
Duyarlılık Algısı	0.931
Ciddiyet Algısı	0.865
Motivasyon Algısı	0.823
Yarar Algısı	0.962
Engel Algısı	0.703
Öz Etkinlik	0.708
Toplam Sağlık İnanç Ölçeği	0.876

Ölçeğin Cronbach α güvenirlik katsayısı 0,876 olarak yeterli bir güvenirliğe sahiptir. Tablo 9'da görüldüğü SİM Ölçeği alt gruplarının α değerleri ise 0,703 ile 0,931 arasında değişmektedir.

Girişimler

Sigara bıraktırmaya yönelik eğitim, motivasyonel girişimler (motivasyonel görüşme, anneye mektup, telefon ile danışmanlık ve izlem, sigara bırakma tarihi belirlenmesi) olarak belirlenmiştir. Girişimler planlanırken SİM alt boyut algı kavramları eğitim içeriği oluşturulmasında kullanılmıştır. Motivasyonel görüşmeler için bir taslak görüşme akışı oluşturulmuş olup gebelerin değişim aşamalarına göre farklılık göstermektedir.

Eğitim: Araştırmanın ilk aşamasında yapılan derinlemesine bireysel görüşmelerin sonuçları ve SİM' alt boyutlarına göre eğitim içeriği belirlenmiştir. Eğitimler 4 aşamada 15 dakika sürecek şekilde planlanmıştır. Eğitim materyali olarak; poster, sunu, video ve fotoğraf kullanılmıştır. Ek olarak da stresle başa çıkma yöntemi olarak nefes alma teknikleri anlatılmıştır. Eğitimler ASM'lerin gebe eğitim odalarında, gerekli durumlarda da gebelerin evlerinde gerçekleştirilmiştir.

Sigara bırakma eğitimi için konu başlıkları aşağıdaki şekilde oluşturulmuştur:

Duyarlılık ve Ciddiyet algılarını arttırmak için;

- Sigaranın Anne Adayına Verdiği Zararlar
- Sigaranın Fetüse Olan Olumsuz Etkileri
- Gebelikte Pasif Sigara İçiciliği
- Sigara İçme Davranışını Tanıma

Yarar algısını arttırmak için;

- Sigara bırakıldıktan sonra vücutta meydana gelebilecek değişiklikler
- Sigara bırakmanın sağlayacağı yararlar (maliyet, hastalık risklerinin azalması, tat alma duyusu, cilt yapısı vb konular)

Engel algısını azaltmak için;

- Sigara Bırakma Önündeki Engeller
- Yoksunluk Belirtileri
- Stres yönetimi

Motivasyon algısını yükseltmek için;

- Sigara bırakmak için bir gün belirleme
- Sigarayı bırakma protokolü
- Sigarayı bırakma yöntemleri

Öz etkilik algısını yükseltmek için:

- Sigarasızlıkla baş etmenin yolları
- Çevreden gelen sigara tekliflerine hayır diyebilme

Değişim Aşamasına Göre Sigara Bırakmada Hedef ve Yaklaşımlar

1. Düşünmeme

Hedef: Gebenin sigara bırakmayı düşünme aşamasına gelmesi için bireysel farkındalığın artırılmasıdır.

Yaklaşımlar

1. Sigaranın fetüse ve anneye olan zararları hakkında bilgilendirme.
2. Sigaranın bırakılması durumunda fetüse ve anneye olan olumlu değişiklikler hakkında bilgilendirme.
3. Sigara kullanımının gebeye bireysel olarak olumsuz yönlerini belirleme.
4. Gebenin sigara bırakmadaki kişisel engellerini belirleme.
5. Sigara bırakma programı hakkında gebeyi bilgilendirme.

2. Düşünme

Hedef: Gebenin sigara bırakmaya yönelik öz güvenini artırma ve motive etmedir.

Yaklaşımlar

1. Bilgilendirmeyi sürdürme.
2. Olumlu ve olumsuz yönleri tekrar gözden geçirme.
3. Engellerle baş etmeyi öğrenme
4. Önem ve güven cetvelini kullanma.
5. Değişimin artı ve eksilerini belirleme (basit karar dengesi).
6. Geleceğe bakma.
7. Hedefleri ve değerleri ortaya çıkarma.
8. Öz-etkililiği artırmak için olumlu düşünce ve davranışları destekleme.

3. Hazırlık

Hedef: Gebenin sigarayı bırakması için planlama yapılır.

Yaklaşımlar

1. Olumlu ve olumsuz gelişmeleri gözden geçirme.
2. Karar vermede bireye yardım etme ve bireyi cesaretlendirme.
3. Sigara bırakma tarihini belirleyerek davranış değişimine karar verme.
4. Sigarayı bırakma tarine kadar neler yapabileceğini konuşma

4. Harekete/Eyleme Geçme:

Hedef; Sigara bırakma tarihinde kişinin eyleme geçmesidir.

Yaklaşımlar

1. Motivasyonu koruma ve güveni destekleme.
2. Engelleri kaldırma.
3. Sigara içme isteğiyle baş etme yöntemlerinin konuşulması.
4. Stresle baş etme yöntemlerinin konuşulması

5. Devam Ettirme

Hedef: Relapsları önlemek

Yaklaşımlar

1. Gebenin sigarayı bıraktığı andan itibaren yaşadığı değişimlerin yararlarını tekrar etme.
2. Hedefleri yeniden gözden geçirme.
3. Geri dönüş varsa bunun nedenini inceleme.
4. Geri dönüşün olmaması için bireyin yaptığı olumlu davranışları destekleme.

6. Sonlandırma

Hedef; Bu aşamada gebenin sigarayı bırakmış olma durumunu alışkanlık haline getirmesi hedeflenmektedir

Motivasyonel Girişimler

Motivasyonel Görüşmeler: Sigara bırakma sürecinden etkin rol oynayacak 4 motivasyonel görüşme planlanmıştır.

➤ Birinci Motivasyonel Görüşme İçeriği:

- Sigarayı bırakmanın gebe açısından önemi
- Sigarayı bırakma konusunda kendisine ne kadar güvendiği
- Bir gününü anlatma sigara içme davranışını belirtmesi
- Önceki sigara bırakma deneyimleri
- Bırakma açısından aşamasını değerlendirmesi
- Sigarayı bırakmasının avantajları/dezavantajları
- Sigarayı bırakmak için gün belirleme

➤ İkinci Motivasyonel Görüşme İçeriği:

- Tebrik etme

- Sigaranın bebeğe vereceği zararlar
- Sigaranın anneye vereceği zararlar
- Nikotin çekilme semptomları
- Pasif içicilik ve kaçınma yolları
- Hayır diyebilme
- Stresle baş edebilme
- Co düzeyi ile motivasyon sağlama

➤ **Üçüncü Motivasyonel Görüşme İçeriği:**

- Bırakma durumunu değerlendirme
- Destekleme
- Bırakmayı sürdürmede yaşadığı zorluklar ve çözümleri
- Sigara içerken nasıldı bıraktığında nasıl, ne tür değişiklikler var?
- Fiziksel açıdan nasıl bir değişim hissediyor
- Olumlu yönlerin vurgulanması
- Olumsuz yönlerin çözümü
- Pasif içicilikten kaçınmak için neler yaptığı
- Co düzeyi ile motivasyon sağlama

➤ **Dördüncü Motivasyonel Görüşme İçeriği:**

- Bırakmayı sürdürmede yaşadığı zorluklar ve çözümleri
- Fiziksel açıdan nasıl bir değişim hissediyor
- Olumlu yönlerin vurgulanması
- Olumsuz yönlerin çözümü
- Co düzeyi ile motivasyon sağlama

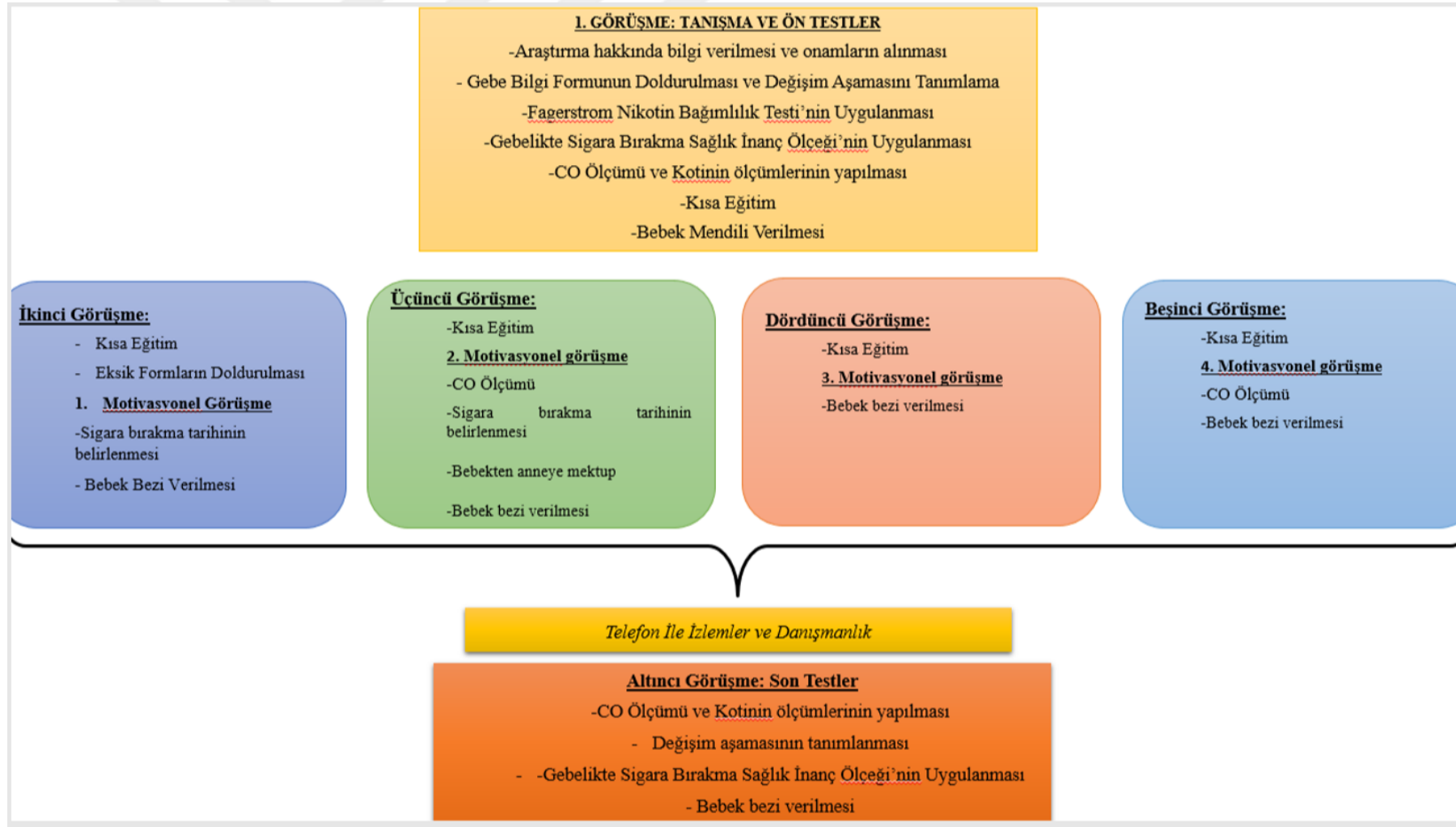
Anneye Mektup: Gebelere; fetüsün ağzında annenin sigarayı bırakmasını motive etmek için yazılmış, sigaranın gebeye ve fetüse olan zararlarından bahseden bir mektup verilmiştir. Mektup içeriği için bir ana şablon oluşturulmuş olup gebe ile birinci görüşmede sigara bırakma ve çocuğu ile ilgili paylaşımları da mektuba eklenerek mektuplar kişiselleştirilmiştir. Mektup sigara bırakma günün sonunda okunmak üzere verilmiştir.

Telefon İle İzlemler ve Danışmanlık: Gebeler sigarayı bıraktıkları ilk ay boyunca her hafta, sonraki aylar 2 haftada bir telefon ile aranarak izlemlerinin yapılmıştır. Ayrıca telefon ile gebelerin istedikleri zamanlarda araştırmacıya ulaşmaları sağlanmıştır.

Sigara Bırakma Tarihi Belirlenmesi: İkinci veya üçüncü görüşmenin sonunda gebeler ile sigara bırakma tarihi belirlenmiştir.

Bebek Bezi: Gebelere ilk görüşme sonrasında ıslak mendil, motivasyonel görüşmeler sonrasında da bebek bezi verilmiştir. Bu şekilde gebelerin çalışmaya katılımlarını arttırmak hedeflenmiştir.

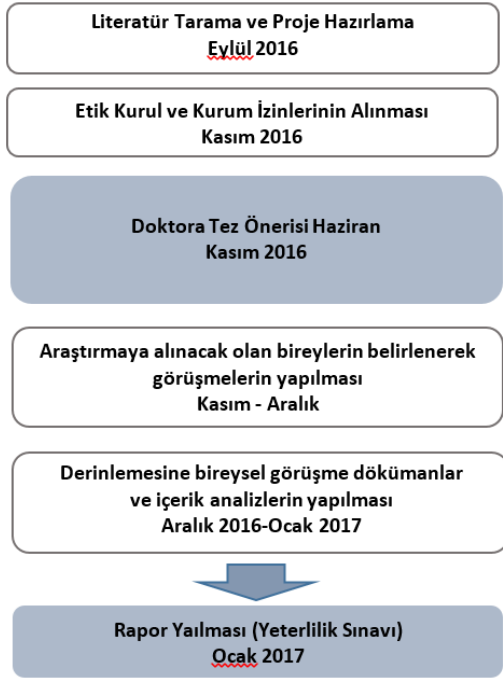




Şekil 5. Müdahale Programı

3.7. Araştırma Planı

Çalışmanın *birinci aşamasına* ilişkin araştırma planı;



Şekil 6. Çalışmanın Birinci Aşamasına İlişkin Araştırma planı

Çalışmanın *ikinci aşamasına* ilişkin araştırma planı;



Şekil 7. Çalışmanın İkinci Aşamasına İlişkin Araştırma Planı

3.7.1. Ön Uygulama

Araştırmanın birinci aşamasına ilişkin ön uygulama kurum ve etik kurul izni alındıktan sonra üç gebe ile gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonucunda yapılan değerlendirme ile yarı yapılandırılmış görüşme formunda gerekli olan değişiklikler yapılarak son şekli verilmiştir. Ön uygulamaya katılankadınlar örneklem dışında bırakılmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasına ilişkin ön uygulama yapılmamıştır.

3.7.2. Verilerin Toplanması

Araştırmanın birinci aşamasında veriler derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile yarı yapılandırılmış görüşme formu rehberliğinde toplanmıştır. Araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı konusunda katılımcılara bilgi verilip, ses kayıt cihazı kullanılacağına dair onamları alındıktan sonra görüşmelere başlanmıştır. Görüşmeleri iki araştırmacı birlikte yürütmüş olup; bir araştırmacı görüşmeyi yürütürken diğer araştırmacı ise gözlemci olarak yer almıştır. Araştırma verileri Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde, Kadın Doğum Polikliniği içerisinde sessiz, rahat ve görüşmenin bölünmeyeceği bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler 20-45 dakika arasında sürmüştür.

Araştırmanın ikinci aşamasında veriler yüz yüze görüşme tekniği ile ASM'lerin gebe eğitim odalarında veya bebek emzirme odalarında gerekli durumlarda da gebelerin evlerinde toplanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın birinci aşamasında gebelerle derinlemesine bireysel görüşmelerden elde edilen verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Kayıtların çözümlenmesi araştırmacı tarafından bilgisayar programı kullanılmadan elle yapılmıştır. İki bağımsız araştırmacı tarafından kod, kavram ve temalar oluşturulmuş; deneyimli bir araştırmacının incelemesi sonucu netleştirilmiştir.

Araştırma veri analiz yöntemlerinden "İçerik Analizi" kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede tablo 10'da yer alan işlem basamakları izlenmiştir.

Tablo 10. İçerik Analizi Aşamaları

1. Aşama	Görüşme verisinin yazıya geçirilmesi	Gebeler ile yapılan görüşmeler ses kaydında değişiklik yapılmadan ham dökümleri bilgisayar ortamında yazıya geçirilmiştir.
2. Aşama	Görüşme verilerinin düzenlenmesi	Veriler düzenlenerek 'İşlenmiş metin' haline getirilmiştir.
3. Aşama:	Metnin Son şeklinin oluşturulması	İşlenmiş metne, görüşme süresince gebelerin ses tonu, mimikleri ve hareketlerine göre araştırmacının aldığı notlar, de eklenerek verilere son hali verilmiştir.
4. Aşama:	Okuma	Her bir görüşme metni 3-4 kez okunmuş, okurken araştırma sorularına göre önemli olan bölümlerin kenarlarına notlar alınmıştır.
5. Aşama	Verilerin kodlanması	Kendi içinde anlamlı bir bütün oluşturan birimlere, o birimi en iyi ifade eden bir etiket (bir isim, bir kod) verilmiştir. Aynı birimlerle tekrar karşılaşıncaya aynı kod yanına tekrardan not edilmiştir.
6. Aşama:	Kodların Birleştirilmesi	Her görüşülen kişi için ayrı ayrı bir kod listesi oluşturulmuş ve tüm görüşmelerden elde edilen kodlar bir araya getirilmiştir.
7. Aşama:	Tema	Bir araya getirilen kodlar arasında benzerlikler ve farklılıklar değerlendirilerek, buna bağlı olarak birbiri ile ilişkili olan kodlar bir araya getirilerek temalar oluşturulmuştur.
8. Aşama:	İlişki Kurma	Veriler temalara göre yorumlanıp ve temalar ile ilişkilendirilmiştir.
9. Aşama:	Anatema	Oluşturulan temalardan bir üst anlam ifade eden temalar (ana temalara) belirlenmiştir.
10. Aşama:	Verilerin Raporlanması	Ana temalar belirlendikten sonra verilerin raporlanmıştır.
11. Aşama	Son Düzenleme	akla yatkınlık, deneyimlere uygunluk, inandırıcılık, önem ve okunurluk özellikleri sağlanarak. Ayrıca ikinci kişi tarafından veriler analiz edilmiş ve karşılaştırma yapılarak son şekli verilmiştir. (Yıldırım ve Şimşek 2011).

Çalışmanın ikinci aşamasında Veriler SPSS 22.0 bilgisayar programında değerlendirilmiş olup tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen bağımlı örneklem için iki ölçüm karşılaştırılmasında Wilcoxon işaret testi ikiden fazla ölçümün karşılaştırılmasında Friedman testi kullanılmıştır. Friedman testinden sonra farklı olan grubu bulabilmek için çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Normal dağılım gösteren bağımlı örneklemde bağımlı örneklem t testi yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek amacıyla "Güvenilirlik Analizi" yapılmıştır.

3.8.1. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenirliği

Araştırmanın birinci aşamasında geçerliği ve güvenirliliğini sağlamak amacıyla nitel araştırmalarda yer alan inandırıcılık, aktarıla bilirlik, tutarlık ve teyit edilebilirlik ilkelerinden yararlanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Araştırmada örneklemdaki kadınlarla güven ortamının oluşturulması ve samimi yanıtların alınabilmesi için derinlemesine görüşmeler 20-45 dakika arasında uygulanmıştır. Verilerin araştırma sorusuna yanıt verme yeterliği bulgular kısmında okuyucuya sunulmuştur. Araştırmada uzman desteği, araştırma deseninden, sonuç yazımına kadar her aşamada alınmıştır. Araştırmada bulgular genelleme yapılmadan okuyucuya sunulmuştur. Araştırmanın tutarlılığı için tüm görüşmeler de aynı veri toplama formu ve aynı ses kayıt cihazı kullanmıştır. Gözlemci kayıt sırasında notlar almıştır. Araştırmada kullanılan tüm veri toplama araçları, ses kayıtları, ham veriler, analiz sırasında oluşturulan kodlar ve temalar uzman tarafından incelenmiştir. Araştırmanın dış güvenirliliğini sağlamak için görüşme sırasında yapılan ses kayıtları, gözlem notları, veri setleri ve analizleri saklanmaktadır. Ayrıca veri setinde yer alan tüm katılımcıların sosyo-demografik özellikleri tanımlanmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın birinci aşamasında yalnızca bir üniversite hastanesine başvuran gebelerin dahil edilmesi araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilmektedir.

Araştırmanın ikinci aşaması deney kontrol gruplu planlanmış olup; ASM'lerin gebelerin sigara içme durularını kayıtlamaması, gebelerin rutin gebelik izlemleri için ASM'ye gelme oranlarının düşük olması, kendisine özel bir telefonunun bulunmaması gibi nedenlerden gebelere ulaşmada zorluk yaşanması nedeniyle tek grupta yapılmasına karar verilmiştir. Ayrıca sigara bırakma danışmanlığının sadece döneminde sağlanması ve sigarayı bırakanların postpartum döneminde izlenmemesi araştırmanın ikinci aşamasının sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülmesi için, DEÜ Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, etik kurul onayı 03.11.2016 tarihinde, 2016/28-03 karar numarası ile 2977-

GOA protokol numarası ile alınmış; 08.06.2017 tarihinde 2977 – GOA protokol numaralı 2017/15-4D karar numarası ile etik kurul değişikliği yapılmış olup 19.06.2019 tarihinde 2977 - GOA protokol numaralı 2019/15-28 Karar numarası ile tekrar etik kurul değişikliği yapılmıştır

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'nden çalışmanın birinci aşaması için izin alınmıştır (EK-9). Çalışmanın ikinci aşaması için ise İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve müdürlüğe bağlı yoksul bölgelerdeki Aile sağlığı merkezlerinden yazılı izin alınmıştır Ayrıca katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (Ek-9).

Çalışmanın her iki aşaması da Helsinki Deklerasyonu etik ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

4. BULGULAR

4.1 Araştırmanın Birinci Aşamasına İlişkin Bulgular

Yoksul gebelerin sigara bırakmada engellerine ilişkin yapılan derinlemesine görüşmelerden elde edilen veriler Tablo 11’de yer almaktadır. İçerik analizi sonucunda veriler 2 tema altında toplanmıştır.

Tablo 11. Yoksul Gebelerin Sigara Bırakmada Algıladıkları Engeller

ALGILANAN ENGELLER	
TEMALAR	ALT TEMALAR
<u>Bireysel Tutum ve Davranışlar</u>	1. Stres
	2. Bağımlılık Algısı
	3. Bilgi Eksikliği
	4. Özyeterlilik Algısının Düşük Olması
	5. Kültürel İnanışlar
	6. Günlük Rutini Sürdürme İsteği
	7. Duyarlılık Algısının Düşük Olması
	8. Mantiğa Büründürme
<u>Kişiler Arası Faktörler</u>	1. Sağlık Personeli
	2. Sosyal Çevre
	3. Aile Dinamikleri

4.1.2 Bireysel Tutum Ve Davranışlar

Bireysel tutum ve davranışlar teması; stres, bağımlılık, bilgi eksikliği, özyeterlilik, kültürel inanışlar, günlük rutini sürdürme isteği, duyarlılık algısı, mantığa büründürme başlıkları altında incelenmiştir. Yoksul gebelerde bireysel tutum ve davranışlar sigara bırakmada en güçlü belirleyicidir.

Katılımcılar **stresle başa çıkmada yetersizlik** yaşadıklarını ve baş etme yöntemi olarak sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Gebeler özellikle stres yaratan durumların; maddi imkansızlıklar, aile içi yaşanan sorunlar ve anlık tartışmalar olduğunu söylemişlerdir. Gebelerin çoğunluğu; rahatlamak, teselli aramak ve sinirlerini yatıştırmak amacıyla sigara içtiklerini ifade etmişlerdir. Gebelerin bir kısmı ise sigara içmenin onları mutlu ettiğini ve keyif alma amaçlı da sigara içtiklerini söylemişlerdir.

- “İçince rahatlıyorsun gevşeme, aslında çok da rahatlamıyorsun ama psikolojik bir rahatlama oluyor. Psikolojik olarak rahatlıyorum o aklımdan gidiyor.”(5.Katılımcı)
- “Ailede eşime başkasına illaki birine kızınca içiyorum biraz rahatlıyorum daha sakinleşiyorum tabi geçmiyor da daha sakinleşiyorum.” (2. Katılımcı)
- “Bırakamıyorum... Onu arıyor insan stresli zamanlarım oluyor en çok zaten o zaman arıyorum yoksa hani bırakırım valla maddiyat olarak bir gelirim çok, borcum harcım az olsa yaşam şartım biraz daha farklı olsa belki evet” (3. Katılımcı)
- “İçiyorsun rahatlamış gibi düşünüyorsun ama kendini kandırıyorsun aslında şuan beni en çok maddiyat strese sokuyor maddiyat düzelse başka sorunlar illa çıkacak o zamanda içmek isterim herhalde”(9. Katılımcı)

Katılımcıların orta düzeyde bağımlılıkları olmasına karşın **bağımlılık** algılarının farklılık gösterdiği saptanmıştır. Gebeler, sigaraya bağımlı olmadıklarını belirtmekle birlikte buna karşın mutlaka evde sigaralarının bulunması gerektiğini ve her gün sigara içmeleri gerektiğini ifade etmişlerdir. Bir gebe ise sigara bağımlılığını alkolik, eroinman gibi benzetmeler yaparak tanımlamıştır.

- “Hani alkolik insanlar nasıl alkolde bulmaya çalışıyorlar çareyi benimde sigara sakinleştiriyor..... kendimi bazen eroinman gibi hissediyorum.” (4. Katılımcı)
- “Ama çok içen bir tip değilim hani böyle içmeyince elim ayağım titreyen bir tip değilim sabah içiyorum bazen akşama kadar hiç içmiyorum hiç belli olmuyor bazen yarım paket içiyorum bazen yarım paketten az içiyorum üç dört tane içiyorum hiç belli olmuyor... ama mutlaka günde iki üç tane içmem gerekiyor ruh halimle ilgili” (3. Katılımcı)
- “Çok tiryaki değilim bırakmayı da pek düşünmüyorum istemiyorum ya..... yokluğunda daha çok arıyorum evde mesela sürekli sigaram olduğunda pek içmem hiç aklıma bile gelmez o beni rahatlatıyor. [Sigaranın] evde olmaması[nı] düşünemiyorum” (11. Katılımcı)

Gebeler sigara içmediklerinde çoğunlukla eller de titreme, baş dönmesi, baş ağrısı, sinirlilik ve saldırganlık gibi yoksunluk belirtileri ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca gebelerin bir kısmı sigarayı bırakmanın kendileri için çok zor olduğunu belirterek, uyutulmadan ya da ölmeden bırakamayacaklarını ifade etmişlerdir.

- “Aslında çok bir şeyi kafama koyduğum zaman yapan bir insanım ama sigara konusunda değil dört beş saat içmediğim zaman ellerim titremeye başlıyor baş dönmesi ve el titremesi onu önlemek için sigara yakıyorum sonra.” (9. Katılımcı)
- “Beni uyutmaları lazım başka türlü hayır ben burada bırakmaya karara veririm caydırırsınız beni eve giderim iki saat yani iki saat sonra tekrara başlarım.” (4. Katılımcı)
- “On yedi yaşında başladım sigara içmeye ölünce bırakırım” (11. Katılımcı)

Bağımlılık başlığı altında gebelerin sigaraya erişebilmek için parayı nasıl yönettiklerine ilişkin ifadelerine de yer verilmiştir. Gebelerin; sigaranın parasını sonradan ödemek, mutfak masraflarından kısmak ve ev bütçesinden sigaranın parasını ay başında ayırmak koşuluyla sigara temin etme yoluna gittikleri belirlenmiştir.

- “Daha önce sigarasız kaldığım bir an olmadı bugün itibariyle oldu büyük ihtimalle bakkala gideceğim alacağım sonra ben sana vereceğim parasını diyeceğim almam lazım.” (4. Katılımcı)
- “Zaten hiç olmuyor paramız biz genelde yazdırıyoruz aylık ödüyoruz maaş yatınca ilk sigaranın parasını ödüyoruz” (9. Katılımcı)
- “Şuandan eşim benim bu sigara olayı yüzünden bana pek harçlık vermiyor babamdan aldım şimdi babamın da sigarası bitti şimdi onun çözümünü düşünüyorum ne yapacağım diye.” (1. Katılımcı)

Katılımcıların sigaranın zararlı olduğuna ilişkin bir algıları olsa da sigaranın fetüse ve kendilerine olan zararlarını tanımlayamadıkları görülmüştür ve bu konuda **bilgi eksiklikleri** olduğu saptanmıştır. Gebeler sigaranın kendi sağlıklarına ilişkin zararları konusunda sadece geniz akıntısı, hipertansiyon, merdiven çıkarken zorlanmaya neden olduğunu ifade etmişlerdir.

- “Merdiven çıkarken nefesimin kesilmesi sigaradan bide hipertansiyonum var ya o sigaradan. Ama insanın canı istiyor.” (5.katılımcı)
- “İllaki bebeğe zararı var illaki oluyordur ama ... bilmiyorum canım istediğinde içiyorum.” (2. Katılımcı)
- “Var ya hani hep duyuyoruz ama sonuçta şey değil ki ne bileyim bir kulağımızdan giriyor birinde çıkıyor o kadar ciddiye almıyoruz belki de zararlı diyoruz tüm organlara vücudun her yerine zararı var az çok biliyoruz” (11. Katılımcı)

Gebelerin sigara bırakma yöntemlerine ilişkin de bilgi eksiklikleri bulunmaktadır ve gebeler sigarayı nasıl bırakacaklarını bilmediklerini söylemişlerdir.

- *“Nasıl bırakacağımı bilmiyorum. Bantı denedim olmadı. Doğumdan sonra bazı hastanelerde sigara bırakma poliklinikleri gördüm oraya başvurmayı düşünüyordum şuan gebeyim herhangi bir ilaç falan uygulamazlar diye düşündüm.”* (5. Katılımcı)
- *“Bilmiyorum bilinçsizim o konuda bilgilendirme olsa bırakırım belki”* (12. Katılımcı)

Katılımcıların **öz-yeterlilik**lerinin düşük olması sigarayı bırakma engelleri içinde yer almaktadır. Gebeler; sigara bırakmayı deneyip başarısız olduklarını, sigarayı bırakmaya çalıştıklarında başarılı olamayacakları için emeklerinin boşa gideceğini ve bırakamama korkusu yaşadıklarını ifade etmişleridir.

- *“Denedim yapamadım. Bir gün bırakmayı denedim birkaç saat bıraktım. Kurtulmak istedim bir daha kullanmamak için çocuk sahibi olmak istiyordum olmadı kendimi eksik hissettim ağlamalı oldum sanki bir kolum bacağı yokmuş gibi hissettim günde 4-5 tane içiyorum çok içmiyorum ama...”* (8. Katılımcı)
- *“Hamileyken ilk kızıma çok çalıştım bırakmayı ama bırakamadım... sigarayı bırakmayı düşünüyorum ama bırakamam korkuyorum.”* (10. Katılımcı)
- *“Hem maddi hem manevi yük diye hem sağlığım konusunda diye bir türlü gidemedim cesaret edemedim tekrar başlarım olmaz verdiğim emeklere yazık olur tekrar başlarım diye hani istedim birkaç defa ama olmadı cesaret edemedim”* (1. Katılımcı)

Gebelerin sigarayı bırakmanın ilahi bir güç aracılığıyla olabileceğine dair **kültürel inanışları** da sigara bırakmak için bir girişimde bulunmalarına engel olmaktadır. Gebeler sigardan tiksintmeleri için dua ettiklerini fakat bırakamadıklarını belirtmişlerdir.

- *“Çok büyük bir rahatsızlığım olmadığı sürece bırakabileceğimi zannetmiyorum tiksintmem lazım yani benim Allaha dua ettim hamileyken tiksineyim dedim olmadı”* (4. Katılımcı)
- *“Mesela ben şunu çok isterdim Allahım bir hamile kalayım sigaradan o kadar çok tiksineyim ki bir daha doğumdan sonra hiçbir şekilde azıma almayayım çok tiksineyim.”* (11. Görüşme)

Gebelerin sigara bırakma davranışına etki eden engelleyici faktörlerden bir tanesi de **kaderci yaklaşımıdır**. Gebeler sigara kullanmaları nedeniyle veya başka bir nedenle bir gün öleceklerini belirtmişlerdir.

- *“Düşünüyor insan ister istemez elinde sonunda öleceksin işte. İllaki içeceksin bunu içsen de içmesen de öleceksin. Sağlığıma çok dikkat etmiyorum. Sigara içmiyor bile olsam çok dengeli beslenen bir insan değilim.”* (4. Katılımcı)
- *“Üç günde hallettim (sigara bırakmaktan) vaz geçtim lanet olsun dedim bu kadar acı çektireceğime kendime iç gitsin dedim elinde sonunda öleceğim nasıl olsa”* (4. Katılımcı)

Çalışmaya katılan gebelerin sigara içmek **günlük rutinlerinin** bir parçası olmaktadır. Gebeler kahvaltı sonrasında, sabah uyanır uyanmaz, kahve içerken, çay sonrasında, çocuğu okula bıraktıktan sonra sigara içtiklerini belirtmişlerdir.

- *“Ya benim yemek yerken çay içerken geliyor aklıma sigara her zaman yemek sonrası ve çay sonrası içerim her çaydan sonra mutlaka içerim kahvaltıdan sonra ilk sigaramı içerim”* (8. Katılımcı)
- *“Çocuğumu okula bıraktıktan sonra eve gelirim bir türk kahvesi olur bi yarım bir tane içerim sonra eşim gelir o gelince de beraber yarım, bir tane içerim o kadar. Bazen işte arkadaşlarla...”* (1. Katılımcı)

Katılımcıların sigaranın zararlarına ilişkin **duyarlılık algısının** düşük olduğu saptanmıştır. Gebe kendini ne kadar risk altında hissederse riski oluşturacak davranışını o kadar azaltacaktır fakat çalışmamızda gebeler sigaradan bir zarar görmediklerini ve sigaranın fetüse bir zarar vereceğine inanmadıklarını ifade etmişlerdir.

- *“Şimdiye kadar bir zararını görmedim sağlık konusunda da beni rahatsız eden bir şeyi olmadı hani çok rahat sporumu yapabiliyorum. Bebeğime bir zararı olduğunu düşünmüyorum”* (6.katılımcı)
- *“Bebeğime zarar vereceğini düşünmüyorum”* (9. Katılımcı)
- *“İlk hamileliğimde de çok içtim ben bu ikinci gebeliğim onda da Allaha şükür bir problem olmadı.”* (4.katılımcı)

- “Fiziksel olarak da değiştiğimi hissediyorum ben zaten çok böyle dediğim gibi içip bırakan dumanını çok çeken biri değilim mesela ben ciğerlerimi kaç kere gösterdim tertemiz benim ciğerlerim.” (3. Katılımcı)

Gebelerin sigara içme davranışlarını **mantıklı bir nedene bağlama** ihtiyacı duydukları saptanmıştır. Gebelerin bir kısmı gebelikte içilen sigara artışını aşermeye bağladıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların bir kısmı ise sigara içmenin boğazdaki iltihabi giderdiğini ve defekasyonu kolaylaştırdığını belirtmişlerdir.

- “Gebelikten önce daha az içiyordum şimdi daha çok içiyorum hiçbir şey aşermedim sigara aşeriyorum... Aşerme olarak tanınıyorum çünkü normalde bu kadar içmiyordum bu kadar düşkün değildim hamileliğimden sonra çok fazla arttı baya bir arkadaşlarım var sigara içmeyen hamileliğinde sigaraya başlayan çok, hormonlarla alakalı herhalde çok acayip bir şey otursam yiyeceğim yani sigarayı o kadar acayip bir şey var.” (12. Katılımcı)
- “Durmadan sigara aşeriyorum gebeliğimde.” (1. Katılımcı)
- “Hamilelikten dolayı çok kabızlık yaşıyorum ben sigarayı içmediğim zaman büyük abdeste çıkamıyorum.” (11. Katılımcı)
- “Hastayken daha çok içiyorum nefes alamıyorsun hava bile alamıyorsun ama içiyorsun iyi geliyor. Sigara içtiğin zaman boğazdaki iltihabı söküyor yani o iltihabı atıyor sigara iyi geliyor.” (8. Katılımcı)

Gebeler; dengeli beslenerek, aç karnına sigara içmeyerek, sigara içtikten sonra el-yüz yıkayarak, sigara sonrasında diş fırçalayarak, sigarayı açık alanda içerek sigaranın kendilerine, çocuklarına ve fetüse olan risklerini azalttıklarını belirtmişlerdir.

- “Bir kere kesinlikle aç karnına içmiyorum muhakkak o sigaradan önce bir şeyler atıştırıyorum ondan sonra sigara içiyorum.” (6. Katılımcı)
- “Uyanınca sütümü içiyorum ondan sonra sigaramı içiyorum. Çok güzel şeylerimi yiyorum ama sigara içiyorum. Dişlerimi fırçalıyorum sürekli, evin içinde içmiyorum balkonda içiyorum sigarayı kızımın yanında içmiyorum zaten bitek kendime zarar veriyorum bide ona (fetüse) zarar veriyorum şuan. Ben doğurduktan sonra evin içinde bir Allahın kulu içemez ben dahil.” (4. Katılımcı)

Kadınlar sigara içmeyen kişilerin kronik hastalıklara sahip olabildiği buna zıt olarak sigara içen bireylerin uzun süre sağlıklı bir şekilde yaşadıklarına ilişkin görüşleri bulunmaktadır. Gebeler sigara içmeyen akrabalarının kronik bronşit ve kanser tanısı aldığını; sigara içen akrabaların da ise herhangi bir sağlık sorunu olmadığını ifade etmişlerdir.

- *“Benim annem hiçbir şekilde azına sigara koymamış bir insan benim annemin kronik bronşiti vardı senelerce kadın o yüzden çekti ve her doktora gittiğinde her doktor sorardı sigara mı içiyorsunuz kaç paket içiyorsunuz diye kadın ağzına bir tane koymamıştı babamda içmezdi.”* (6. Katılımcı)
- *“Bir çok akrabamızda akciğer kanseri var hiç biri alkol sigara kullanmıyor benim mantığımın almadığı durumda bu benim dedem şimdi dün vefat etti 90 yaşına gelmiş adam birinci sigaralarını bilirsiniz günde üç paket ondan içerdi dedem benim ne bulsa içerdi üç paket ya... düşünüyor insan ister istemez.”* (4. Katılımcı)

4.1.3 Kişiler Arası Faktörler

Çalışmada kişiler arası faktörler teması; sağlık personeli, sosyal çevre ve aile dinamikleri başlıkları altında incelenmiştir.

Görüşmelerde **sağlık personelinin** tutum ve yaklaşımlarının sigara konusunda önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır. Gebeler, sigara içtiklerini söylediklerinde sağlıkçıların sigara bırakma konusunda danışmanlık vermekten çok sözel olarak sigarayı bırakmalarını söylemeleri olumsuz bir tutuma yol açmıştır. Sağlık personelinin gebenin sigara kullanımını sınırlandırmak için öneride bulunmuş olması, gebelerin bu durumu sigara içmelerini engellemekten çok sigara için izin şeklinde algıladıkları görülmüştür. Bazı gebeler sigaranın zararları hakkında sağlıkçılardan bilgi beklediklerini fakat bilgi verilmediğini ifade etmişlerdir.

- *“Aslında ilk başta ben kendi kendime bırakmak istiyorum sağlıkçılar tarafından doktor içmemen gerek dedi kendin bilirsin dedi istersen dedi günde bir karton iç ama sana ve beğine zarar verirsin dedi ama bilgi verilmedi.”* (12. Katılımcı)
- *“Doktora ben sigara içiyorum dedim oda içmemeye bak dedi. Doktor günde dedi beşi geçirmemeye bak en azından dedi bunun dedim biri de bir beşi de bir geçiyor yani illaki oda hayır dedi senin için bebeğinin sağlığı için çok önemli beşi geçirme dedi. Hiç olmazsa süt iç peynir ye dedi çocuk beslensin dedi. O nikotini alıyor en azından*

beslenmene dikkat et çocuğa faydan olsun bende onu yapmaya başladım.” (4. Katılımcı)

- *“İlk gebeliğimde canım çok çekti sordum bende İstanbul’daki doktora bir tane içsin dedi bir daha içmesin dedi bir tane içtim ondan sonra içmeye başladım bir daha bırakamadım” (2. Katılımcı)*

Çalışmada sağlıkçıların sigara kullanımı, gebeleri sigarayı bırakma konusunda olumsuz etkilemiş ve bu nedenle verilen önerilerin ciddiye alınmadığı saptanmıştır.

- *“Doktor komşuya söylemiş geçen gün içme diye kendi de içiyor görüyoruz pek inandırıcılığı olmuyor açıkçası beş sigaraya kadar bir şey olmaz diyorlar yani onlar biraz şey oluyor ciddi gelmiyor yani öyle bir durum var güven vermiyorlar.” (9. Katılımcı)*

Gebeler sigara tüketimlerinde **sosyal çevrenin** önemli olduğunu vurgulamış ve arkadaş ortamı ve komşuluk ilişkilerinin sigara tüketimlerini arttırdığını ifade etmişlerdir.

- *“Arkadaşlarımla da çok içiyorum o çok etkiliyor. Yani ne bileyim ortama uyum sağlamak için. Onlar içemese içmem yani etkiliyor. Mesela bir komşum var çok sigara içiyor o komşum benim karşıma taşındığından beri bende sigarayı çok arttırdım hamileyim diye kedimi geri çekmeye çalışıyorum ama olmuyor o bize her geldiğinde ben de oturup içiyorum.” (11.Katılımcı)*
- *“Arkadaş ortamında sohbetle biraz fazla olabiliyor. İçiliyor o zaman.” (5. Katılımcı)*
- *“Arkadaşlarla otururken onlar yaktı mı sende yakıyorsun o zaman artıyor tabi içilen sigara.” (8.Katılımcı)*

Aile dinamikleri gebelerin sigara bırakma engelleri içerisinde önemli bir yere sahiptir. Gebeler aile bireylerinin sigara bırakma konusunda kendilerini desteklediklerini belirtmeler de eşin sigara içmesi gebenin davranışını olumsuz yönde etkilemektedir. Bazı gebeler ise sigara bırakmaları yönünde destekleyecek kimseleri olmadığını ifade etmişlerdir.

- *“Eşimde bırak diyor ama kendisi iki paket içiyor o yiyor sigarayı hani azalt artık tamamen yavaş yavaş bırak diyorum o istemiyor tabi normalde içilmemesi gereken bir şey.” (1. Katılımcı)*

- “Eşim destekler beni güzel yaklaşıyor gerçi kendisi de çok içtiği için çocuk doğduğundan beri az içiyor mutfağa gidip içer ama benim yanımda da içer tabi.” (8.Katılımcı)
- “Kimse desteklemez beni eşimde içiyor eskiden arada içme diyordu ama artık demiyor kimse bir şey demiyor.” (10. Katılımcı)
- “Sabah uyanır uyanmaz içiyorum maalesef o eşimden kalma eşim öyle içiyor bende öyle alıştım şimdi normalde ben azıma bir lokma atmadan içmezdim” (3. Katılımcı)
- “Paket almıyorum eşim benim günde 2 tane bırakıyor.” (1. Katılımcı)
- “Eşim bırakıyor sigarayı bana 2-3 tane.” (2. Katılımcı)

4.2 Araştırmanın İkinci Aşamasına İlişkin Bulgular

Çalışmanın ikinci aşamasına ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin sigara kullanımına yönelik bilgileri ve sağlık çalışanlarından bilgi alma durumlarına ilişkin veriler tablo 12’de yer almaktadır.

Tablo 12. Gebelerin sigara kullanımına yönelik bilgileri ve bilgi alma durumları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara Bırakmayı Kimin Önerdiği		
Hemşire/Ebe	5	11.9
Hekim	4	9.5
Hemşire ve Hekim	11	26.2
Önerilmedi	22	52.4
Gebelikte Sigaranın Zararları Hakkında Bilgi Verilme Durumu		
Evet	12	28.6
Hayır	30	71.4
Sigara Bırakmayla İlgili Eğitim Alma Durumu		
Evet	0	0
Hayır	42	100
Gebelikte Sigaranın Zararını Bilme Durumu		
Evet	38	90.5
Hayır	4	9.5
TOPLAM	42	100

Gebelerin sigara kullanımına yönelik bilgileri tablo 12’de yer almaktadır. Kadınların bu gebeliklerinde sağlık çalışanları tarafından sigara bırakmanın önerilme oranı %48.6 olup,

gebelerin %52.6'sına herhangi bir sağlık çalışanı tarafından gebeliklerinde sigarayı bırakmaları önerilmemiştir. Katılımcıların %28.6'sına gebelikte sigara kullanımının zararlarına yönelik sağlık çalışanları tarafından bilgi verilmiş olup, %100'üne sigara bırakmalarına yönelik bir eğitim girişimi yapılmamıştır

H-1: Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası gebelerin sigara kullanım oranları daha düşük sigara bırakma istekleri daha yüksektir.

Tablo 13. Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası gebelerin günlük içtiği sigara miktarlarının karşılaştırılması

Ölçüm	Medyan	Min	Mak	Z	P
Günlük içilen sigara miktarı önce	10.00	2.00	30.00	-5.531	0.000
Günlük içilen sigara miktarı sonra	2.00	0.00	15.00		

* Wilcoxon İşaret Testi

Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası gebelerin günlük içtiği sigara miktarlarının karşılaştırılması için bağımlı örneklerde Wilcoxon işaret testi yapılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası gebelerin günlük içtiği sigara sayısında girişim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 14. Gebelerin Sigara Bırakma Oranları

Yöntem	Sayı (n)	Yüzde %
Kendi Beyanı		
Bıraktım	18	42.9
Bırakmadım	24	57.1
İdrarda Kotinin ≤ 50 ng/mL		
Bırakan	16	38.1
Azalma var	19	45.2
Değişim Yok	3	7.1
Artış Var	4	9.5
Toplam	42	100

Katılımcıların uygulanan girişim sonrasında kendi beyanlarına göre sigarayı bırakma oranları %42.9 (n=18) olup, idrarda kotinin ölçümüne göre ise sigara bırakma oranları %38.1'dir.

Gebelerin %7.1'inde girişim öncesi ve sonrasında idrarda kotinin oranlarında bir değişim olmamış olup, %9.5'inde ise girişim sonrasında idrarda kotinin oranında artış görülmüştür.

H-2: Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası gebelerin **idrardaki kotinin seviyesi** girişim öncesine göre daha düşüktür.

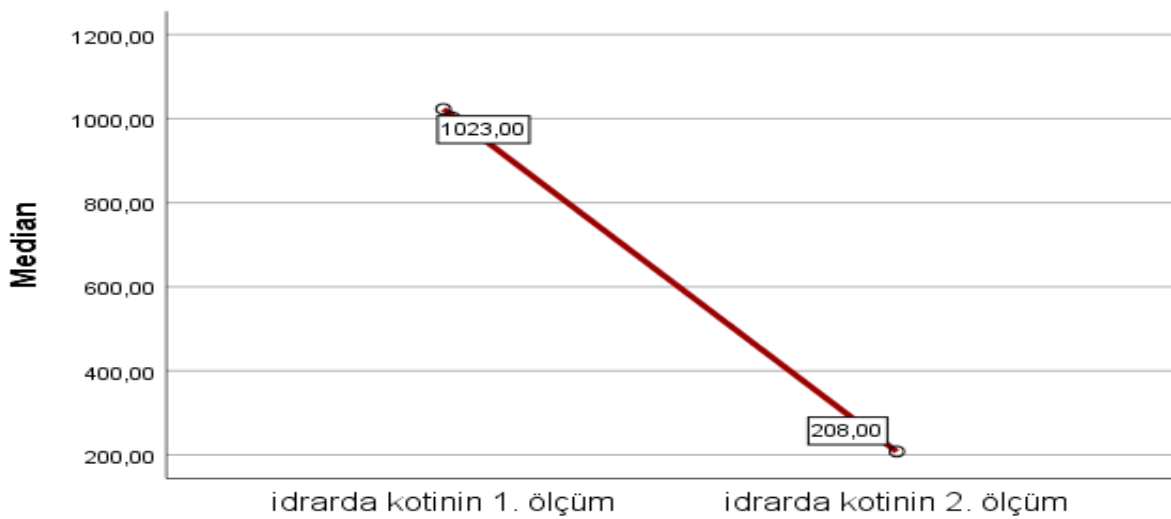
Tablo 15. Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası gebelerin idrardaki kotinin seviyesi karşılaştırılması

Ölçüm	Medyan	Min	Mak	Z	P
İdrardaki kotinin seviyesi	1023.00	62.00	2000.00	-4.839	0.000
İdrardaki kotinin seviyesi	208.00	34.00	2000.00		

**Wilcoxon İşaret Testi*

Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri gebelerin idrardaki kotinin seviyesinin girişimden önceki ölçüm değerlerinin ve girişimden sonraki ölçüm değerlerinin karşılaştırılması için bağımlı örneklerde Wilcoxon işaret testi yapılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası gebelerin idrardaki kotinin seviyesi girişim öncesine göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Grafik 1. Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin gebelerin idrardaki kotinin seviyesine etkisi



H-3: Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası gebelerin **expiryum** havasında **karbonmonoksit seviyesini** girişim öncesine göre daha düşüktür.

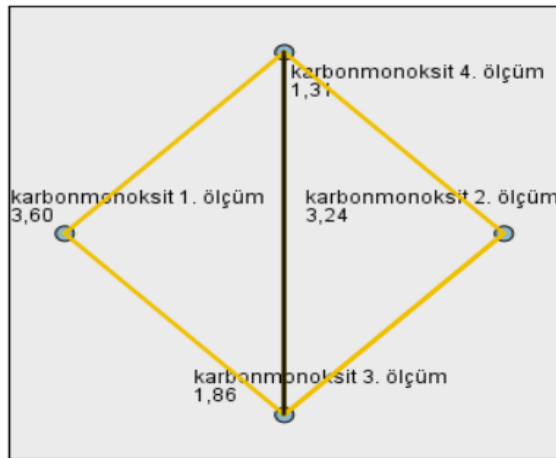
Tablo 16. Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası gebelerin expiryum havasında karbonmonoksit seviyesini karşılaştırılması

Ölçüm	Medyan	Min	Mak	F&	P	Post-Hoc
1.ölçüm	8.00	2.00	19.00	96.030	0.000	1>4.3 2>4.3
2.ölçüm	7.00	1.00	20.00			
3.ölçüm	4.50	1.00	13.00			
4.ölçüm	3.00	1.00	15.00			

*F&: Tekrarlı ölçümlerde Friedman testi

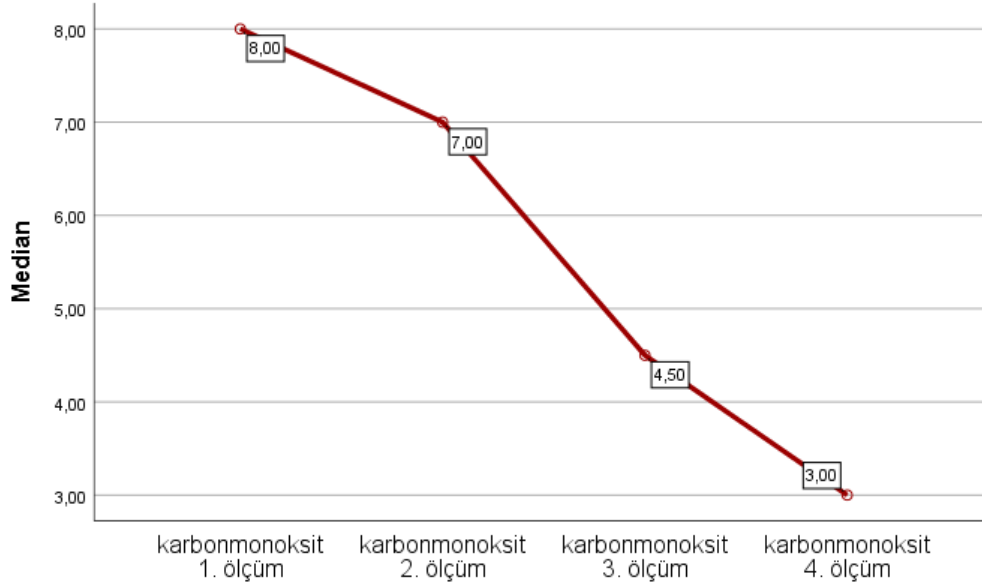
Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri gebelerin idrardaki expiryum havasında karbonmonoksit seviyesini karşılaştırılması için tekrarlı ölçümlerde Friedman testi yapılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde gebelerin karbonmonoksit ölçümlerinden en ez bir grubunun farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde, birinci ve ikinci ölçümlerin üçüncü ve dördüncü ölçümlerden daha büyük olduğu tespit edilmiştir.

Grafik 2. Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin gebelerin expiryum havasındaki karbonmonoksit seviyesindeki çoklu karşılaştırma testleri



Çoklu karşılaştırma testine ait grafikte her bir nokta o ölçüme ilişkin sıra ortalama değerlerini belirtmektedir. Ölçümler arasında sarı çizgiler istatistiksel olarak anlamlı farkı ifade ederken, siyah çizgiler anlamsız olanları ifade etmektedir.

Grafik 3. Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin gebelerin expiriyum havasındaki karbonmonoksit seviyelerine etkisi



H-4: Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası **gebelerin karboksihemoglobin seviyesini** girişim öncesine göre daha düşüktür.

Tablo 17. Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası gebelerin karboksihemoglobin seviyesini karşılaştırılması

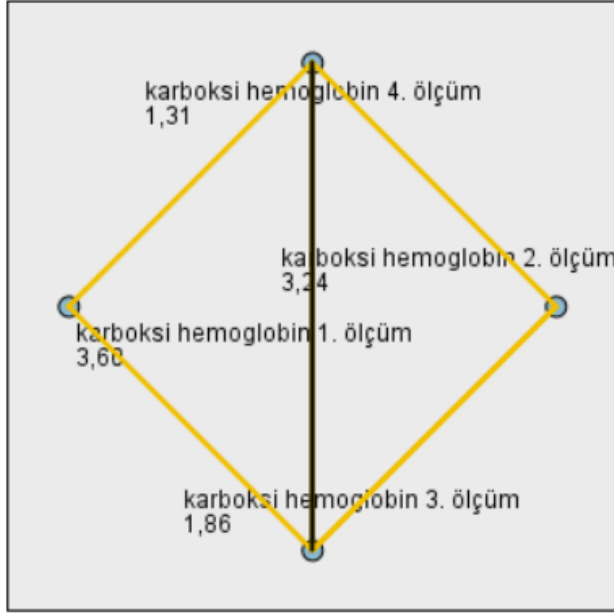
Ölçüm	Medyan	Min	Mak	F ^{&}	P	Post-Hoc
1.ölçüm	1.28	0.32	3.04	96.030	0.000	1>4.3 2>4.3
2.ölçüm	1.12	0.16	3.20			
3.ölçüm	0.72	0.16	2.08			
4.ölçüm	0.48	0.16	2.40			

*F[&]: Tekrarlı ölçümlerde Friedman testi

Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri gebelerin karboksihemoglobin seviyesini karşılaştırılması için tekrarlı ölçümlerde Friedman testi yapılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde gebelerin karboksihemoglobin ölçümlerinden en ez bir grubunun farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruplar arasında

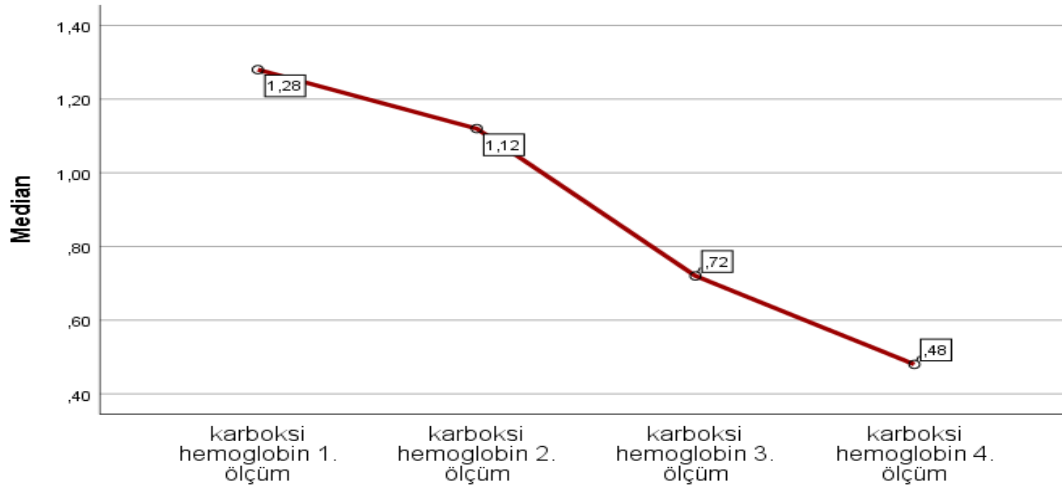
olduğunu tespit edebilmek için çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde, birinci ve ikinci ölçümlerin üçüncü ve dördüncü ölçümlerden daha büyük olduğu tespit edilmiştir.

Grafik 4. Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin gebelerin karboksihemoglobin seviyesindeki çoklu karşılaştırma testleri



Çoklu karşılaştırma testine ait grafikte her bir nokta o ölçüme ilişkin sıra ortalama değerlerini belirtmektedir. Ölçümler arasında sarı çizgiler istatistiksel olarak anlamlı farkı ifade ederken, siyah çizgiler anlamsız olanları ifade etmektedir.

Grafik 5. Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin gebelerin karboksihemoglobin seviyelerine etkisi



H-5: Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası **gebelerin karboksifetalhemoglobin seviyesini** girişim öncesine göre daha düşüktür.

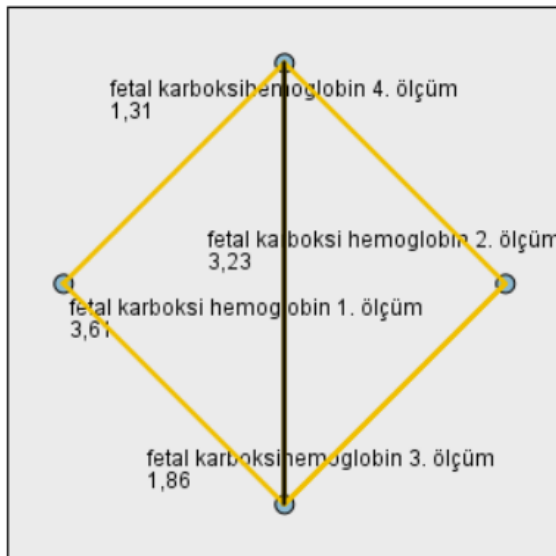
Tablo 18. Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası gebelerin karboksifetalhemoglobin seviyesini karşılaştırılması

Ölçüm	Medyan	Min	Mak	F ^{&}	p	Post-Hoc
1.ölçüm	2,50	0,63	5,95	96,023	0,000	1>4,3 2>4,3
2.ölçüm	2,19	0,31	6,26			
3.ölçüm	1,38	0,31	4,07			
4.ölçüm	0,94	0,31	4,69			

*F[&]: Tekrarlı ölçümlerde Friedman testi

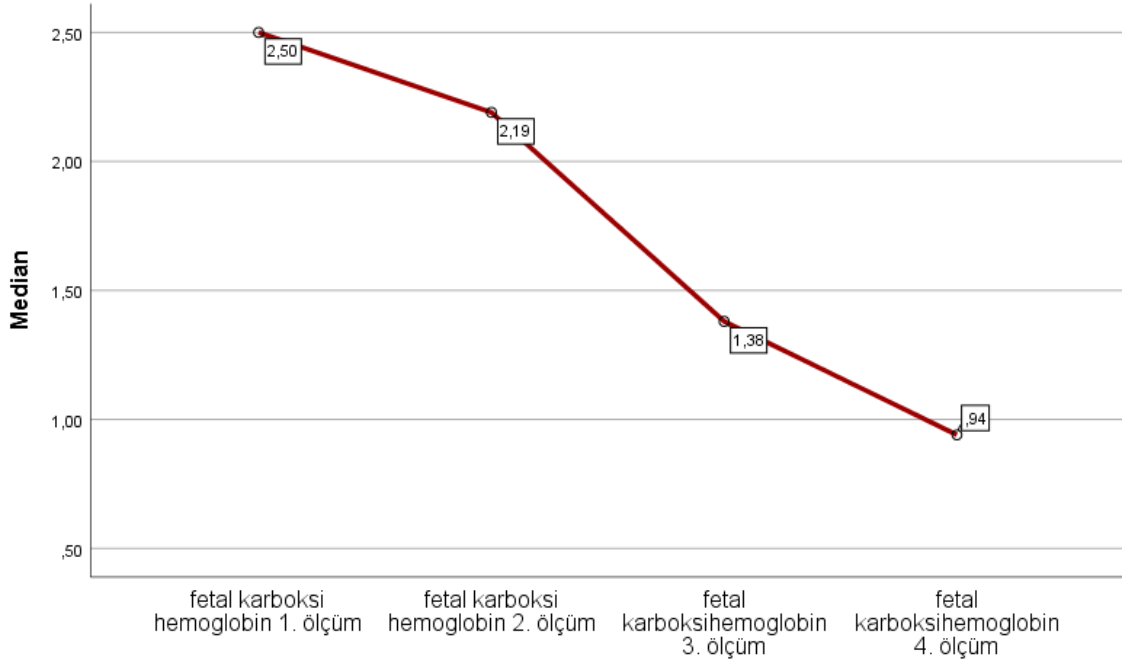
Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri gebelerin karboksifetalhemoglobin seviyesini karşılaştırılması için tekrarlı ölçümlerde Friedman testi yapılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde gebelerin karboksifetalhemoglobinin ölçümlerinden en az bir grubunun farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde, birinci ve ikinci ölçümlerin üçüncü ve dördüncü ölçümlerden daha büyük olduğu tespit edilmiştir.

Grafik 6. Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri gebelerin karboksifetalhemoglobin seviyesi çoklu karşılaştırma testleri



Çoklu karşılaştırma testine ait grafikte her bir nokta o ölçüme ilişkin sıra ortalama değerlerini belirtmektedir. Ölçümler arasında sarı çizgiler istatistiksel olarak anlamlı farkı ifade ederken, siyah çizgiler anlamsız olanları ifade etmektedir.

Grafik 7. Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri süresince gebelerin karboksifetalhemoglobin seviyeleri



H-6: Sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası gebelerin sigarayı bırakmaya yönelik niyetin olmadığı dönemden diğer **değişim aşamalarına geçiş oranı** girişim öncesine göre daha fazladır.

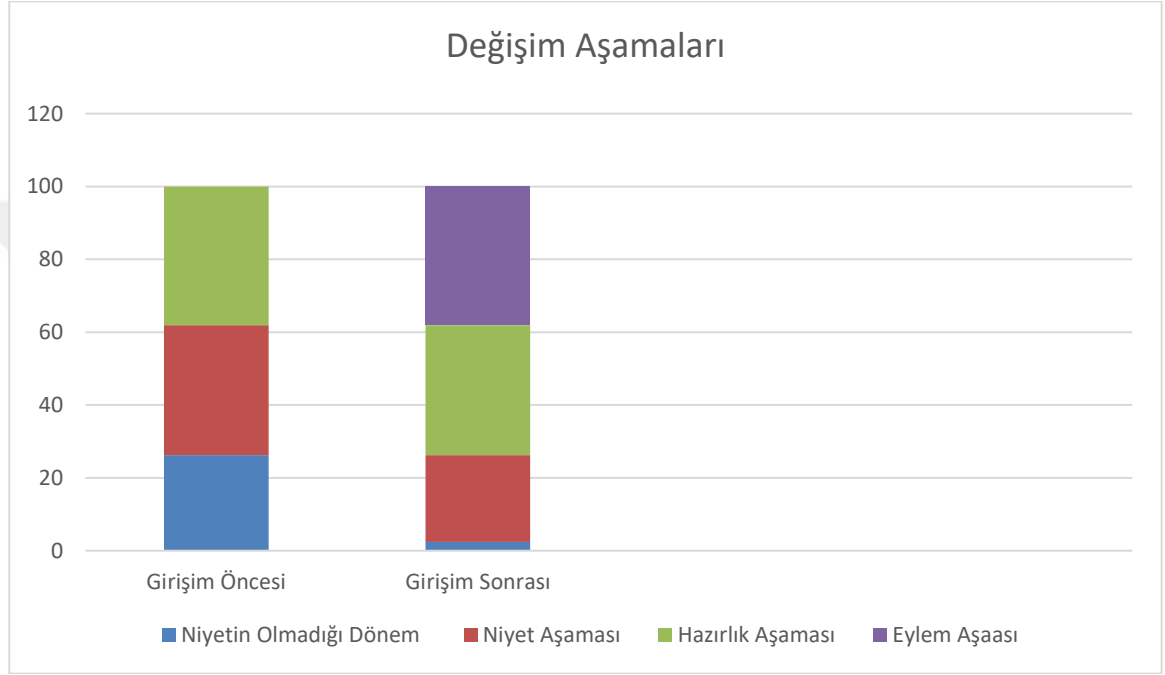
Tablo 19. gebelerin girişim öncesi ve sonrası değişim aşamaları

Değişim aşaması	Girişim Öncesi		Girişim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde %	Sayı (n)	Yüzde %
Niyetin Olmadığı Dönem	11	26.2	1	2.4
Niyet Aşaması	15	35.7	10	23.8
Hazırlık Aşaması	16	38.1	15	35.7
Eylem Aşaması	0	0	16	38.1
Toplam	42	100	42	100

Gebelerin girişim öncesi ve sonrasında değişim aşamaları Tablo 23'te verilmiştir. Çalışma öncesinde gebelerden eylem aşamasında kimse bulunmazken çalışma sonrasında %38.1'i eylem aşamasına geçmiştir. Çalışma öncesinde gebelerin %26.2'si niyetin olmadığı

aşamadayken çalışma sonrasında bu oran %2.4'e düşmüştür. Çalışma öncesinde gebelerin %35.7'si niyetin aşamasında, %38.1'i hazırlık aşamasındayken, çalışma sonrasında bu oran niyet aşaması için %23.8'e, hazırlık aşaması için %35.7'ye düşmüştür.

Grafik 8. Gebelerin girişim öncesi ve sonrası değişim aşamaları



H-7: Gebelere sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında “Gebe Kadınlarda Tütün Kullanımı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” algı puanları girişim öncesine göre daha yüksektir:

- Duyarlılık algısı
- Ciddiyet algısı
- Yarar algısı
- Öz etkilik algısı
- Motivasyon algısı

H-8: Gebelere sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında “Gebe Kadınlarda Tütün Kullanımı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” engel algı puanı girişim öncesine göre daha düşüktür.

Tablo 20: Gebelere sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında “Gebe Kadınlarda Tütün Kullanımı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” normal dağılım göstermeyen algı puanlarının girişim öncesine göre karşılaştırılması

Ölçüm	Medyan	Min	Mak	Z	P
Duyarlılık Algısı					
Ön Test Duyarlılık Algısı	18.50	5.00	25.00	-5.306	0.000
Son Test Duyarlılık Algısı	25.00	15.00	25.00		
Ciddiyet Algısı					
Ön Test Ciddiyet Algısı	21.50	6.00	30.00	-5.134	0.000
Son Test Ciddiyet Algısı	27.00	18.00	30.00		
Yarar Algısı					
Ön Test Yarar Algısı	15.00	6.00	15.00	-3.762	0.000
Son Test Yarar Algısı	15.00	12.00	15.00		
Motivasyon Algısı					
Ön Test Motivasyon Algısı	11.00	4.00	20.00	-5.352	0.000
Son Test Motivasyon Algısı	18.00	8.00	20.00		

**Wilcoxon İşaret Testi*

Gebelere sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında “Gebe Kadınlarda Tütün Kullanımı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” algı puanları girişim öncesine göre karşılaştırılması için bağımlı örneklem Wilcoxon işaret testi yapılmıştır. Test sonuçları incelendiğinde algı puanlarının tamamı için ilk ölçüm ve son ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Gebelere sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında “Gebe Kadınlarda Tütün Kullanımı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” **duyarlılık, ciddiye, yarar ve motivasyon algı puanları** girişim öncesine göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 21. Gebelere sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında “Gebe Kadınlarda Tütün Kullanımı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” normal dağılım gösteren algı puanlarının girişim öncesine göre karşılaştırılması

Ölçüm	Ortalama	SS	Ortalamalar farkı	t	P
Engel Algısı					
Ön Test Engel Algısı	24.52	4.18	11.48	11.300	0.000
Son Test Engel Algısı	13.42	5.18			
Öz Etkinlik Algısı					
Ön Test Özetkililik Algısı	7.88	2.58	-4.81	-11.254	0.000
Son Test Özetkililik Algısı	12.69	1.94			

**Bağımlı Örneklem T Testi*

Gebelere sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında “Gebe Kadınlarda Tütün Kullanımı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” algı puanları girişim öncesine göre karşılaştırılması için bağımlı örneklem t testi yapılmıştır. Test sonuçları incelendiğinde algı puanlarının tamamı için ilk ölçüm ve son ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Gebelere sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında “Gebe Kadınlarda Tütün Kullanımı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” **öz etkinlik algı puanları** girişim öncesine göre daha yüksek bulunmuş, **engel algı puanları** ise girişim öncesine göre daha düşük bulunmuştur.



5. TARTIŞMA

5.1. Araştırmanın Birinci Aşamasına İlişkin Tartışma

5.1.2 Bireysel Tutum ve Davranışlar

Çalışmada, stresle baş etmede yetersizliğin yoksul gebelerin sigara bırakmasında engelleyici olduğu saptanmıştır. Stresle başa çıkmada yetersizlik yaşadığında gebelerin, rahatlamak, teselli ve çözüm arayışı sebebiyle sigara içtiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da, gebelerin stresle başa çıkma aracı olarak sigarayı kullandıkları ve sigara içmenin stresi azalttığı ve gevşeme fırsatı sağladığı belirtilmektedir (Crittenden ve ark, 2007; Doğu ve Ergün, 2008; Wood ve ark, 2008;). Düşük sosyoekonomik düzey, yetersiz eğitim, gebelikte yaşanan anksiyete ve psikososyal stresin sigara kullanımını arttırdığı bilinmektedir (Jabbour ve ark., 2008; Schneider ve ark. 2008). Yoksul kadınların strese daha fazla maruz kalması, stresi nasıl yönetebileceğini bilmemesi ve bu durumun gebelik sürecin de devam etmesi, gebelikte sigara kullanımını kaçınılmaz hale getirmektedir (Ergül, 2005). Çalışmada yoksul gebelerde stres yaratan durumların, özellikle, maddi imkânsızlıklar ve aile yakınları ile tartışmalar ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Türkiye genelinde 2002 yılında yapılan araştırmada da, evlilik ilişkisi, karşı cinsle olan ilişki, mesleki ve parasal sorunlar ile yaşanan kayıplar kadınların en sık karşılaştığı stres etkenleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ünal ve ark., 2002).

Gebelerin bağımlılık algılarının mevcut bağımlılık düzeyleri ile farklılık göstermesi ve yoksunluk belirtileri yaşamaları sigara bırakmada engeller olarak ortaya çıkmaktadır. Gebelerin bir kısmı bağımlılıklarının farkında olsalar da diğer bir kısmı bağımlı olduklarını kabul etmemekte ve eğer isterlerse sigarayı bırakabileceklerini söylerken diğer yandan da her gün mutlaka sigara içmelerinin gerektiğini belirtmişlerdir. Hamilelikle ilgili hormonal veya diğer fizyolojik değişikliklerin nikotin bağımlılığını hangi ölçüde etkileyebileceği veya kötüleştirebileceği de tartışma konusu olup net değildir (Lynch ve Sofuoğlu, 2010).

Gebelerin sigara temin etmek için farklı yöntemlere başvurması yoksul olmalarının sigarayı bırakmaları için bir kolaylaştırıcı faktör olmadığını göstermektedir. Wood ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında sigaranın maliyeti sigara tüketiminde olumsuz bir faktör olarak belirtilse de gebelerin genellikle sigara satın almak için yiyecek gibi diğer giderlerde kısıtlama yaptıkları belirtilmiştir (Wood ve ark., 2008). Bu çalışmada da gebelerin bağımlılık

düzeylerinin yüksek olması sigara temin etmede belirli ekonomik koşullarını zorlayarak sigara için zorunlu bir bütçe ayırmalarına neden olmaktadır.

Çalışmamızda gebelerin sigara bırakma yöntemlerine, sigaranın gebe ve fetüse zararlarına ilişkin bilgi eksikliklerinin olması sigarayı bırakmaları açısından engelleyici olarak bulunmuştur. Literatürde sigaranın etkileri hakkında daha az bilimsel bilgiye sahip olan kadınların gebelikte sigara içmeyi bırakmada başarısız oldukları görülmekte ve daha fazla bilgi edinmeye gereksinimleri olduğu bildirilmektedir (Semiz ve ark., 2006; Aktaş ve Güler 2007, Grange ve ark., 2006). Buna karşın gebelerin sigarayla ilişkili potansiyel sağlık riskleri hakkında bilgiye sahip olmalarının gebeleri sigara bırakmada motive etmek için yeterli olmadığı da belirtilmektedir (Ingall ve Cropley, 2010).

Gebelerin; sigara bırakmayı deneyip başarısız olmaları, bırakmaya çalıştıklarında emeklerinin boşa gideceği düşüncesi, bırakamama korkusu öz-yeterliliklerinin düşük olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle öz-yeterliliklerinin düşük olması bırakma engelleri içinde yer almaktadır. Yüksek öz-yeterliliğin sigara içme olasılığını azalttığı, gebelikte sigarayı bırakmak ile öz-yeterlilik algısının yükselmesi arasındaki doğrusal ilişki literatür tarafından da desteklenmektedir (Stotts ve ark., 2004; Slade, 2006; Maxson ve ark., 2012). Karatay (2007) gebelikte sigarayı bırakan kadınların öz-yeterliliklerinin bırakamayan gebelere göre daha yüksek olduğunu saptanmıştır (Karatay, 2007). Literatürde Öz-yeterlilik algısı bireyin önceki deneyimleriyle de ilişkili olduğundan gebeler, öz-yeterliliği artıran girişimler ile desteklenerek yaşam tarzlarını değiştirmeleri için cesaretlendirilmelidir (Miller ve Rollnick, 2002).

Gebelerin sigarayı bırakmanın ilahi bir güç aracılığıyla olabileceğine dair inanışları ve kaderci yaklaşımları sigara bırakmak için bir girişimde bulunmalarına engel teşkil etmektedir. Literatürde gebelikte sigara içme ve kadercilik yaklaşımı ile ilgili çalışmaya ulaşılamamıştır. Kadercilik, yaşamda olup biten her şeyin önceden doğaüstü bir gücün iradesiyle belirlendiği, çaba harcayarak ya da önceden harekete geçerek bu belirlenmişliğin dışına çıkılamayacağı şeklinde tanımlanmaktadır (Kasapoğlu, 2008; Sobol-Kwapinska, 2013). Kadınlarda yoksulluk ve düşük eğitim düzeyi kadercilik duygusuna yol açtığı ve kaderci yaklaşımın bireylerin davranış değişimini etkileyen önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir (Holdroy ve ark., 2004; Bahar, 2009).

Gebeler sigara içimiyle ilişkili aktiviteleri gün içine dağıtarak "rutin" veya "alışkanlık" olarak tanımlamışlardır. Sigara içmenin günlük rutinlerinin bir parçası olması sigara bırakma açısından engelleyici bir faktördür. Çalışmamızda kahve gibi hatırlatıcıların sigara içme davranışını tetiklediği saptanmıştır.

Katılımcıların sigaranın zararlarına ilişkin düşük duyarlılık algısı sigara içme davranışını olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle ilk gebeliğinde sorun yaşamayan sigara bağımlısı yoksul annelerin sigaranın zararları açısından duyarlılıkları çok düşüktür. Haslam ve Draper'in (2001) çalışmasında da gebeler sigaraya bağlı sağlık risklerinin farkındayken, yarısı kendileri ve başkaları tarafından daha önce yaşanan komplikasyonsuz gebelikleri gerekçe göstererek bu risklerden endişeli olmadıklarını belirtmişlerdir (Haslam ve Draper; 2001). Bu durum katılımcıların sigaranın zararları konusunda bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir.

Gebelerin düşük duyarlılık algısına karşın sigarayı “zararlı bir şey” olarak tanımlamaları, sigara içtikleri için bebeklerine karşı derin bir suçluluk duymalarına yol açmıştır. Literatürde de kadınların gebeliklerinde sigara içmekten suçluluk ve utanç duydukları ve gebelikte sigara içimlerini damgalanmamak nedeniyle gizledikleri bildirilmektedir (Nichter ve ark, 2007; Wigginton ve Lee; 2012; Murray ve ark., 2014). Çalışmada gebelerin damgalanmak gibi bir endişe duymadıkları ve saklama ihtiyacı gütmedikleri görülmüştür.

Çalışmamızda yoksul gebeler sigara içme davranışlarını mantıklı bir nedene bağlama ihtiyacı duymaktadırlar ve gebelerin bir kısmı gebelikte içilen sigara artışını sigara aşermeye bağlamaktadırlar. Literatürde de gebelerin sigaranın riskleri inkar ederek veya sigara içimini akla yatkın hale getirerek sigara bırakma davranışını engelledikleri ve bazı gebelerin sigaranın risklerine karşı 'kişisel başışıklığa' sahip olduğuna dair inançları olduğu bildirilmektedir (Haslam ve Draper; 2001). Çalışmada gebelerin sigara içmeyi mantıklı bir nedene bağlamaları suçluluk duygularını bastırmalarına yardımcı olmaktadır.

5.1.2. Kişiler Arası Faktörler

Çalışmamızda bazı gebeler sigaranın zararları hakkında sağlıkçılardan bilgi beklediklerini fakat bilgi verilmediğini ifade etmişlerdir. Marakoğlu ve Sezerin (2003) çalışmasında gebeliklerinde sigara içenlerin, aldıkları öneri ve destek oranlarının düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde gebe kadınların, sağlık hizmeti sunucularından yeterli sigarayı bırakma yardımı ve önerisi almadıklarından şikayet ettikleri bildirilmektedir (McCurry ve ark.,

2002; Haslam ve Draper, 2001). Bu durum; sigaranın risklerine yönelik düzenli sağlık hizmeti almadığını ve alanların da yeterli bırakma desteği alamadıklarını düşündürmektedir. Özellikle gebeler, sigara içtiklerini söylediklerinde sağlıkçıların sigara bırakma konusunda danışmanlık vermekten çok sözel olarak sigarayı bırakmalarını söylemeleri olumsuz bir tutuma yol açmıştır. Sağlık personelinin gebenin sigara kullanımını sınırlandırmak için belirli bir sayıda sigara içimi konusunda öneride bulunmuş olması, gebelerin bunu sigara içmeleri için izin şeklinde algılamalarına neden olmuştur.

Katılımcıların sigara tüketimlerinde sosyal çevrenin önemli olduğunu vurgulamış, komşuluk ve arkadaşlık ilişkilerinin sigara tüketimlerini arttırdığı görülmüştür. Kadınların gebelik sırasında sigara içmeyi bırakma girişimlerinde arkadaşlarının önemli bir rol aldığı fakat sağladıkları desteğin sigara içimi veya sigara bırakma yönünden değişiklik gösterebildiği bilinmektedir (Koshy ve ark., 2010). Buna ek olarak, sigara genellikle arkadaşları ve aileleri arasında bir sosyal etkinlik olarak kullanıldığı için, sigara bırakma konusunda beklentileri ve görüşleri büyük ölçüde etkilenmektedir (Dunn, 2004; Wood ve ark., 2008). Sosyal desteğin sigara bırakma davranışı açısından kolaylaştırıcı bir faktör olduğu gebelerin eşlerinin ve arkadaşlarının bırakma girişimlerinde rol almasıyla daha da etkili olacağı görülmüştür. Düşük gelirli gruplarda, hamilelik sırasında, aile ve arkadaşların bırakmaya karşı aktif olarak rehberlik sağlayabileceği literatürle de uyumludur (Thompson ve ark., 2004). Özellikle aile ve akranların görüş ve davranışları bireylerin temel kültürel değerlerini ve normlarını etkilediğinden sigara içme şekillerini etkilediği bilinmektedir (Nichter, 2003). Sağlık çalışanları bu kişilerle etkileşim kurarak bırakmanın faydaları hakkında daha fazla farkındalık yaratabilir. Bu da, gebelerin sağlığı ve bebeğinin sağlığı konusundaki endişelerini destekleyerek sigarayı bırakma motivasyonunu artırmaya yardımcı olabilir (Ruggiero ve ark., 2003; Koshy ve ark., 2010).

Gebelerin büyük bir kısmı aile bireylerinin sigara bırakma konusunda kendilerini desteklediklerini belirtirler de eşlerin sigara içmesi olumsuz bir tutuma yol açmaktadır. Marakoğlu ve Sezerin (2003) yaptığı çalışmada eşleri sigara içen kadınların gebelikte sigara içme oranı eşi sigara içmeyenlere oranla yüksek bulunmuş, eşinin sigara içmesi kadının sigaraya başlamasını kolaylaştırabileceği gibi sigara içen bir kadının bırakmasını zorlaştıracığı gösterilmiştir. Thompson ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında; sigarayı bırakmaya karar verdikleri takdirde gebelerin eşlerinden önemli ölçüde destek bulacakları ancak, bu desteğin gerçek bir destek olmadığını eşlerinin göstermelik bir destek sunduğunu belirtilmiştir. Mevcut

araştırmalar, sigarayı bırakmaya çalışan gebelerin sigara içilmeyen bir ailede ya da sigarayı bırakmaya çalışan bir eşi ile daha başarılı bir sonuç elde ettiğini göstermektedir (Park ve ark., 2004; de Vries ve ark., 2006; Pollak ve ark., 2006). Çalışmamızda özellikle gebeler, eşlerinin sigarayı bırakmalarında en büyük destekleyicileri olacağını belirtmişlerdir fakat sigara temin etme yolları irdelendiğinde gebelerin büyük bir kısmında eşlerinin işe giderken gebeye günlük içeceği miktarda sigara bırakması ve işten dönünce gebe ile birlikte sigara içmesi eşin sigara içimini destekleyen bir algı yaratması açısından sigara bırakmada engelleyici bir tutum oluşturmaktadır.

5.2. Araştırmanın İkinci Aşamasına İlişkin Tartışma

Yoksul gebelere uygulanan sigara programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptığımız çalışmamızda gebelerin %52.4'üne sağlık çalışanları tarafından sigarayı bırakmaları önerilmemiş, %71,4'üne gebelikte sigara kullanımının zararlarına yönelik bilgi verilmemiş olup hiçbir gebeye sigara bırakmalarına yönelik bir girişim uygulanmamıştır. Ketten (2009) Sivas'da yaptığı çalışmada gebelerin %61.2'sine prenatal izlemlerde sigara kullanıp kullanmadığını sorulmadığını, %73.6'sı sigaranın zararları konusunda herhangi bir bilgi verilmediğini, %72.9'u ise prenatal izlemlerde sigarayı bırakmasının tavsiye edilmediğini belirtmiştir. Aydın'da aile sağlığı merkezlerinde yapılan bir çalışmada gebe kadınların sadece %33.2'sinin gebelik izlemlerinde sigara ile ilgili eğitim aldığı belirtilmiş olup sigara içmeyi bırakan gebelerin hiç biri bırakma konusunda hemşirelerden tavsiye ya da destek almadığını belirtmiştir (Sönmez, 2015). Benzer şekilde ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da gebeliklerinde sigara içen kadınların sigara bırakma konusunda bir sağlık çalışanından yeterli bırakma tavsiyesi ve desteği almadıkları saptanmıştır (Doğu ve Ergin, 2008; Marakoğlu ve Erdem, 2007; Marakoğlu ve Sezer, 2003). Bu çalışmanın ve literatürün benzer sonuçları gebe izlemlerinde sigara kullanımının sorgulanması, sigarayı bırakmaya yönelik tavsiyede bulunulması ve gebelere bu konuda danışmanlık hizmeti verilmesinde yetersizlik olduğunu göstermektedir. Sağlık çalışanlarının iş yüklerinin fazla olması, yoğun bir şekilde poliklinik hizmetlerinin verilmesi, kişi başına ayrılan zamanın sınırlı olması gibi ve sigarayı bıraktırmada uygulanan girişimlerin yetersiz olacağı düşüncesi nedeniyle gebelikte sigara kullanımına yönelik eğitim ve danışmanlık vermede olumsuz tutum ve davranışları olabilir. Karakuş'un (2007) İzmir'de ebe ve hemşirelerin, gebelerde sigara içiminin azaltılması ve sigara dumanından korunmadaki rollerinin incelenmesi ve geliştirilmesine yönelik yaptığı çalışmada

da “Sigaradan korunmayla ilgili bilgi verecek zamanımın olmadığını düşünüyorum” önermesine ebe ve hemşirelerden oluşan girişim grubunun %29.4’ü, kontrol grubunun %55.6’sı “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiş, “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 vermiş, “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. Sağlık personelinde sigara bağımlılığının yüksek olması da sigara kullanan gebe kadınlara yönelik sigara bırakma programlarının uygulanmasında olumsuz tutum ve davranış gelişimine neden olduğu düşünülmektedir. 2008 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması’nda hekimlerin %22’sinin, hemşire ve ebelerin %30’unun sigara bağımlısı olduğu saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2010). Literatürde hemşire ve ebe eğitimi tabanlı gebelerde sigara bırakma çalışmalarında doğum öncesi bakımda doğru danışmanlık verilmesinin, gebelikte içilen sigara miktarını azalttığı ve bırakmayı sağladığı gösterilmiştir (Gebauerve ark., 1998, Lawrence ve ark, 2003; Rigotti ve ark., 2006). Çalışmamızın birinci aşamasında gebeler yapılan derinlemesine bireysel görüşmelerde sağlık personelinin tutum ve yaklaşımlarının sigara bırakma konusunda önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır. Gebeler, sigara içtiklerini söylediklerinde sağlıkçıların sigara bırakma konusunda danışmanlık vermekten çok sözel olarak sigarayı bırakmalarını söylemeleri olumsuz bir tutuma yol açmıştır. Sağlık personelinin gebenin sigara kullanımını sınırlandırmak için günde üç veya beş sigara içebilecekleri önerisinde bulunmuş olması, gebelerin bu durumu sigara içmelerini engellemekten çok sigara için izin şeklinde algıladıkları görülmüştür.

Çalışmamızda sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası sigarayı bırakmayan gebelerin günlük içtiği sigara sayısında girişim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu tespit edilmiştir. Malchodi ve arkadaşları tarafından (2003) Hartford’da 142 gebe ile yapılan çalışmada, 36 hafta boyunca kontrol grubuna 4A danışmanlığı, deney grubuna ise ortalama 6 kez akran danışmanlığı verilmiştir. Deney grubunda günlük sigara içme sayısı 9.1 oranında, kontrol grubunda ise 4.5 oranında azalmıştır. Koyun’un (2013) çalışmasında da sigarayı bırakmayan deney grubundaki kadınların kontrol grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde sigarayı azalttıkları belirtilmiştir. Literatürde Transteoritik Model tabanlı eğitimlerde sigara bırakma programının sonunda, birey sigarayı bırakma davranış değişimini gerçekleştirmemiş olsa da içilen sigara sayısını azaltmış ise; bireyin tekrar

değişime karar vermesi durumunda başarı şansını arttıracakı öngörülmektedir (Velicer ve ark. 1998, Özdemir ve Taşçı 2013 Taş, F., Seviğ, E. Ü., & Güngörmüş, Z. 2016). Bizim çalışmamızda da sigara kullanmaya devam eden gebelerde davranış değişimini gerçekleştirememiş olsa da, bir günde içilen sigara sayısını azaltmasının ilerleyen takiplerde sigarayı bırakma olasılığını artıracakı düşündürmektedir.

Katılımcıların sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında kendi beyanlarına göre sigarayı bırakma oranı %42.9'dur. Hemen hemen tüm tütün ürünleri önemli konsantrasyonda nikotin içermektedir (Tang ve ark., 2013). Nikotin önemli bir metaboliti olan kotinin, kan, idrar ve tükürük gibi çeşitli vücut sıvılarında kolayca tespit edilebilir ve diğer biyokimyasal testlerden daha fazla duyarlılığı ve özgüllüğü nedeniyle tütün kullanıcıları ile kullanıcı olmayanlar arasında ayırım yapmak için en sık kullanılan belirteçtir (Kulza ve ark. 2012; Parker ve ark., 2002, Balhara ve Jain, 2013). Yaygın olarak kullanılan bir biyo belirteç idrar kotinin düzeyidir, çünkü kotinin konsantrasyonları idrarda kan veya tükürüktekinden dört ila altı kat daha yüksektir (Tang ve ark., 2013; Balhara ve Jain, 2013). Non invazif olması, rutin gebelik izlemlerinde idrar örneğinin alınmasını gerektiren takiplerin olması ve tükürükte yapılan kotinin testine göre ülkemizde maliyetinin daha düşük olması nedenleriyle idrardaki kotinin değerlendirildiğimiz çalışmamızda gebe kadınların idrarda kotinin ölçümüne göre sigara bırakma oranları %38.1 olarak saptanmıştır. Kendi beyanlarına göre sigara bırakma oranlarının kotinin seviyesine göre daha yüksek olmasının nedeni gebelerin sigara bağımlılıklarını gizleme eğiliminde olmaları ve etiketlenmekten korkmaları olabilir. Bu durum davranış değişikliği çalışmalarında biyo belirteç kullanımının gerekliliğini göstermektedir. Bu durumun bir diğer nedeni ise gebelerin maruz kaldıkları yüksek düzeydeki ikinci el sigara dumanı ve çevresel sigara dumanından kaynaklandığı da düşünülmektedir. Çalışmamızda sigara bırakma kriteri olarak idrarda kotinin için kesme noktasını 50 ng/ml olarak düşük düzeyde belirlemiş olmamız sigara dumanına maruziyetin görünür olmasını kolaylaştırdığını düşündürmektedir. Amerika'da bir kadın doğum polikliniğine gelen gebelerin sigara içme durumları sorgulanmış ve idrar örnekleri alınmıştır. Çoğu gebe kadının sigara içtiğini açıkladığı ve sigara içmeyenlerin çoğunun önemli ölçüde ikinci el sigara dumanına maruz kaldığı saptanmıştır (Swamy ve ark., 2011). Gebe kadınlarda rutin idrarda kotinin taraması, sigara kullanıcısı olmasalar bile ikinci el sigara dumanına maruziyeti hakkında uygun şekilde danışmanlık verilmesine yardımcı olabilir. Çalışmamızda eşlerin %71.4'ünün gebenin yanında sigara içtiğini belirtmiş olması, %47.5 oranı ile evin her yerinde sigara içiliyor olması,

gebelerin %59.5'inin pasif içiciliği tanımlayamsı sigara dumanına maruziyetinin grubumuzda fazla olduğunu düşündürmektedir.

Kişinin sigara içip içmediğini değerlendirmeye yardımcı, hızlı ve invaziv olmayan bir biyokimyasal yöntem olan expiryum havasında karbonmonoksit, karboksihemoglobin ve karboksifetalhemoglobin seviyeleri değerlendirilmesi gebelerde çalışmamız süresince dört kez ölçülmüş olup girişim öncesine göre istatistiksel olarak anlamdı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Ölçümler incelendiğinde, birinci ve ikinci ölçüm karbonmonoksit, karboksihemoglobin ve karboksifetalhemoglobin seviyelerinin üçüncü ve dördüncü ölçümlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. İngiltere yayınladığı ulusal sağlık kılavuzunda hamileliğin başlarında rutin ekshalasyon karbon monoksit (CO) testi kullanılarak tüm hamile kadınların sigara içme durumlarının değerlendirilmesini önermekte CO seviyesi 7 ppm'in üzerindeki gebeleri sigara bırakma kliniğine sevk etmektedir (Nice, 2010). Biz de çalışmamızda co ölçümlerini hem gebelerin sigara bırakmadaki motivasyonları arttırmak için hem de sigara içiciliklerinin takibi açısından kullandık. CO seviyesi 4 saatten daha kısa sürede %50 düşebileceğinden biz de bu neden çalışmamızda bir kesme noktası belirlemeden ölçümler arasındaki farkı değerlendirmeyi uygun gördük (Nice, 2010),

Scott ve McIlvain tarafından (2000) Omaha'da yürütülen çalışmada 154 gebeye 12 ay süreyle broşür dağıtımı, yüzyüze görüşme, sms gönderimi ve video gösterimli eğitim uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda video gösterimli eğitim sonucu sigara bırakmada artış gözlemlenmiş olup biyokimyasal olarak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Süreç boyunca gebelerden 2 kere tükürük örneği alınarak yapılan sigara bırakma değerlendirmesinde, kontrol grubunda bulunan 74 kişiden 4'ü, deney grubunda ise 79 kişiden 8'i sigarayı bırakmıştır. Stotts ve arkadaşları tarafından (2004) Houston'da yürütülen çalışmada, en az 16 yaşındaki ve 28 haftadan az gebelik süresi olan 54 gebeyle 8 hafta süresince 1 yüz yüze görüşme, 3 kez telefonda motivasyonel görüşme ve 1 geribildirim görüşmesi olarak toplamda 4 görüşme yapılmıştır. Transteoritik Model'in ve tükürükte kotinin ölçümünün kullanıldığı çalışma sonucunda, kontrol grubunda sigara bırakma oranı %18 iken, deney grubunda %14.3 tür. Bu çalışma sonucunda motivasyonel görüşmelerin gebeleri sigara bırakma konusunda olumlu olarak etkilediği belirlenmiştir. Solomon ve arkadaşları tarafından (2000) Vermont'da yapılan çalışmada, 151 gebeye yüzyüze görüşme, yazılı broşür ve telefonla görüşme olmak üzere girişimler uygulanmıştır. Kontrol grubunda yer alan gebeler ile sadece yüzyüze görüşme

yapılırken, deney grubundakilerle ortalama 13 kez telefonla görüşülmüştür. Bu gebelere idrar da kotinin ölçümü yapılmıştır. Kontrol grubundaki gebelerin %14.9'u, deney grubundakilerin ise %18.2'si sigarayı bırakmıştır. Çalışma sonucu gebelerin telefonla görüşme yöntemi ile desteklenmesinin girişimin başarısını arttıracak belirlenmiştir. Cochrane'de yayımlanan bir sistematik derlemede ise gebeler ile telefon görüşmesi yapılmasının sigara bırakma üzerinde güçlü bir kanıtı bulunamamıştır, fakat bu kadınların diğerlerine göre hamileliğin son döneminde yada hamilelik sonrası daha az sigara içtikleri saptanmıştır (Lavender ve ark., 2013). Windsor ve arkadaşlarının (2000) Alabama'da 265 gebe ile yürüttükleri çalışmada 139 kişi deney grubu, 126 kişi ise kontrol grubu olarak ayrılmıştır. İki grupta standart risk bilgilendirme metni ile bilgilendirilmiş ve sigarayı bırakmaları önerilmiştir. Deney grubuna ek olarak, video kaset terapisi, kanıta dayalı eğitim yöntemleri ve kısa görüşme terapileri uygulanmıştır. Deney grubundaki gebelerin kontrol grubuna göre daha yüksek bir sigara bırakma yüzdesine sahip oldukları saptanmıştır (%17.3-%8.8). Cluss ve arkadaşları tarafından (2011) Pittsburg'da yürütülen çalışmada, 856 kişilik deney grubundaki gebelerin %93'ü sigara içen ve %7'si yakın zamanda bırakmış kişilerden oluşmaktadır. Gebelere tek grup halinde kanıta dayalı müdahale ile stresle başa çıkma yöntemleri, problem çözme ve motivasyonel görüşme terapileri ortalama 4.7 görüşme ile uygulanmıştır. Gebelerde, ilk terapiden sonra %5 toplamda ise %1'lik bir sigara bırakma oranı saptanmıştır. Çalışmamızda sigara bırakma oranının %38.1 olması; yoksul gebe kadınların rutin gebe izlemleri de dahil olmak üzere ASM'leri istendik düzeyde kullanmamalarına karşın, gebelere ulaşmak için gerekli durumlarda evlerine gidilmesi, kadınların görüşmelere katılımının arttırılması için onlardan gelen görüşme zamanı ve yer önerilerine göre planlamaların yapılması, kadınların tekrarlı şekilde telefon ile aranarak programa katılımları konusunda cesaretlendirilmesinden ve müdahale programının gebelere göre kişiselleştirilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Koyunun (2013) Konya'da Transteoritik Model'e göre hazırladığı yetişkin kadınlara yönelik sigara bırakma programı sonucunda deney grubundaki kadınların %13.2'sinin sigarayı bıraktığı, kontrol grubunda ise kadınların sigarayı bırakmadığı saptanmıştır. Yine aynı çalışmada kadınlar ile yapılan telefon görüşmelerinde eğitimin kadınların sigara bırakma davranışları üzerinde etkisinin olduğu katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Cochrane'de yayımlanan bir sistematik derlemede motivasyonel görüşme tabanlı 37 sigara bırakma çalışması değerlendirilmiş; çalışmanın sonucunda motivasyonel görüşmenin diğer sigara bırakma yöntemlerine göre daha etkili olabileceği ve sigara bırakma şansını arttırdığı saptanmıştır.

Ayrıca daha uzun süreli motivasyonel görüşmelerin, daha kısa süreli olanlara göre daha etkili olduğu görülmüştür. Hiç tedavi olmamasına göre motivasyonel görüşme düşük kanıt düzeyinde katkı sağlamaktadır (Lindson ve ark.; 2019).

Türkiye’de gebeler ile yapılmış iki farklı çalışmanın ilkinde; gebe kadınlarda üç farklı sigarayı bırakma müdahalesinin etkisi ölçülmüştür. Gebeler random olarak 3 grubu ayrılarak; grup 1’e hastanede kısa eğitim ve danışmanlık, iki kez telefonla destek danışmanlığı ve sigaranın gebelikteki etkileri, bırakmanın yararları ve yoksunluk belirtileriyle başatme yolları ile ilgili bilgilerin fetüsten annesine yazılmış bir mektup aracılığıyla anlatan broşür, grup II’ye hastanede kısa eğitim ve danışmanlık, iki kez telefonla destek danışmanlığı, grup III’e ise hastanede kısa eğitim ve danışmanlık verilmiş olup müdahaleden sonra tüm gebeler 28.-32. ve 34.-36. gebelik haftasında telefonla aranarak sigara içme davranışları değerlendirilmiştir. Sonuç olarak I. gruptaki gebelerin %70.7’sinin, II. gruptaki gebelerin %48.9’unun, III. gruptaki gebelerin %41.9’unun sigarayı bıraktığı belirlenmiştir (Keten ve Gölbaşı, 2013). Karatay’ın (2007) çalışmasında sigara bırakma aşamalarına uygun olarak oluşturulan motivasyonel görüşmelerle gebelerin sigarayı bırakma durumları değerlendirilmiştir. Tek bir girişim grubu olan gebelere 5 kez müdahale ziyareti 3 kez izlem ziyareti yapılmış ve gebelerin %39.5’inin sigarayı bıraktığı, %44.7’sinin ise sigarayı başlangıç miktarına göre %60 oranında azalttığı saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçları Karatay’ın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda sigarayı bırakmayanların oranının %61.9 olarak belirlenmiştir. Bu durum eşlerin yüksek oranda sigara kullanımından, önceki gebeliklerinde sigara kullanım oranlarının yüksek olmasından ve bebeğin sigara kullanımından dolayı bir zarar göreceğini düşünmüyor olmalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Girişim öncesinde gebelerden eylem aşamasında kimse bulunmazken çalışma sonrasında %38.1’i eylem aşamasına geçmiştir. Çalışma öncesinde gebelerin %26.2’si niyetin olmadığı aşamadayken çalışma sonrasında bu oran %2.4’e düşmüştür. Çalışma öncesinde gebelerin %35.7’si niyet aşamasında, %38.1’i hazırlık aşamasındayken, çalışma sonrasında bu oran niyet aşaması için %23.8’e, hazırlık aşaması için %35.7’ye düşmüştür.

Barreto ve arkadaşlarının (2012) Brezilya’da hastanede yatan hastalar ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında değişim aşamalarına dayalı sigara bırakma girişimlerinin bireylerin düşünme aşamasından hareket aşamasına ilerlemelerinde etkili olduğu saptanmıştır. Koyun’un (2013) Konya’da yetişkin kadınlar ile yaptığı çalışmada değişim aşamalarına yönelik verilen sigara bırakma eğitimlerinin öncesi ve sonrasında deney ve kontrol grubunda yer alan

kadınların son görüşmelerine göre değişim aşamalarının arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda değişim aşamaları arasındaki bu fark sosyo-ekonomik düzeyi düşük gebelere prenatal dönemde yapılan müdahalenin önemini vurgulamaktadır. Kadınların gebe kalmadan önce veya gebe kaldıktan sonra sigarayı bırakmamış olmaları ya da sigarayı bırakmayı denememiş olmaları bırakmayacakları anlamına gelmemektedir. Gebeler uygun danışmanlık ile desteklendiklerinde farklı sürelerde ve süreçlerde değişim aşamalarını gerçekleştirebilmektedirler.

Gebelere sigarayı bırakmaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında “Gebe Kadınlarda Tütün Kullanımı Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” algı puanları girişim öncesine göre karşılaştırılmış olup ölçeğin alt boyutlarından olan duyarlılık, ciddiyet, yarar, motivasyon ve öz yeterlilik algı puanları girişim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek engel algı puanları ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Literatürde SİM temelli girişim programı hazırlanarak; Türkiye’de hemşirelerde sigara bırakmaya, İran’da gebelerin çevresel sigara dumanına maruziyetlerini azaltmaya ve üniversite öğrencilerinde sigara kullanımını önlemeye, Hindistan’da sigara kullanan gençlerde ağız sağlığını geliştirmeye yönelik yapılan çalışmalarda SİM kullanımı davranış değişimleri açısından etkili bulunmuştur (Bakan,2013; Kazemi ve ark., 2011;Panahi ve ark., 2018; Renuka ve Pushpanjali, 2014;). Ancak SİM temel alınarak yoksul gebe kadınlara uygulanan girişim programına yönelik çalışmaya ulaşılamamıştır. Çalışmamızda gebelerin daha önce sigara bırakma eğitimi almamış olması ve daha öncesinde de sigaranın zararlarına yönelik düşük düzeyde bilgi sağlanmış olması; SİM temelli hazırladığımız eğitimin gebelein algı puanları üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Yoksul gebe kadınlarda sigara bırakmaya yönelik Sağlık İnanç Modeli kullanılarak yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olması davranış üzerindeki etkisini göstermeye yönelik daha fazla çalışmaya gereksinim olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Araştırmanın Birinci Aşamasına İlişkin Sonuçlar

Yoksul gebelerin sigara bırakmada algıladıkları engeller bireysel tutum ve davranışlar ve kişiler arası faktörler olarak saptanmıştır. Bireysel tutum ve davranışlar engeli; stres, bağımlılık, bilgi eksikliği, öz-yeterlilik, kültürel inanışlar, günlük rutini sürdürme isteği, duyarlılık algısı, mantığa büründürme olarak belirlenmiştir. Çalışmada kişiler arası faktörler engeli; sağlık personeli, sosyal çevre ve aile dinamikleri olarak saptanmıştır. Çalışmada, yoksul gebelerde bireysel tutum ve davranışlar sigara bırakmada en güçlü belirleyici olarak yorumlanmıştır. Bu sonuçlara yönelik olarak;

6.2. Araştırmanın Birinci Aşamasına İlişkin Öneriler

- Gebelere stresle etkin baş etme yöntemlerinin öğretilmesi,
- Gebelerin bağımlılık düzeyleri belirlenerek uygulanacak girişimlerin bağımlılık düzeylerine göre planlanması,
- Sigaranın fetüse ve anneye yönelik riskleri hakkında gebeye ve ailesine bilgi verilmesi ve böylelikle duyarlılık algısının artırılması,
- Gebelikte sigara bırakma yöntemleri hakkında danışmanlık verilmesi,
- Yoksul gebelerin öz-yeterliliklerinin arttırılmasına yönelik motivasyonel görüşmelerin yapılması,
- Sağlık personeli tarafından gebelik izlemleri süresince sigara kullanımının sorgulanması, sigara bırakma konusunda profesyonel danışmanlık verilmesi ve gebenin desteklenmesi,
- Ailelerin gebelikte sigara bıraktırma programlarına dahil edilmeleri yoksul gebelerin sigara bırakmada engellerinin aşılabilmesi açısından önerilmektedir.

6.3 Araştırmanın İkinci Aşamasına İlişkin Sonuçlar

Bu çalışmada uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda; gebe kadınların girişim sonrası sigarayı bırakma oranı %42.9 olup, girişim öncesi idrarda kotinin oranı 1019.28 ± 648.33 iken, girişim sonrası kotinin oranı 503.40 ± 579.75 'tir ve girişim öncesi ve sonrası idrarda kotinin

oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=5.76$, $p=.000$). Katılımcıların ekspiryum karbonmonoksit düzeyleri incelendiğinde ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($F=61.70$, $p=.000$). Yapılan ileri analizde ölçümler arasındaki farklılığın 4. ölçümden kaynaklandığı saptanmıştır. Sigara içen gebe kadınlarda girişim öncesi gebelikte sigara kullanımına ilişkin duyarlılık, ciddiyet, motivasyon, yarar, engel ve özetkililik algısı puan ortalamaları arasında girişim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p\leq 0.05$).

6.4. Araştırmanın İkinci Aşamasına İlişkin Öneriler

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlığı koruma ve geliştirmede etkili bir rol oynadığından sosyo ekonomik düzeyi düşük kadınların daha gebe kalmadan önce 18-49 yaş rutin kadın izlemleri yapılırken özellikle sigara ve madde bağımlılığı açısından sorgulanması ve bağımlılığa yönelik danışmanlık sağlanması ve bu süreçte gelirlerinin yoksulluk sınırının üzerine çıkacak şekilde desteklenmesi;

Yoksul gebeler özel bir grup olduğundan sigara bırakma danışmanlığı verilirken grubun özellikleri dikkate alınarak bir müdahale programı oluşturulması,

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında özellikle yoksul kadınlara rutin izlemler süresince strele baş etme yöntemleri açısından kısa bilgilendirilmeler yapılması,

Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki gebelere ulaşmak çok zor olduğundan bağımlılık durumları daha önce sorgulanmamış ise birinci basamakta yer alan zorunlu gebelik izlemleri süresince sigara kullanımları sorgulanmalı ve sigara bırakma danışmanlığı sağlanması,

Sosyo ekonomik düzeyi düşük olan gebelere uygulanacak sigara bırakma programının kısa danışmanlıktan daha çok uzun görüşme süreleri ile yürütülmesi,

Danışmanlık verecek sağlık ekibinin eğitim gereksiniminin karşılanması, bilgi tutum ve davranışlarına yönelik ek hizmetler sunulması önerilmektedir.

Ayrıca yoksul gebelerde ve gebelik sonrasında da sigara bırakmaya yönelik yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. **KAYNAKLAR**

1. Aksan G. Yoksulluk ve yoksulluk kültürünün toplumsal görünümü. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2009; 27:9-19
URL:<http://dergisosyalbil.selcuk.edu.tr/susbed/article/view/83>
2. Aktaş S, Güler H. Gebelik boyunca sigara içiminin perinatal dönemde anne ve yenidoğan sağlığı üzerine etkisi. STED, 2010;19(3), 100-107.
3. Arpacıoğlu Ö, Yıldırım M. Dünyada ve Türkiye’de yoksulluğun analizi. Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, (2011); 4(2), 60-76.
URL:<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/185013>
4. Australian Institute of Health and Welfare. Australia’s mothers and babies 2017—in brief. Perinatal statistics series no. 35. Cat no. PER 100 Canberra: AIHW; 2019.
URL: <https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/australias-mothers-and-babies-2017-in-brief/contents/table-of-contents>.
5. Bakan SAB. Sağlık inanç ve transteoretik modellere temelli verilen iki ayrı eğitimin hemşirelerde sigara bıraktırmaya etkisinin karşılaştırılması, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, Erzurum,2013
6. Bahar Z. Din kültür ve sağlık ilişkisi, Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, Çanakkale, Nisan 2009
7. Balhara YPS, Jain R. A receiver operated curve-based evaluation of change in sensitivity and specificity of cotinine urinalysis for detecting active tobacco use. Journal of Cancer Research and Therapeutics. 2013;9(1):84–89
8. Barreto RB, Pincelli MP, Steinwandter R, Silva AP, Manes J, Steidle LJ. Smoking among patients hospitalized at a university hospital in the south of Brazil: prevalence, degree of nicotine dependence, and motivational stage of change. J Bras Pneumol, 2012. 38(1), 72-80.
9. Baş T, Ulun A. Nitel araştırma yöntemleri: NVivo 7.0 ile nitel veri analizi. İstanbul: Seçkin Yayıncılık, 2008
10. Belek İ. Sınıf sağlık eşitsizlik. 1 inci baskı İstanbul:Sorun yayınları;1998; 30-39
11. Bradshaw J. Preface for the centennial edition of Poverty: a study in town life. In: Rowntree, B. Seebohm (Benjamin Seebohm), 1871-1954. and Bradshaw, Jonathan, (eds.) Poverty : a study of town life. Policy Press , Bristol , 2000 ISBN 9781861342027

- URL:<https://pdfs.semanticscholar.org/4a6f/c3d9d1498356608c2f81235e408fa8819911.pdf>
12. Brosky G. Why do pregnant women smoke and can we help them quit?. Canadian Medical Association Journal, 1995; 152(2):163-166.
URL:<https://dergipark.org.tr/download/issue-file/8951>
 13. Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardiç E. Sağlık davranışı modelleri, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2015; 5(1): 28-34
URL:<https://dergipark.org.tr/download/article-file/56580>
 14. Chen S, Ravallion M. The developing world is poorer than we thought, but no less successful in the fight against poverty. Wold Bank Policy Research Working Paper, 2008; 4703
URL:<http://siteresources.worldbank.org/DEC/Resources/DevelopingworldispoorerQE.pdf>
 15. Cluss PA, Levine MD, Landsittel D. The Pittsburgh STOP program: disseminating an evidence-informed intervention for low-income pregnant smokers. American Journal of Health Promotion, 2011; 25(5):75-S81.
 16. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(12):CD010078. doi:10.1002/14651858.CD010078.pub2
 17. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion number 503: tobacco use and women's health. Obstet Gynecol. 2011;118(3):746–50
URL:https://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2011/09000/Committee_Opinion_No_503_Tobacco_Use_and_Women_s.42.aspx
 18. Coşkun S, Tireli M. Dünya Bankası ve UNDP'nin küreselleşme-yoksulluk ilişkisine yönelik yaklaşımları. 2005;5.
URL:<http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423938564.pdf>
 19. Crittenden KS, Manfredi C, Cho YI, Dolecek TA. Smoking cessation processes in low-SES women: the impact of time-varying pregnancy status, health care messages, stress, and health concerns. Addictive behaviors, 2007;32(7):1347-1366.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.009>

20. Çapık C. Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006
21. Çilingiroğlu N. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2002-2009 yılları arası yoksulluk bulguları. Toplum Hekimliği Bülteni. 2009;23(3):24-32
URL:http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2009/sayi_3/baslik4.pdf
22. de Vries H, Bakker M, Mullen PD, Van Breukelen G. The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. Patient education and counseling, 2006;63(1):177-187.
23. Dedeoğlu N. Sağlık ve yoksulluk. Toplum ve Hekim 2004;19:51-53.
URL:<http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/recordlist.php>
24. Demirkaya BÖ. Gebelikte sigara içiminin plesenta ve yenidoğan üzerine etkileri, Uzmanlık Tezi, İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 2004.
URL:http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/kadin_hast/dr_burcu_ozmen_demirkaya.pdf
25. Doğan EM, Tatlı H. İnsani gelişme ve insani yoksulluk bağlamında Türkiye'nin dünyadaki yeri. Ataturk University Journal of Economics & Administrative Sciences, 2014;28(1):99-124 URL:<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/30536>
26. Doğu S, Ergin AB. Gebe kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgiler. Maltepe Üniv Hemşirelik Bilim ve Sanat Derg, 2008;1(1):12-7.
URL:http://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt1sayi1agustos2008/cilt1sayi1a2008/26_39.pdf
27. Dokuzcan DA, Aydoğdu NG, Bektaş M, Ulukaya T. Gebelikte Sigara Kullanımına Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları, Sözlü Sunum, 2. Uluslararası Hipokrat Tıp ve Sağlık Bilimleri Kongresi, 28 Haziran 2019, 30 Haziran 2019, 1, 275 - 275.
28. Devlet Planlama Teşkilatı. Sekizinci beş yıllık kalkınma planı, gelir dağılımının iyileştirilmesi ve yoksullukla mücadele özel ihtisas komisyonu raporu, Ankara, 2001.
URL:<http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gelirdag/oik610.pdf>
29. Dunn C. Lay advice on alcohol and tobacco during pregnancy. Health Care for Women Int, 2004;25(1): 55-75.

30. Elbek O. Tütün ve Yoksulluk. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi. Dördüncü Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi Kitabı; Elazığ, 2010
URL:http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/elazig_kongre_sunumlar/Osman_ELBEK.pdf
31. Erdem T. Yoksulluk, feodaliteden küreselleşmeye temel kavramlar ve süreçler, (Ed: TevfikErdem), Lotus Yayınevi, Ankara, 2. Baskı s. 2006;321-365.
32. Karakuş NE. Ebe ve hemşirelerin, gebelerde sigara içiminin azaltılması ve sigara dumanından korunmadaki rollerinin incelenmesi ve geliştirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Dalı uzmanlık Tezi, İzmir, 2007
33. Ergül, Ş. Yoksulluk sağlık ilişkisi ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005;8(2): 95-104.
34. Ferreira F, Dikhanov Y, Chen S, Dabalen A, Dikhanov Y, Hamadeh N, Jolliffe D, Narayan A, Prydz EB, Revenga A, Sangraula P, Serajuddin U, Yoshida N. A global count of the extreme poor in 2012: data issues, methodology and initial results. The Journal of Economic Inequality. 2016;14(2):141–172.
URL:<https://link.springer.com/article/10.1007/s10888-016-9326-6>
35. Flemming K, Graham H, Heirs M, Fox D, Sowden A. Smoking in pregnancy: a systematic review of qualitative research of women who commence pregnancy as smokers. Journal of Advanced Nursing, 2013;69(5):1023-1036.
doi:<https://dx.doi.org/10.1111/jan.12066>
36. Gebauer C, Kwo CY, Haynes EF, Wewers ME. A nurse-managed smoking cessation intervention during pregnancy. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1998; 27: 47-53.
37. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health behavior and health education. Jossey- Boss CO: San Fransisco, 2002 URL:http://fhc.sums.ac.ir/files/salamat/health_education.pdf
38. Gözüml S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,2014;7(3);7-18
39. Graham H, Flemming K, Fox D, Heirs M, Sowden A. Cutting down: insights from qualitative studies of smoking in pregnancy. Health and Social Care in the Community, 2014; 22(3):259-267. doi:10.1111/hsc.12080
40. Grangé, G, Vayssiére C, Borgne A, Ouazana A, L’Huillier JP, Valensi P et all. Characteristics of tobacco withdrawal in pregnant women. European Journal of

- Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2006;125(1):38-43.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2005.06.014>
41. Gül H, Gül S. Yoksulluk ve yoksulluk kültürü tartışmaları, Türkiye'de Yoksulluk Çalışmaları, Nurgün Oktik (der.),Yakın Kitabevi, İzmir, 2008;57-96.
42. Gündoğan N. Türkiye’de yoksulluk ve yoksullukla mücadele. Ankara Sanayi Odası, 2008;42-56 URL:<http://www.aso.org.tr/kurumsal/media/kaynak/TUR/asomedy/ocak-subat2008/Dosya.pdf>
43. Hall K, Gibbie T, Lubman DI. 2012. “Motivational interviewing techniques: facilitating behaviour change in the general practice setting”. Australian Family Physician, 2012;41 (9):47
44. Hamzaoglu O. Yoksulların sağığı ne durumda, etken ne, sorun nasıl çözölür?. Toplum ve Hekim, 2004;19(1);54-57.
URL:<http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/recordlist.php>
45. Haslam C, Draper ES. A qualitative study of smoking during pregnancy. Psychology, Health & Medicine, 2001;6:95-99. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/713690228>
46. Holdroy E, Twinn S, Adab P. Socio-cultural influences on Chinese women’s attendance for cervical cancer screening. Journal of Advanced Nursing, 2004;46:(1);42-52.
47. International Classification of Diseases. ICD codes, extreme poverty. 2020
URL:<https://icd.codes/icd10cm/Z595>
48. Ingall G, Cropley M. Exploring the barriers of quitting smoking during pregnancy: a systematic review of qualitative studies. Women and Birth, 2010;23(2):45-52.
doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2009.09.004>
49. International Counsel of Nurses. International nurses day 2004, nurses: working with the poor; against poverty, 3, Place, Jean-Marteau, CH-1201, Geneva, 2004.
URL:<https://www.icn.ch/what-we-do/campaigns/international-nurses-day>
50. Jabbour S, Chaaya M, El-Roueiheb Z, Khalik Z. Cigarette smoking, addiction, and quitting among pregnant women in Lebanon. CVD Prevention and Control, 2008;3, 91–97. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cvdpc.2008.01.001>
51. Kahyaoğlu S, Özel Ş, Engin-Üstün Y, Erdöl C. Gebelik ve sigara bırakma, Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 2018;15(1):24 – 27.

52. Karaoğlu L, Güneş G, Ilgar M, Ercan C, Pehlivan E, Genç MF, Eğri M. Malatya’da yaşayan gebelerde sigara içme düzeyi ve etkileyen faktörler. IX. Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Ankara. 2004. URL:<http://www.halksagligi.org/halkmed/index.php?id=2487>
53. Karatay G. Sigara bırakma aşamalarına odaklı motivasyonel görüşmelerle gebelerde sigara bıraktırma. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Tezi, Ankara. 2007.
54. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. Toraks dergisi, 2006;7(1):51-64.
55. Kasapoğlu A. Kur’an açısından fatalizm-inkârcıların bir tutumu olarak kadercilik. Hikmet Yurdu, 2008;1(1): 87-107
56. Kayaalp SO. Klinik farmakolojinin esasları ve temel düzenlemeler, Genişletilmiş 5. Baskı, Pelikan Kitabevi, Ankara, 2013.
57. Kazemi A, Ehsanpour S, Nekoei-Zahraei NS. A randomized trial to promote health belief and to reduce environmental tobacco smoke exposure in pregnant women. Health education research, 2012;27(1):151-159.
58. Keskinoglu P, Çımrın D, Giray H, Karakuş NE, Aksakoğlu G. Gebelerde aktif ve pasif sigara içiciliği ve etkileyen etkenler. Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi, 2005;19(3):153-158.
59. Ketten E, Gölbaşı Z. Sigara içen gebe kadınlara uygulanan üç farklı sigarayı bıraktırma müdahalesinin etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013;12(5):1-5
60. Kızılırmak M, Demir S. Motivasyonel görüşme ve hemşirelikte kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018;7(4):103-109.
61. Koçak C, Kurçer MA, Arıkan İİ. Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi gebe polikliniğine başvuran kadınların sigara içme konusunda bilgi, tutum ve davranışları. İstanbul Med J. 2015;16: 133-6. doi: 10.5152/imj.2015.66588
62. Kondro W, Poverty is main predictor of heart disease, says Canadian report, The Lancet, May 11, 2002:359
63. Koshy P, MacKenzie M, Tappin D, Bauld L. Smoking cessation during pregnancy: the influence of partners, family and friends on quitters and non-quitters. Health and Social Care in the Community, 2010;18(5):500-510. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00926.x>

64. Koyun A. Yetişkin kadınlara değişim aşamaları modeli (transteoretik model) ile yapılan eğitimin sigarayı bırakma davranışı üzerine etkisi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013
65. Koyun A, Eroğlu K, Bodur S. Sigara içen yetişkinler için geliştirilmiş değişim aşamaları modeli ölçeklerinin türkçeye uyarlama çalışması. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing, 2015 ;7(2):69-78.
66. Kulza M, Wozniak A, Przybyłowska SM, Czarnywojtek A, Kurhanska-Flisykowska A, Florek E. Saliva cotinine determination using high-performance liquid chromatography with diode - array detection. Przegl Lek. 2012;69(10):837–40.
67. Kutlu R. Aktif ve pasif sigara içiciliğinin gebelik ve fetus üzerine etkileri'' , TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008;7(5):445-448 URL: http://www.sysrevpharm.org/fulltext/khb_007_05-445.pdf
68. Kümbetoğlu B. Sosyolojide ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma. Bağlam Yayıncılık. 2008
69. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RMD, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;7:1-5 doi: 10.1002/14651858.CD009338.pub2
70. 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.
71. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019;7:2-32 doi: 10.1002/14651858.CD006936.pub4
72. Lu Y, Tong S, and Oldenburg B. Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. Health Promotion International, 2001; 16(4):355–65. URL: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11733454
73. Lynch WJ, Sofuoglu M. Role of progesterone in nicotine addiction: evidence from initiation to relapse. Experimental and clinical psychopharmacology, 2010;18(6):451.
74. Malchodi C, Oncken C, Dornelas EA, Caramanica L, Gregonis E, Curry SL. The effects of peer counseling on smoking cessation and reduction. Obstetrics and Gynecology, 2003;101(3):504-510.

75. Marakoglu K, Erdem D. Attitudes and behaviors of pregnant women about smoking in Konya. *Erciyes tıp dergisi*, 2007;29(1):47.
URL: http://www.erciyesmedj.com/sayilar/229/buyuk/pdf_EMJ_204.pdf
76. Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003;25(4):157-164.
77. Marin VP, Pytina KB, Langstein HN, Dahlstrom KR, Wei Q, Sturgis EM. Serum cotinine concentration and wound complications in head and neck reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2008;121(2):451-457.
78. Maxson PJ, Edwards SE, Ingram A, Miranda ML. Psychosocial differences between smokers and non-smokers during pregnancy. *Addictive Behaviors*, 2012;37(2):153-159.
79. McCurry N, Thompson K, Parahoo K, O'Doherty E, Doherty AM. Pregnant women's perception of the implementation of smoking cessation advice. *Health Education Journal*, 2002;61:20-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/001789690206100103>
80. Miller WR, Rollnick S. What is the motivational interviewing?, "phase 1: building motivation for change", "phase 2: strengthening commitment to change". In *Motivational Interviewing, Preparing People For Change* (Eds WR Miller, S Rollnick) New York, Guilford Press. 2002;20-140.
81. Mohsin M and Bauman A. Socio-demographic factors associated with smoking and smoking cessation among 426,344 pregnant women in New South Wales, Australia. *BMC Public Health*, 2005;5:138.
URL: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-5-138.pdf>
82. Murray CL, Small SP, Burrage L. The lived experience of smoking in pregnancy. *Open Journal of Nursing*, 2014;4(11):762. doi: <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2014.411082>
83. National Institute for Clinical Excellence. Quitting smoking in pregnancy and following childbirth commissioning guide: National Institute for Clinical Excellence. 2010:6–9. <http://nice.org.uk/guidance/ph26>.
84. Nichter M. Smoking: what does culture have to do with it?. *Addiction*, 2003;98:139-145.
85. Nichter M, Muramoto M, Adrian S, Goldade K, Tesler L, Thompson J. Smoking among low-income pregnant women: an ethnographic analysis. *Health Education & Behavior*, 2007;34(5):748-764. doi: 10.1177/1090198106290397

86. Ohta A, Takeuchi K, Sasazawa Y, Suzuki S. Differences in lifestyle and perceived health in different occupations in a community. *Journal of Occupational Health*, 1998;40(4):325-333.
URL:https://www.jstage.jst.go.jp/article/joh1996/40/4/40_4_325/_article/-char/ja/
87. Olgun N, Altun ZA. Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin diyabet hastalarının bakım uygulamalarına etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2012;19(2):46-57
88. Ontario Womens Health Network. Poverty&health, E-bulletin. July, 2010.
URL:http://www.ownh.on.ca/pdfs/poverty_e_bulletin.pdf
89. Orton S, Coleman T, Coleman-Haynes T, Ussher M. Predictors of postpartum return to smoking: a systematic review. *Nicotine Tob Res*. 2017;25. doi: 10.1093/ntr/ntx163. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 29065203.
90. Ögel K. Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics*, 2009;2(2):41-4.
91. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara, İmaj İç ve Dış Tic. A.Ş., 2004: 30-48
92. Özdemir H, Taşçı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013;1:41-47.
93. Öztürk M, Çetin BI. Dünyada ve Türkiye’de yoksulluk ve kadınlar. *Journal of Yaşar University*, 2009;4(16):2661-2698. URL:<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/179252>
94. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Niknami S. Adding health literacy to the health belief model: Effectiveness of an educational intervention on smoking preventive behaviors among university students. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2018;20(2):13773
95. Park , E. , Schultz , J. , Tudiver , F. , Campbell , T. , & Becker , L. (2004). Enhancing partner support to improve smoking cessation . *Cochrane Database of Systematic Reviews* , (3), 1 – 23 . doi:10. 1002/14651858.CD002928.pub2
96. Parker DR, Thomas M, Richard W, Jeff W, Upegui DI, Heimdal J. The accuracy of self-reported smoking status assessed by cotinine test strips. *Nicotine & Tobacco Research*. 2002;4:305–09.

97. Patten CA, Windsor RA, Renner CC, Enoch C, Hochreiter A, Nevak C, Brockman T. Feasibility of a tobacco cessation intervention for pregnant Alaska Native women. *Nicotine and Tobacco Research*, 2010;12(2):79-87. doi: 10.1093/ntr/ntp180
98. Perkins KA, Karelitz JL, Jao NC. Optimal carbon monoxide criteria to confirm 24-hr smoking abstinence. *Nicotine & Tobacco Research*, 2013;15(5):978-982.
99. Pınar G, Öksüz E, Beder A, Elbaş NÖ. Testis kanseri taramalarında championun sağlık inanç modeli ölçeğinin türkçe uyarlamasının güvenilirliği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2011;9(2):89-96
100. Pollak KI, Baucom DH, Peterson BL, Stanton S, McBride CM. Rated helpfulness and partner-reported smoking cessation support across the pregnancy-postpartum continuum. *Health Psychology*, 2006;25(6):762-770.
101. Poulton R, Caspi A, Milne BJ, Thomson WM, Taylor A, Soars M. Association between children' s experience of socio-economic disadvantage and adult health:a life course study, *Lancet*, 2002;360(9346):1640-5
URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3752775/>
102. Prochaska JO. Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Med Decis Making*, 2008;28:845-849.
103. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982; 19(3): 276-288. Figure 2, p. 283.
104. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The Transtheoretical Model and stages of change. In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, 4th Edition (Eds K Glanz, BK Rimer, K Viswanath). San Francisco, Jossey-Bass. 2008:97-121.
105. Ravallion M, Datt G, Walle D. Quantifying absolute poverty in the developing world. *Review of Income and Wealth Series*. 1991;37(4):345-361.
URL:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1475-4991.1991.tb00378.x>
106. Renuka P, Pushpanjali K. Effectiveness of health belief model in motivating for tobacco cessation and to improving knowledge, attitude and behavior of tobacco users. *Cancer and Oncology Research*, 2014;2(4):43-50.

107. 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.
108. Rohleder P. Critical issues in clinical and health psychology. London, SAGE Publications, 2012;102-209
109. Ruggiero L, Tsoh JY, Everett K, Fava JL, Guise BJ. The transtheoretical model of smoking: Comparison of pregnant and nonpregnant smokers, *Addictive Behaviors*, 2003;25(2):239-251.
110. Sağlam L. Özel durumlarda sigara bırakma tedavisi. *Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği Kitapları. Sayı:10, 2010;15-24*
111. Sağlık Bakanlığı. Türkiye kadın sağlığı araştırması 2014;943 Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü . ISBN : 978-975-590-491-7
112. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. New report spotlights substance use among pregnant women. 2005;13(4) URL:<http://www.samhsa.gov/newsroom/press-announcements/201205100300>
113. Savcı Bakan AB. Sağlık inanç ve transteoretik modellere temelli verilen iki ayrı eğitimin hemşirelerde sigara bıraktırmaya etkisinin karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,Doktora Tezi, Erzurum,2013.
114. Schneider S, Maul H, Freerksen B, Pötschke-Langer M. Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005. *Public Health*, 2008;122:1210-1216. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2008.02.011>
115. Scott WJ, McIlvain H. Interactive software: An educational/behavioural approach to smoking cessation for pregnant women and their families. *Tobacco Control*, 2000;9 (3).56-57.
116. Semiz O, Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Kılıçoğlu SS. Sakarya’da bir sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin sigara içme durumlarıyla ilgili bazı özellikler. *STED*, 2006;15(8):149-152. URL:<http://www.ttb.org.tr/STED/2006/agustos/sakarya.pdf>.
117. Sköld M. Poverty and health: who lives, who dies, who cares?"; WHO, Macroeconomics, Health and Development Series, Geneva. 1998;28 URL:<https://apps.who.int/iris/handle/10665/63931>

118. Slade P, Laxton-Kane M, Spiby H. Smoking in pregnancy: the role of the transtheoretical model and the mother's attachment to the fetus. *Addictive Behaviour*, 2006;31(5):743-57.
119. Sobell B. Group therapy for substance use disorders: A motivational cognitive-behavioral approach. Guilford Press, 2011;27-55
120. Sobol-Kwapinska M. Hedonism, fatalism and 'carpe diem': profiles of attitudes towards the present time. *Time & Society*, 2013;22 (3): 271–290.
121. Solomon LJ, Secker-Walker, RH, Flynn BS, Skelly JM, Capeless EL. Proactive telephone peer support to help pregnant women stop smoking. *Tobacco Control*, 2000; 9 (3):72-74.
122. Stewart EE, Fox C. Encouraging patients to change unhealthy behaviors with motivational interviewing. *Family Practice Management*, 2011;18(3):21-25.
123. Stotts AL, DeLaune KA, Schmitz JM, Grabowski J, Stotts AL, DeLaune KA, Grabowski J. Impact of a motivational intervention on mechanisms of change in low-income pregnant smokers. *Addictive Behaviors*, 2004;9(8):1649-1657.
124. Sönmez DA. Gebelikte sigara kullanımı, gebelikte sigara kullanımına anksiyetenin ve mutluluğun etkisinin incelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, 2015
125. Swamy GK, Reddick KL, Brouwer RJ, Pollak KI, Myers ER. Smoking prevalence in early pregnancy: comparison of self-report and anonymous urine cotinine testing. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2011;24(1):86-90.
126. T.C. Sağlık Bakanlığı. Temel sağlık hizmetleri genel müdürlüğü tütün bağımlılığı ile mücadele el kitabı, 2010
127. Tang EA, Delaimy WKA, Ashley DL, Benowitz N, Bernert JT, Kim S, et al. Assessing second hand smoke using biological markers. *Tobacco control*. 2013;22(3):164–71.
128. Tarhan, P, Yılmaz, T. Gebelikte Sigara Kullanımı ve Etkileyen Faktörler Smoking During Pregnancy and the Effecting Factors. 2016;3(3):140. URL:<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/231952>

129. Taş F, Seviş EÜ, Güngörmüş Z. Sigara bağımlılığında davranış değişimi için transteoretik model ile motivasyonel görüşme tekniğinin kullanılması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2016;8(4):380-392.
130. Taş HY, Özcan S. Türkiye’de ve dünya’da yoksulluk üzerine bir araştırma. In *International Conference on Eurasian Economies*. 2012;423-430. URL:https://www.researchgate.net/profile/H_Yunus_Tas2/publication/326881740_Turkiye%27de_ve_Dunya%27da_Yoksulluk_Uzerine_Bir_Arastirma/links/5b69ea1245851546c9f6b270/Tuerkiyede-ve-Duenyada-Yoksulluk-Uezerine-Bir-Arastirma.pdf
131. Taşdemir G. Yoksulluğun ruh sağlığı üzerine etkileri. *International Journal of Human Sciences*, 2014;11(2), 74-88. doi:10.14687/ijhs.v11i2.2681
132. TheTabacco Atlas. Fact sheet. 2016 URL:<https://tobaccoatlas.org/country/turkey/>
133. Thompson KA, Parahoo KP, McCurry N, O'Doherty E, Doherty AM. Women's perceptions of support from partners, family members and close friends for smoking cessation during pregnancy--combining quantitative and qualitative findings. *Health Education Research*, 2004;19:29-39. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/her/cyg013>
134. Thompson KA, Parahoo KP, McCurry N, O'Doherty E, Doherty AM. Women's perceptions of support from partners, family members and close friends for smoking cessation during pregnancy--combining quantitative and qualitative findings. *Health Education Research*, 2004;19:29-39. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/her/cyg013>
135. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye, 2018 URL:http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_ana_Rapor.pdf
136. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye, 2008 URL:<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>
137. Truth Initiative. Why new poverty numbers are a good time to focus on smoker's wage gap. 2019 URL:<https://truthinitiative.org/research-resources/targeted-communities/why-new-poverty-numbers-are-good-time-focus-smokers-wage>
138. Türkiye İstatistik Kurumu. Yoksulluk çalışması, Haber Bülteni; 2016;21867 URL:<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21867>

139. Türkiye İstatistik Kurumu. Gelir ve yaşam koşulları araştırması, 2018
URL:<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30755>
140. Türkiye İstatistik Kurumu. Küresel yetişkin tütün araştırması. 2012
URL:<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>
141. Türk Dil Kurumu, Yoksul ve yoksulluk tanımı. 2020
URL:http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c601297716af6.13356035
142. Türk Toraks Derneği. Sigara bırakma tanı tedavi ve uzlaşma raporu. 2014.
URL:<http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/142201415150-Sigara-Birakma-Tani--ve-Tedavi-Uzlasi-Raporu-2014.pdf>
143. U.S. Department of Health & Human Services Health Consequences of Smoking, Surgeon General fact sheet. 2014 URL:<https://www.hhs.gov/surgeongeneral/reports-and-publications/tobacco/consequences-smoking-factsheet/index.html>
144. United Nations. Sustainable Development Goals Report, New York, 2018; 3-40
Url:<https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2018/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2018-EN.pdf>
145. United Nations. Ending Poverty. New York, 2019;5-28
URL:<https://www.un.org/en/sections/issues-depth/poverty/>
146. United Nations Development Programme UNDP. Human development report. The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development, 20th Anniversary Edition 2010;94 URL:<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010>
147. United Nations Development Programme (UNDP). Human development report, 1997
URL:http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/258/hdr_1997_en_complete_nostats.pdf
148. Uysal MA, Kadakal F, Karsıdag, C, Bayram, NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberculosis and Thorax, 2004;52(2):115-121.
149. Uzaslan E. Sigarayla bırakma yöntemleri. STED 2003;128(5):166-171
150. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2002;5:8-15.
URL:http://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_5_1_8_15.pdf. Erişim:16.01.2017

151. Van Nes M, Sawatzky JA. Improving cardiovascular health with motivational interviewing: a nurse practitioner perspective. *J Am Acad Nurse Pract*, 2010;22:654-660.
152. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, Redding CA. Smoking cessation and stress management: applications of the Transtheoretical model of behavior change. *Homeost Health Dis*, 1998;38:216-233.
153. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Rossi JS, Redding CA, Laforge RG, Robbins ML. Using the Transtheoretical Model for Population based Approaches to Health Promotion and Disease Prevention, *Homeostasis in Health and Disease* 2000;40: 174-195.
154. Weinreb, Linda, Robert Goldberg, and Jennifer Perloff. "Health characteristics and medical service use patterns of sheltered homeless and low-income housed mothers." *Journal of general internal medicine*. 1998;13(6): 389-397.
URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496974/>
155. World Health Organization. The world health report, reducing risks, promoting healthy life. 2002 URL:<https://www.who.int/whr/2002/en/>
156. World Health Organization. Recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. 2013 URL:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94555/9789241506076_eng.pdf?sequence=1
157. World Health Organization. Recommendations on prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy – The short version. WHO, Geneva, 2014 URL:www.who.int/tobacco
158. World Health Organization. Tütün kontrolünde sağlık profesyonellerinin rolü Çeviri: Nazmi Bilir Gökhan Telatar. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü, 2005
URL:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43219/9241593202_tur.pdf;jsessionid=358B9E4B7B9600362304166728D75634?sequence=4
159. Wigginton B. Lee C. A story of stigma: Australian women's accounts of smoking during pregnancy. *Critical Public Health*, 2012;23:466-481.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/09581596.2012.753408>
160. Windsor RA, Woodby LL, Miller TM, Hardin JM, Crawford MA, DiClemente CC. Effectiveness of agency for health care policy and research clinical practice

- guideline and patient education methods for pregnant smokers in Medicaid maternity care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000;182(1):68-75
161. Wood L, France K, Hunt K, Eades S, Slack-Smith L. Indigenous women and smoking during pregnancy: Knowledge, cultural contexts and barriers to cessation. *Social Science & Medicine*, 2008;66(11):2378-2389. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.024>
162. World Bank. Monitoring global poverty, report of the commission on global poverty. 2017 URL:<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/25141/9781464809613.pdf>
163. World Bank. Piecing together the poverty puzzle, poverty and shared prosperity, 2018. URL:<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/30418/9781464813306.pdf>

8. EKLER

EK - 1

TANITICI BİLGİ FORMU

Sorularımıza vereceğiniz cevaplar, sadece istatistikî bilgi olarak değerlendirilecek, tüm cevaplarınız ve kimlik bilgileriniz bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde gizli tutulacaktır.

Ad-Soyad:

Katılımcı No: _____

Telefon No:

Tarih: _____

Sosyo – Demografik Özelliklere İlişkin Sorular

1. Kaç yaşındasınız? ~~~~~

2. Medeni durumunuz:

a) Evli

b) Bekar

3. Ne kadar süredir evlisiniz? ~~~~~

4. Öğrenim durumunuz nedir?

a) Okur yazar değil

b) Okur yazar

c) İlkokul mezunu

d) Ortaokul Mezun

e) Lise Mezun

f) Üniversite

5. Eşinizin Öğrenim Durumu Nedir?

a) Okur yazar değil

b) Okur yazar

c) İlkokul mezunu

d) Ortaokul Mezun

e) Lise Mezun

f) Üniversite

6. Çalışma Durumunuz

a) Çalışıyor

b) Çalışmıyor

7. Mesleğiniz: ~~~~~

8. Eşinizin Çalışma Durumu

a) Çalışıyor

b) Çalışmıyor

9. Eşinizin

Mesleği: ~~~~~

10. Aylık net geliriniz ne kadar? ~~~~~

11. Sosyal güvenceniz var mı?

a) Hayır

b) Evet

12. Eşiniz, çocuklarınız ve sizin dışınızda birlikte yaşadığınız aile üyeleriniz var mı?

a) Hayır

b) Evet

(Belirtiniz) ~~~~~

13. Ev tipiniz nedir?

a) Gecekondu

b)

Apartman

14. Isınma Tipiniz nedir?

a) Tezek

b)

Odun/Kömür Sobası

c)

Doğalgaz

d) Termal

e) Elektrik

Gebeliğe İlişkin Sorular

15. Kaç haftalık gebesiniz? ~~~~~

16. Planlı olarak mı gebe kaldınız?

a) Hayır

b) Evet

17. Gebelik sayınız ~~~~~

18. Canlı doğum sayınız ~~~~~

Gebelik Öncesi Sigara Kullanımına İlişkin Sorular

19. Gebelik öncesi sigara içiyor muydunuz?

a) Hayır

b) Evet

Evet ise 20. ve 21. Soruları cevaplayınız,

20. Sigara içmeye kaç yaşında başladınız? ~~~~~

21. Gebelik öncesi günde ortalama kaç adet sigara içiyordunuz? ~~~~~

22. Daha önce sigara bırakma deneyiminiz oldu mu?

a) Hayır b) Evet

23. Evet ise ne kadar süre için sigarayı bıraktınız? ~~~~~

24. Tekrar sigaraya başlama nedeniniz ne oldu? ~~~~~

25. Gebe kalmadan önce Sigarayı bırakmayı denediniz mi?

a) Hayır b) Evet

26. Daha önceki gebeliklerinizde sigara içme durumunuz nedir?

a) İçtim b) İçmedim
c) Diğer ~~~~~

Şuanki Gebeliğinizde Sigara Kullanımınıza İlişkin Sorular

27. Şuan günde ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz? ~~~~~

28. Gebelikte sigara kullanma nedeniniz nedir? (Birden Fazla Şık İşaretleyebilirsiniz)

a) Eşim içtiği için bende içmek istiyorum
b) Bebeğe ya da bana zararı olduğunu düşünmüyorum
c) Yıllardır içtiğim için alışkanlıktan içiyorum
d) Herhangi bir sorun yaşadığımda sigara beni rahatlattığı için içiyorum
e) Diğer (Belirtiniz) ~~~~~

29. Gebe olduğunuzu öğrendiğiniz andan itibaren size sigarayı bırakmanızı önerildi mi?

a) Hayır b) Evet

30. Evet ise size kim önerdi?

a) Hemşire/ebe b) Doktor
c) Diğer ~~~~~

31. Gebelikte sigaranın size ve bebeğinize etkileri hakkında bilgi verildi mi?

a) Hayır b) Evet

32. Evet ise size bu bilgiyi kim verdi?

a) Hemşire/ebe b) Doktor
c) Diğer ~~~~~

33. Herhangi bir sağlık personelinden sigara bırakma ile ilgili eğitim aldınız mı?

a) Hayır b) Evet
(Belirtiniz, Kimden?) ~~~~~

34. Sigara içen hamile annenin bebeğine vereceği zararlar olabileceğini düşünüyor musunuz?

a) Hayır b) Evet

35. Sigaranın bebeğinize verebileceği zararlar sizi ne kadar endişelendiriyor?

a) Çok fazla b) Oldukça
c) Bir fikrim yok
d) Biraz Endişelenmiyorum
e) f) Diğer
(Belirtiniz) ~~~~~

Pasif İçiciliğe İlişkin Sorular

36. Pasif içicilik nedir biliyor musunuz?

a) Hayır b) Evet
(Açıklayınız) ~~~~~

37. Eşiniz sigara içiyor mu?

a) Hayır b) Evet

38. Eşiniz sizin yanınızda ya da sizinle aynı odada sigara içiyor mu?

a) Hayır b) Evet

39. Eşinizin dışında sizinle aynı ortamda sigara içen ile üyesi/üyeri ya da arkadaşınız var mı?

a) Hayır b) Evet

40. Evin hangi kısmında sigara içiyorsunuz?

- | | |
|--------------------|----------------------------|
| a) Oturma odasında | b) Mutfakta |
| c) Yatak odasında | |
| d) Salonda | e) |
| Balkonda/Bahçede | f) Diğer <u> </u> |

41. Hamile bir kadının sigara içilen bir ortamda bulunmasının bebeğine bir zararı olduğunu düşünüyor musunuz?

- | | |
|----------|---------|
| a) Hayır | b) Evet |
|----------|---------|

42. Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

- | | |
|----------------|---------------|
| a) İstiyorum | b) Kararsızım |
| c) İstemiyorum | |



EK – 2

YOKSUL GEBELERDE SİGARA BIRAKMADA ENGELLERİ BELİRLEMEK İÇİN OLUŞTURULMUŞ YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Araştırma Sorusu: Sigarayı bırakmama nedeniniz nedir?, Sigarayı nasıl bırakabileceğinizi düşünüyorsunuz?

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma yoksul gebe kadınların sigara bırakmada engellerini belirlemek ve sigara bırakma davranışları ile ilgili gerçek deneyimlerini ve görüşlerini detaylı olarak incelemek amacıyla yapılacaktır.

GİRİŞ

Merhaba, adım Deniz Aslı DOKUZCAN. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde doktora öğrencisi ve aynı zamanda araştırma görevlisiyim. Gebe kadınların sigarayı bırakmada engellerini ve kolaylaştırıcı faktörlerini belirlemek amacıyla bir araştırma yapıyorum. Sizlerin sigara bırakma ile ilgili görüşleriniz ve deneyimleriniz gelecekte sizin problemlerinizi çözecek yöntemleri belirlemede ve bundan sonra vereceğimiz hizmetlerin kalitesini artırmada bize yardımcı olacaktır. Görüşmeye geçmeden önce, yaptığımız görüşmede kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, konuşulanları benim dışımda kimse bilmeyecektir. Verdiğiniz bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacak ve sizinle sonuçlarını tekrar paylaşacağım. İzin verirseniz görüşmeyi teybe kaydetmek istiyorum. Arkadaşım izniniz olursa bazı yerleri unutmamak için kısa notlar alacak. Böylece hem zamanı daha iyi kullanırız hem de sorulara vereceğiniz yanıtların ayrıntılarını kaydetme fırsatı bulurum. Görüşmemiz yaklaşık kırk dakika sürecek. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim. Görüşmeye başlamadan önce bana sormak istediğiniz sorunuz var mı? Teşekkür ederim.

ARAŞTIRMA SORULARI

- Sigarayı nasıl bırakabileceğinizi düşünüyorsunuz?

- Sigaranın size ve bebeğinize olan etkileri hakkında ne düşünüyorsunuz?
- Sigarayı bırakmada sizi neyin motive edeceğini/neyin destekleyeceğini düşünüyorsunuz?
- Sigara bırakmada sizi kimler destekler, kimlerin desteklemesini isterdiniz?

- Sigarayı bırakmanız için biz size nasıl yardımcı olabiliriz?
- **Sigarayı bırakmama nedeniniz nedir?**
- Bana sigarayı bırakma ile ilgili önceki deneyimlerinizi anlatabilir misiniz?
- Sigarayı bırakmak için sizi nelerin alıkoyduğunu/engellediğini düşünüyorsunuz?



EK- 3**FAGERSTROM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ**

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

EK – 4**DEĞİŞİM AŞAMASI BELİRLEME FORMU**

SORULAR	CEVAP		DEĞİŞİM AŞAMASI
	EVET	HAYIR	
Daha önce hiç sigarayı bırakmayı düşündünüz mü?	EVET	HAYIR	Niyetin Olmadığı Dönem
Önümüzdeki altı ay içinde sigarayı bırakmayı ciddi şekilde düşünüyor musunuz?			Niyet Aşaması
Önümüzdeki bir ay içinde sigarayı bırakmayı ciddi şekilde düşünüyor musunuz?			Niyet Aşaması
Halen sigara içiyor musunuz?	EVET	HAYIR	Hazırlık
Altı aydan fazla bir süredir sigara kullanmıyorsunuz	EVET		Eyleme Geçme
			Sürdürme



EK-5

SİGARA KULLANIM DURUMUNU DEĞERLENDİRME FORMU

Ad Soyad:

Bireysel Beyan

Girişim öncesi Tarih:	Girişim sonrası Tarih:
<u>Son bir hafta içerisinde sigara kullandım</u> Evet _____ Hayır _____	<u>Son bir hafta içerisinde sigara kullandım</u> Evet _____ Hayır _____
<u>Evet ise ortalama günde kaç adet ?</u>	<u>Evet ise ortalama günde kaç adet ?</u>
<u>Hayır ise ne ne kadar zamandır kullanmıyorsunuz?</u>	<u>Hayır ise ne ne kadar zamandır kullanmıyorsunuz?</u>

İdrarda Kotinin Seviyesi

Girişim Öncesi Numune Alım Tarihi:	Girişim Sonrası Numune Alım Tarihi:

Expıryum Havasını Değerlendirme

	1. <u>Ölçüm</u> Tarih:.....	2. <u>Ölçüm</u> Tarih:.....	3. <u>Ölçüm</u> Tarih:.....	4. <u>Ölçüm</u> Tarih:.....
CO				
COhb				
fCOhb				

Sigarayı bırakma isteğınize 10 üzerinden kaç puan verirsiniz?

Girişim Öncesi	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Girişim Sonrası	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EK - 6

GEBELİKTE SİGARA KULLANIMINA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

Sayın Katılımcı, Aşağıda sunulan ölçek Sağlık İnanç Modeli kapsamında gebelerin sigara kullanımına yönelik algılarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Aşağıdaki her bir ifade için gebelikte sigara kullanımınızı düşünerek inancınıza en uygun alanı işaretleyiniz.

	GEBELİKTE SİGARA KULLANIMINA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	DUYARLILIK ALGISI					
1	Sigara kullanmam düşük yapma ihtimalimi yükseltir					
2	Sigara kullanmam erken doğum yapma ihtimalimi yükseltir					
3	Sigara kullanmam bebeğimin düşük kilolu doğma ihtimali yükseltir					
4	Sigara kullanmam bebeğimin engelli doğma ihtimali yükseltir					
5	Sigara kullanmam bebeğimin daha doğmadan kalp problemleri yaşama ihtimali yükseltir					
	CİDDİYET ALGISI					
6	Sigara; eroin, esrar ve alkol gibi bağımlılık yapar					
7	Sigara bağımlısı olduğumu biliyorum					
8	Sigara kullandığım için düşük yapmaktan korkuyorum					
9	Sigara kullandığım için erken doğum yapmaktan korkuyorum					
10	Sigara kullandığım için bebeğimin düşük kilolu doğmasında korkuyorum					
11	Sigara kullandığım için bebeğimin engelli doğmasından korkuyorum					
	MOTİVASYON ALGISI					
12	Sigara kullanmayı bırakmak istemiyorum					
13	Sigara kullanmayı bırakmak için sağlık çalışanlarından danışmanlık alabilirim					
14	Sigarayı bırakmayı deneyebilirim					
15	Gebe olmamın sigarayı bırakmamı kolaylaştıracağını düşünüyorum					
	YARAR ALGISI					
16	Sigarayı bırakmamın bebeğimin gelişimi açısından faydalı olacağına inanıyorum					
17	Sigarayı bıraktığımda daha sağlıklı bir gebelik süreci geçireceğime inanıyorum					
18	Sigarayı bırakmamın bebeğime ve bana bir yarar sağlamayacağına inanıyorum					
	ENGEL ALGISI					
19	Sigara kullanmayı bırakmak için ne yapmam gerektiğini bilmiyorum					
20	Sigara kullanmayı bırakmanın çok zor olduğunu biliyorum					

21	Gebelikte sigara kullanmayı bıraksam bile doğumdan sonra tekrar sigara kullanmaya başlayacağımı düşünüyorum					
22	Çevremdekiler sigara kullandığı için bırakabileceğimi düşünmüyorum					
23	Sigara kullanmayı bırakırsam gebelikte fazla kilo alacağımı düşünüyorum					
24	Sigara kullanmanın beni sakinleştirdiğini düşünüyorum					
25	Sigara kullanmak gebeliğe bağlı yaşadığım problemlerle başa çıkmamı kolaylaştırıyor					
	ÖZ-YETERLİLİK ALGISI					
26	İstersem sigara kullanmayı bırakabileceğimi biliyorum					
27	Sigara kullanmayı bırakmayı çok denedim fakat başaramadım					
28	Ne yaparsam yapayım sigara kullanmayı bırakamayacağıma inanıyorum					



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Araştırmanın 1. Aşaması)

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmada gebe kadınların sigarayı bırakmada engellerini ve kolaylaştırıcı faktörlerini belirlemek amacıyla bir görüşme yapıyorum. Sizlerin sigara bırakma ile ilgili görüşleriniz ve deneyimleriniz gelecekte sizin problemlerinizi çözecek yöntemleri belirlemede ve bundan sonra vereceğimiz hizmetlerin kalitesini artırmada bize yardımcı olacaktır. Siz de bu amaçla davet edilmiş bulunmaktasınız. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler, kimliğiniz gizli tutularak Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde yürütülen “Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Gebelerin Sigara Bırakma Engelleri” isimli çalışma için kullanılacak, çalışmanın sonuçları doğrultusunda sigara bırakma programı geliştirilecektir. Çalışma verileri bilimsel amaçlar dışında kesinlikle kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir; ancak katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmak istemeyebilirsiniz, ya da başlangıçta katılmayı kabul edip herhangi bir aşamada vazgeçme hakkına sahipsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgi vermek istiyorum. Bu bilgileri dikkatlice okuyup değerlendirdikten sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayarak araştırmacıya teslim ediniz.

Çalışma kapsamında yüz yüze görüşme tekniği ile 40 -60 dk sürecektir bireysel görüşmeler yapılacaktır. Görüşmeler sırasında sigara bırakma konusunda yaşadığınız engeller neler? ve sigara bırakmada size neler yardımcı olabilir? Sorularına vereceğiniz cevaplar ses kayıt cihazına kayıt edilecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için size ek bir ödeme yapılmayacak ve sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır.

Çalışmayla ilgili her türlü sorunuzu sormak ya da çalışmayla ilgili ek bilgi almak istediğinizde araştırmacıya ulaşabilirsiniz. Aşağıda araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Araştırmacılar:

Deniz Aslı DOKUZCAN (Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Öğrencisi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Araştırma Görevlisi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kampüsü İnciraltı/ İzmir

Yrd. Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU (Sorumlu Araştırmacı), Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Sağlık Kampüsü İnciraltı/ İzmir

Tel: [02324126965](tel:02324126965)

E-mail: nihalgordes@gmail.com

Katılımcının Beyanı

Sayın Deniz Aslı DOKUZCAN tarafından bir araştırma yapılacağı ve yukarıdaki ilgili bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, paylaştığım bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu araştırmaya katılmak mecburiyetinde değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan ayrılabilirim. Ancak, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir maddi yük altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili herhangi bir sorunla karşılaştığımda; Yrd. Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU [02324126965](tel:02324126965) (iş) no’lu telefonlarından ve DEÜ Hemşirelik Fakültesi Sağlık Kampüsü İnciraltı/ İzmir adresinden ulaşabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Araştırmanın 2. Aşaması)

Merhaba benim adım Deniz Aslı DOKUZCAN, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim. Danışmanım Yrd. Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU ile birlikte "Yoksul Gebelerde Sigara Bırakma Programının Etkinliği" isimli doktora tez çalışması yürütüyoruz. Sizi gebelikte sigarayı bırakma programına davet ediyoruz. Araştırma sonunda elde edilen bilgiler gebelerin sigarayı bırakmaları konusunda yardımcı olacaktır. Ayrıca, ülkemizde bundan sonra bu konuda yapılacak araştırmalara ve hemşirelik uygulamalarına katkı sağlayacağını ümit ediyoruz.

Sizlere öncelikle tanıtıcı bilgi formu, Gebelikte Sigara Kullanımına Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi verilecektir. Bu formları doldurmanız sizin 30 ile 40 dk'nızı alacağını tahmin ediyoruz. Ardından sigara içme düzeyinizi belirlemek amacıyla idrar örneğiniz alınacak ve bir solunum ölçümü yapılacaktır. Gebeliğinizin devam ettiği süre boyunca 4 motivasyonel görüşmeyapacak ve size sigarayı bırakma konusunda danışmalık ve eğitim vereceğiz ve doğum öncesinde tekrar idrar örneğinizi alacağız.

Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmada toplanan tüm veriler gizlidir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını yazarken katılımcıların isimleri rapora yansımayacaktır.

Bu araştırmada sizlere herhangi bir maddi ödeme yapılmayacak, sizden de maddi ödeme beklenmeyecektir.

Katılımcının Beyanı

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Ben bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı, Soyadı:

Telefon No:

Tarih:

İmza

Tanıklık Eden Kişinin Adı, Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Araştırmanın Adı, Soyadı:

Araş Gör. Deniz Aslı DOKUZCAN, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Sağlık Kampüsü İnciraltı/ İzmir

İmzası:

Tarih:

Araştırmacılar

Yrd. Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOğDU, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Sağlık Kampüsü İnciraltı/ İzmir

Tel: 02324126965

E-mail: nihalgordes@gmail.com

EK – 9

Kurum İzni 1. Aşama İçin

	T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ	DOKUZ EYLÜL HASTANESİ
Sayı : 82010743-045	 10716	05 Eylül 2016 .../.../2016
Konu : Çalışma		
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne		
İlgi : 24.08.2016 tarih ve 2001 sayılı yazımız.		
İlgi yazıda bahsi geçen çalışma Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında yapılabilmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.		
 Prof. Dr. Erkan DEREBEK Başhekim		
T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ		
Kayıt Tarihi : 05.09.2016		
Kayıt No : 2770		
Dosya No : 2770		
02.09.2016	Memur	: Emine ELGİN
.../.../2016	Bilgisayar İşletmeni	: Aylin CELEP
.../.../2016	Hastane Müdür Yrd.	: Mehmet GÜLER
.../.../2016	Hastane Müdürü	: Teoman AKTEPE
.../.../2016	Hastane Başmüdür V.	: Osman Levent AKAY
Mihalıpaşa Cad. No: 1606 İnciraltı Yerleşkesi 35340 Balçova / İzmir Telefon: +90 (232) 412 23 26 Faks: +90 (232) 412 97 97 E-Posta: emine.elgin@deu.edu.tr Elektronik Ap: http://hastane.deu.edu.tr		
Ayrıntılı bilgi için irtibat: Emine ELGİN Memur		



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



BİRİM/BÖLÜM

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

SAYI:

84081863/ 533

31.08.2016

İZMİR

KONU:

BAŞHEKİMLİK MAKAMI'NA

İLGİ: 31.08.2016 tarih ve 10542 sayılı yazınız

İlgi yazınızla belirtilen Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Deniz Aslı DOKUZCAN'ın " Yoksul Gebelerde Sigara Bırakturma Programının Etkinliği" isimli tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapmasında sakınca bulunmamaktadır.

Prof.Dr.Erbil DOĞAN
Kadın Hast. Ve Doğum AD. Bşk.

DOKUZ EYLÜL ÜNİV. HST.



01.09.2016 11.33 - 14057
HASTANE GENEL EVRAK BİRİMİ

Kurum İzni 2. Aşama İçin

 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İLİ BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR VE KRONİK DURUMLAR BİRİNCİ SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT BİRDİĞİ
02/11/2018 18:44 - 77597247 - 604.02 - E.519

Sayı : 77597247-604.02
Konu : Öğretim Üyesi Dr. Nihal GÖRDES
AYDOĞDU'nun Araştırma İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : 05/10/2018 tarihli ve 77597247-2345 sayılı yazı.

İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU sorumluluğunda yapılmak istenen "Yoksul Gebelerde Sigara Bırakma Programının Etkinliği" konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde oluşturulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılmak İstenen Çalışmaları Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş olup komisyon tarafından yapılan değerlendirmede;

"Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusa ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz" öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamayacağı hükmü yer almaktadır."

Öğretim Üyesi
13.11.2018
Nihal Gördes

Nermin ÇAVGA
Enstitü Sekreteri V.
ASTI SİBİRİP

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi : 02.11.2018
Kayıt No : 145428

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 123/11 sokak, Poligon Mahallesi, Karabağlar
Faks No:
e-Posta: duygu.ugurlu@saglik.gov.tr İr t. Adresi: http://www.izmir.gov.tr (0 232) 248 3310 - 1244 - bulasici.olmayan@saglik.gov.tr
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden d5 fef80-67e5-45d1-9a9b-2f2b8e487901 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Duygu UĞURLU
Unvan: TIBBİ SEKRETER
Telefon No: 0232 2483310

"Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla çalışmanın yapılması uygun bulunmuştur" denilmektedir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Hakan BAYRAKCI
MÜDÜR'a.
Başkan

Nermin CAVGA
Enstitü Sekreteri V

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 123/11 sokak,Poligon Mahallesi,Karabağlar
Faks No:

e-Posta:duygu.ugurlu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.ism.gov.tr 0232 2483310
3310 - 1244 -bulasici.olmayan@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 351efe00-67c5-45d1-9a9b-2f2b8e487901 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Duygu UğURLU
Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:0232 2483310

EK – 10

Etik Kurul İzni

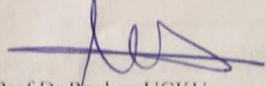
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- **906** 04.11.2016

Sayın Yard.Doç.Dr.Nihal GÖRDES AYDOĞDU,

Kurulumuz tarafından 03.11.2016 tarih ve 2977-GOA protokol numaralı 2016/28-03 karar numarası ile görüşülen **“Yoksul Gebelerde Sigara Bıraktırma Programının Etkinliği”** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Reyhan UÇKU
Başkan Yardımcısı

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2977-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yoksul Gebelerde Sigara Bıraktırma Programının Etkinliği
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Nihal GÖRDES AYDOĞDU Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/28-03	Tarih:03.11.2016
	Yard.Doç.Dr.Nihal GÖRDES AYDOĞDU'nun sorumlusu olduğu "Yoksul Gebelerde Sigara Bırakturma Programının Etkinliği" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılanadı
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılanadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılanadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Katılanadı
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda SERENİNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

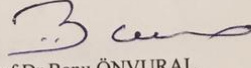
09.06.2017

Konu: Karar hk.
Sayı: 1555

Sayın Yard.Doç.Dr.Nihal GÖRDES AYDOĞDU,

Kurulumuz tarafından 08.06.2017 tarih ve 2977-GOA protokol numaralı 2017/15-40 karar numarası ile görüşülen “Yoksul Gebelerde Sigara Bıraktırma Programının Etkinliği” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

GÖNDERİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	versiyon Numarası	Dili		
	Araştırmacı dilekçesi	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43
	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2977-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yoksul Gebelerde Sigara Bıraktırma Programının Etkinliği
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Nihal GÖRDES AYDOĞDU Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	Araştırmacı dilekçesi	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/15-40	Tarih:08.06.2017
	Yard.Doç.Dr.Nihal GÖRDES AYDOĞDU'nun sorumlusu olduğu "Yoksul Gebelerde Sigara Bırakturma Programının Etkinliği" isimli klinik araştırmaya ait araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak;	
	-Çalışmanın birinci aşamasının sadece Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Doğum Polikliniğinde yürütülmesi,	
	-Veri toplama yöntemi olarak derinlemesine bireysel görüşme yapılması planlanması,	
-Yoksulluk Ölçümü sonuçlarına göre aylık geliri 4 kişilik bir aile için 865,05 TL ve altında olan kadınlar yoksul grup olarak çalışmaya alınması planlanmış fakat veri toplama sürecinde bu oranın düşük kalması ve örnekleme ulaşmayı zorlaştırdığı için yoksulluk sınırı olarak TÜİK(2016) verilerine göre kişi başı günlük harcama için yoksulluk sınırı olan 4,3 dolar alınarak yeniden hesaplanması,		
-2 Kasım 2016 günü Merkez Bankası dolar kuru verilerine göre 1 dolar 3.11 TL den hesaplanarak 4 kişilik aile için yoksulluk sınır 1.604.00 TL olarak alınması,		
-Kamu Hastaneler Kurumundan alınan izin belgesi,		
ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐ H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43
	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2977-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yoksul Gebelerde Sigara Bıraktırma Programının Etkinliği
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Nihal GÖRDES AYDOĞDU Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	Araştırmacı dilekçesi	17.06.2019		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/15-28	Tarih:19.06.2019
	Yard.Doç.Dr.Nihal GÖRDES AYDOĞDU'nun sorumlusu olduğu "Yoksul Gebelerde Sigara Bıraktırmaya Programının Etkinliği" isimli klinik araştırmaya ait 17.06.2019 tarihli araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Çalışmanın İzmir İli İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aile Sağlık Merkezleri'nde yürütülmesi, -Araştırma tipinin ön test son test gruplu yarı deneysel olarak değiştirilmesi, ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Serkan YENER (Başkan Yardımcısı)	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☒	H ☐	Katılmadı
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Doç.Dr.Murat BEKTAŞ çalışmada yardımcı araştırmacı olduğu için çalışma görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.



DENİZ ASLI DOKUZCAN

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Doğum Tarihi	26/06/1987
İletişim Adresi	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Bostanlı Mah. Cengiz Kocatoros Sok. Önen Apt. No:22 Daire:10
Telefon	(216) 353 68 12 (531) 699 87 04
E-posta	denizdokuzcan@hotmail.com
Web Adresi	

Öğrenim Bilgileri

01 Eylül 2014 - Şu Anda (5 yıl 11 ay) Doktora, Doktora, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ (DR) Diploma Numarası: - Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.77 / 4.0
14 Şubat 2011 - 21 Ağustos 2014 (3 yıl 7 ay) Yüksek Lisans, Tezli Program, ANKARA ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ) Diploma Numarası: 2014-71-0054 Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.33 / 4.0
05 Eylül 2006 - 24 Haziran 2010 (3 yıl 10 ay) Lisans, Anadal/Normal Öğretim, İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU, FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU PR. (TAM BURSULU) Diploma Numarası: 075 Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.12 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Ocak 2013 - Şu Anda (7 yıl 7 ay) (Tam Zamanlı) ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DİĞER (Balıkesir Üniversitesi)
01 Ocak 2012 - 01 Ocak 2013 (1 yıl 1 ay) (Tam Zamanlı) DİĞER (Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi)

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

Ar-Ge Yetkinlik

Kitaplar

C. ÇAPIK & D. A. DOKUZCAN, Kalp hastalıklarında sağlığı geliştirme, Yaşam Döngüsünde Sağlığı Geliştirme: Hemşirelik Uygulamaları(84 - 88), ISBN: 978-605-7597-75-5: Türkiye Klinikleri, Kitapta Bölüm.

Makaleler

D. A. DOKUZCAN, N. GÖRDES AYDOĞDU & O. KILINÇ, Smoking During Pregnancy And Smoking Cessation Methods In The Context Of Poverty, Journal of Education and Research in Nursing, 2020, 2618-5741.

Z. BAHAR, K. P. GÜRKAN, N. GÖRDES AYDOĞDU & D. A. DOKUZCAN, Türkiye de Aile Hemşireliği Alanında Yapılan Doktora Tezlerinin Değerlendirilmesi, Acıbadem Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020, 1309-470X, 0-0.

D. A. DOKUZCAN, Z. F. ÖZYURDA & E. T. ÖZEL KIZIL, BİR YAŞLI HİZMET MERKEZİNE KAYITLI YAŞLILARDA DEPRESİF BELİRTİ, BİLİŞSEL BOZUKLUK DURUMU VE eTKİLİ FAKTÖRLER, nobel medicus, 2019, 1305-2381, 15, 3, 5-11.

D. A. DOKUZCAN & N. GÖRDES AYDOĞDU, yoksul gebelerin sigara bırakma engelleri: niteliksel bir çalışma, Düşünen Adam Dergisi, 2017, 1018-8681, 30, ek sayı 1, 139-140.

Bildiriler

D. A. DOKUZCAN, N. GÖRDES AYDOĞDU & O. KILINÇ, YOKSUL GEBELERE UYGULANAN SİGARA BIRAKMA PROGRAMININ ETKİNLİĞİ, Sözlü Sunum, 6. uluslararası 17. ulusal hemşirelik kongresi, 19 Aralık 2019, 21 Aralık 2019, 36 - null.

D. A. DOKUZCAN, N. GÖRDES AYDOĞDU, M. BEKTAŞ & T. ULUKAYA, Gebelikte Sigara Kullanımına Yönelik Sağlık İnanc Modeli Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışmaları, Sözlü Sunum, 2. Uluslararası Hipokrat Tıp ve Sağlık Bilimleri Kongresi, 28 Haziran 2019, 30 Haziran 2019, 1, 275 - 275.

N. GÖRDES AYDOĞDU, K. P. GÜRKAN, D. A. DOKUZCAN & Z. BAHAR, İlköğretim Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı, Fiziksel Aktivite Düzeyleri İle Beden Kitle İndeksi Arasındaki İlişkisi, Sözlü Sunum, 3.uluslararası sağlık bilimleri kongresi, 29 Kasım 2018, 01 Aralık 2018.

D. A. DOKUZCAN & N. GÖRDES AYDOĞDU, Yoksul Gebelerin Sigara Bırakma Engelleri: Niteliksel Bir Çalışma, Poster Sunumu, 11.Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi, 23 Kasım 2017, 26 Kasım 2017, 1018-8681, 30, 1, 139 - 140.

N. GÖRDES AYDOĞDU, K. P. GÜRKAN, D. A. DOKUZCAN, Z. BAHAR, A. BEŞER, N. ERTUĞRUL & S. UZ, RADYOTERAPİ ALAN MEME KANSERLİ HASTALARIN EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİ VE SAĞLIK PERSONELİNDEN BEKLENTİLERİ /THE HOME CARE NEEDS OF BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING RADIOTHERAPY AND THEIR EXPECTATIONS FROM THE HEALTHCARE PERSONNEL, Poster Sunumu, 4.Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Evde Sağlık ve Bakım Kongresi, 23 Kasım 2017, 25 Kasım 2017.

Z. BAHAR, K. P. GÜRKAN, N. GÖRDES AYDOĞDU & D. A. DOKUZCAN, Evaluation of Doctoral Thesis Made in the Field of Family, Sözlü Sunum, 13th International Family Nursing Conference, 14 Haziran 2017, 17 Mayıs 2017.

F. Ş. ÖZBİÇAKÇI, A. YEŞİLTEPE, D. A. DOKUZCAN & M. M. TOPALOĞLU, Klinik Öğrenme Ortamı Denetim ve Hemşire Öğretim Elemanı Değerlendirme Ölçeği nin Birinci Basamaktaki Geçerlik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi, Poster Sunumu, 1. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 17 Haziran 2015, 20 Haziran 2015.

F. Ş. ÖZBİÇAKÇI, M. M. TOPALOĞLU, D. A. DOKUZCAN & A. YEŞİLTEPE, Öğrencilerin Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarında FSÖ ye Göre Toplum Tanılama Deneyimleri ve Watson in Teorisine Göre Yeni Bir Tanılama Formu Örneği, Poster

Sayfa 2 / 3

Oluşturma Zamanı: 14 Temmuz 2020 02:49:59

Sunumu, 1. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 17 Haziran 2015, 20 Haziran 2015.

D. A. DOKUZCAN, AZ GÖRENLERİN REHABİLİTASYONUNDA HEMŞİRENİN ROLÜ , Poster Sunumu, 14. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ, 04 Ekim 2011, 04 Ekim 2011.

Projeler

KURUMSAL (BAP V.B.), ARAŞTIRMACI, Yoksul gebelere uygulanan sigara bırakma programının etkinliği, Yürütülen Kuruluş: DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, 01 Ocak 2018, 01 Ocak 2020.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0

Yoksulluk, bireye ait toplam gelirin, onun biyolojik varlığının devamı için en alt düzeyde gerekli olan yiyecek, giyim vb. maddeleri karşılamaya yetmemesi durumudur.⁽¹⁾ Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı ise yoksulluğu, "insani gelişme için zorunlu fırsatlardan (yaşam boyu sağlık, yarımcı bir yaşam, ortalama bir yaşam standardı, özgürlük, kendine güven, saygınlık) mahrum olma" şeklinde tanımlayarak yoksulluğun çok boyutlu bir kavram olduğunu vurgulamıştır.⁽²⁾

Yoksulluktan en fazla etkilenen gruplar, bebekler ve çocuklar olmakla birlikte, kadınlar da yoksulluğun sağlık üzerine olan yansımadan en fazla etkilenen grupların başında gelmektedir.⁽³⁾

Yoksulluk özellikle kadınlar için daha fazla gelir yetersizliğinin dışında aynı zamanda okuma yazma, eğitim, beceriler, iş fırsatları, politik temsil gibi alanlarda da yoksulluğun diğer şekillerine maruz kalmalarına neden olmakta, bu durum da kadınların gelişimini azaltmakta ve sağlık durumlarını doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Bu nedenlerle kadınlar aynı sosyal gruptaki veya evdeki erkeklerle göre göreceli olarak daha yoksullaşmaktadır.⁽⁴⁾ Kadınların yaşamdaki zorluklarla mücadele etme gücünü, psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde bağışlanılabilmektedir.⁽⁵⁾

Yoksul kadınların en önemli sağlık sorunlarının arasında enfeksiyon hastalıkları, kronik hastalıklar, ruhsal sorunlar, HIV, beslenme bozuklukları, giddet, anne-bebek ölümleri yer almaktadır.⁽⁶⁾ Ayrıca yoksul kadınlarda sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının yetersiz madde bağımlılığı davranışlarının fazla olduğu görülmektedir.^(6,7) Yoksul kadınlarda madde bağımlılığı içerisinde özellikle tütün kullanım oranları, stres yönetiminin yetersiz olması, maddi yoksulluk ve sosyal destek eksikliği gibi pek çok nedenle sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınlara göre daha fazladır.^(7,8) Sorun yalnızca yoksul kadınların daha fazla tütünü tüketiyor olması değil, aynı zamanda tütün tüketiminin de yoksulluğu artırıyor olmasıdır. Tütün kullanımı ve yoksulluk kısır döngü şeklinde karşımıza çıkmaktadır.⁽⁹⁾

Dünya çapında yaklaşık 176 milyon yetişkin kadın her gün sigara kullanmaktadır.⁽¹⁰⁾ Gebe kadınların sigara kullanım oranlarına ilişkin SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration-Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Yönetimi Kurumu)'nın 2002-2003 yılı raporuna göre, Amerika'da gebe kadınların %18'i sigara kullandığı saptanmış olup, dünyada yoksul gebe kadınlarda sigara içme oranlarına ulaşılamamıştır.⁽¹¹⁾

Türkiye'de sigara içen kadınların oranı 2014 yılında yapılan Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması'nda %16.09, Türkiye İstatistik Kurumunun yapmış olduğu "Küresel Yetişkin Tütün Araştırması"na göre ise kadınlarda %13.1 olup, gebe kadınlar ile yapılan çalışmalarda farklı oranlarda sigara kullanımının olduğu belirtilmektedir.^(12,13) Türkiye'de gebelikte sigara kullanımına yönelik İzmir, İstanbul, Malatya, Zonguldak ve Sivas'ta yapılan çalışmalarda da sırasıyla gebelikte sigara

kullanım oranları, %29, %28, %20.8, %20.5, %17 olduğu görülmektedir.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Sigara kullanımı ve sigara dumanına maruz kalmak birçok hastalık ve sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Doğumdaki sağlık koşullarını geliştirmek ve anne ve bebek ölümlerini azaltmak için acı çaba gösteren gelişmekte olan ülkeler, bu hedefe ulaşma yollarında, sigara içen anne sayısının artması nedeniyle yeni sorunlarla karşılaşmaktadırlar.⁽¹⁷⁾ Gebe kadınlarda sigara kullanımı anne sağlığını etkilemenin yanı sıra fetüs ve bebeğin sağlığını da etkilemektedir. Gebelik sırasında tütün kullanımı, ölü doğum, düşükler, erken doğum, ektopek gebelik riskini artırmaktadır. Gebelikte sigara içen anneleri bebekleri daha erken doğmakta, düşük doğum tartısına ve gelişimsel anomalilere sahip olmaktadır.⁽¹⁸⁾ Sigara içen annelerin bebeklerinin içme-yenelerine göre ortalama 200g daha hafif ve 1 cm daha kısa olduğu, yine annelerin sigara içmesi çocuklarda kan basıncının yükselmesine, davranışsal psikiyatrik ve bilişsel yan etkilere, mental retardasyona, çocukluk kanserlerine, respiratuar hastalıklar nedeniyle ölümlere, astım, pnömöni ve diğer respiratuar hastalıklara, otitis media, yamıklar ve yangına bağlı ölümlere yol açabilmektedir.⁽¹⁹⁾

Gebelikte sigara içimini etkileyen faktörler açısından yapılan çalışmalar incelendiğinde, düşük eğitim düzeyi, göç, yoksulluk, birden fazla gebelik sayısı, gebeliğin planlanmaması, doğum öncesi bakım alma sıklığının yetersizliği, gebenin eşinin sigara kullanması, pasif içiciliğe maruz kalma ve sigaranın zararlarına ilişkin bilgi eksikliğinin olması etkili faktörler olarak saptanmıştır.^(16,21,22)

Gebelerde sigara bırakmaya ilişkin yapılan nitel çalışmalarda, dezavantajlı durumdaki kadınların hamilelik öncesinde sigara içme olasılığının daha yüksek olduğu ve avantajlı koşullardaki kadınlara nazaran sigaradan daha az vazgeçme olasılıkları olduğu belirlenmiştir.⁽²³⁾ Hamile olmak gebe ve çevresinde sigara içme durumunun sorgulanmasını, endişe, suçluluk ve onaylanmama bilincinin oluşmasını tetiklemektedir.⁽²⁴⁾ Hamilelik sırasında sigara içilmesi yalnızca bir birey değil, aynı zamanda bir anne davranışdır. Bu nedenle gebeler ile kadınların sigara içmesi karşılaştırıldığında gebeler farklı tutumlara sahiptirler. Yapılan çalışmalarda, gebelerin sigara bırakmada ki engelleri arasında; yetersiz stres yönetimi, öz güven eksikliği, nikotin bağımlılığı, hormonal değişiklikler, damgalanma, sigara tüketimini destekleyen sosyal çevre, yetersiz profesyonel destek, fetüse ve gebeliğe yönelik bilgi eksikliği yer almaktadır.⁽²⁴⁻³¹⁾

Gebe kadınlarda sigara bırakmaya yönelik Türkiye'de yapılmış iki farklı çalışmaya vardır. Karatay'ın⁽³²⁾ çalışmasında, sigara bırakma aşamalarına uygun olarak oluşturulan motivasyonel görüşmelerle gebelerin sigarayı bırakma durumları değerlendirilmiştir. Tek bir girişim grubu olan gebelere 5 kez müdahale ziyareti 3 kez izlem ziyareti yapılmış ve gebelerin %39.5'inin sigarayı bıraktığı, %44.7'sinin ise sigarayı başlangıç miktarına göre %60 oranında azalttığı saptanmıştır. Keten ve Gölbaşı'nın⁽³³⁾ çalışmasında, gebe kadınlarda üç farklı sigarayı bırakma müdahalesinin etkisi ölçülmüştür. Gebeler random olarak 3 gruba

Tablo 1. Gebelerde sigarayı bırakmaya yardım için klinik pratik öneriler

UYGULAMA	HANTIKLI SONUÇ
Sigara içme durumunu değerlendir:	Aşağıdakilerden hangisi sizin sigara içme durumunuzu en iyi tanımlar? • Düzenli kullanıyorum, hamile olmadan öncekiyle hemen hemen aynı. • Düzenli kullanıyorum, hamile olduktan sonra azalttım. • Her zaman ara sıra kullanırım. • Hamile olduktan sonra artık kullanmıyorum. • Sigara kullanmıyordum, şimdi de kullanmıyorum.
Hiç sigara içmeyenleri ve bırakılan kutla.	Bırakmayı olarak kalmaları için cesaretlendirilir.
Bırakmanın için bilgilendirerek motive et (anne ve bebeğe yararları).	Bırakma başarısını daha da artırır.
Olabiliriz erken bırakması için güçlü, açık anlaşılabilir şekilde öner:	Gebeliğin erken döneminde bırakma, bebeğe en büyük yarar sağlar.
Sorun çözme: görüşmeleri, sosyal destek, gebeliğe özel yardım materyalleri kullanılabilir.	Sigara bırakma başarısını artırır ve özellikle gebelikte sigara kullanılmaması yararlarını olduğu düşününceyi güçlendirir.
Gebelik süresince takiplerin düzenlenmesi ve sigara bırakılması için cesaretlendirilmesi yararlıdır.	Gebeliğin geç döneminde bile bırakılması bebeğe ve anneye yarar sağlar.
Doğumdan sonra erken dönemde, relaps için dikkatli izlem ve gerekirse sigara bırakma çalışmalarına devam edilmelidir.	Relapsları engeller: Gebelik boyunca sigara içmese bile, doğum sonrası relaps oranları çok yüksektir.

Saygınlı, Özel Durumlarda Sigara Bırakma Tedavisi, Tofon ve Tofon Kontrolü, Türk Tıbbi Derneği Kitapları, Sayı:10, 2010

ayrılarak; 1. müdahale grubuna hastanede kısa eğitim ve danışmanlık, iki kez telefonda destek danışmanlığı ve broşür verilmiş olup, gebelerin %70,7'sinin sigarayı bırakmasında; 2. müdahale grubuna ise hastanede kısa eğitim ve danışmanlık, iki kez telefonda destek danışmanlığı sağlanarak gebelerin %48,9'unun sigarayı bırakmasında; 3. müdahale grubuna ise hastanede kısa eğitim ve danışmanlık verilerek gebelerin %41,9'unun sigarayı bırakmasında yapılan müdahalelerin etkili olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yoksul gebe kadınların tütün kullanımına ilişkin çalışmalarla ulaşılamamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü ve Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW)'ne göre, her gebe kadının bütün kullanımının zararlarına ilişkin bilgi sahibi olması temel hakkıdır.⁽¹⁶⁾ Bu nedenle gebeler sağlık profesyonelleri ile ilk karışışmada sigara veya tütün ürünleri bağımlılığı yönünden

Tablo 2. Gebelikte SA yaklaşımı

KLINİK YAKLAŞIM	İÇERİK
1. ÖĞREN (ASK)	Her olgunun sigara içip içmediğinin sorgulanması ve kaydedilmesi gerekir. Gebe kadına aşağıdaki soruları sorarak sigara içme durumunu belirleyin. A. Hiç sigara içmedim veya yaşamım boyunca 100'den az sigara içtim. B. Gebe olmadan önce sigarayı bıraktım ve şu anda içmiyorum. C. Gebe kaldıktan sonra sigarayı bıraktım ve şu anda içmiyorum. D.Şu anda bazen içiyorum, ancak gebe kaldıktan sonra sayısını azalttım. E. Şu anda gebe olmama rağmen, düzenli olarak içiyorum. <i>Eğer yanıtlar A, B ve C ise gebeyi tebrik edin ve bu konuda destek verin.</i>
2. ÖNER (ADVISE)	Eğer gebe D veya E durumunda ise gebeye açıkça sigara bırakma önerisinde bulunun. Bu öneriyi kendisi ve bebeği ile ilgili risklerden söz ederek ilişkilendirin. Bu bilgilere verilen beklenti ve görsel malzeme kullanmaya çalışın. Sigarayı en kısa zamanda bırakmasını önerin, eğer yüz yüze değil ise isimli telefonla bu görüşmeleri yapın.
3. ÖLÇ (ASSESS)	Geberin gelecek 1 ay içinde sigarayı bırakmaya istekli olup olmadığının sorusu. Nikotin bağımlılığı ölçüm ve eğitici olarak dışlanıldığı sebepleri araştırın. Eğer gebe 1 ay içerisinde bırakmaya hazır ise önerilek yapın. Bırakmaya hazır değil ise motivasyonel görüşme yapın ve bu görüşmelerde kendisi ve bebeği için olası risklerden söz edin.
4. ÖNERİLEK ET (ASIST)	Hasta bırakma konusunda istekli ise birlikte bırakma planı yapın. Bu süreçte hastanın yanında olacağını söyleyin ve bırakma günü belirleyin. Davranış değişikliği önerin. 1 hastanın yalnız görüşmeden destek alın ve endişelerini gidermeye çalışın. Farmakoterapi konusunda birlikte karar verin, gebeye etkili materyal sağlayın.
5. ÖRGÜTLE (ARRANGE)	Gebe ile yüz yüze ya da telefon görüşmelerinde kendileri kontrolörünü gönderilebilir.

Türk Toksis Derneği, Sigara Bırakma Tani Tezleri ve Uzman Raporu, 2014, Available from: http://www.toksis.org/teziupload/files/bookofiler/142201415150_Sigara-Bırakma-Tani-ve-Tezleri-Uzman-Raporu-2014.pdf

sonuçlanmalı ve zararlarına ilişkin bilgi kesinlikle sağlanmalıdır. Gebelik süreci bebeğe bazarlarına ve anne sağlığına odaklanmak açısından yaşam boyunca en öğrenmeye açık dönemdir. Gebelik sürecinin hem öğrenmeye en açık dönem olması hem de ailenin yaşadığın gebede olması aile üyelerinin birbirleriyle etkileşimi arttırmaktadır. Bu nedenle de gebenin sigarayı bırakması başta eş olmak üzere evde diğer yaşayanların da sigarayı bırakması açısından etkili bir süreç olarak değerlendirilebilir.^(18,19) Gebe kadınlarda uygulanacak sigara bırakma programları davranış değişimi ve sağlıklı geliştirme açısından önemli olup, yapılacak hizmetlerle gebelikte sigarayı bırakma oranını daha da yükseltecektir.⁽¹⁹⁾

Gebe Kadınlarda Sigara Bıraktırma, Non-farmakolojik Yöntemler:

Sigara içen her gebeye sigarayı bırakması önerilmeli ve tedavi için desteklenmelidir. Sigara bırakmaya niyeti yoksa bırakması için sağlık çalışanları tarafından motive edilmeli ve cesaretlendirilmelidir (Tablo 1).⁽¹⁴⁾ Sigara içiminin psikolojik ve davranış boyutunu algılamak ve bunlara yönelik bilgilisel ve davranışçı tedavileri uygulamak tedavi başarısını arttırmaktadır.⁽¹⁵⁾

Sağlık kuruluşuna gelen her kişinin sigara kullanım durumu sorgulanmalı, kayıt altına alınmalı ve bırakma için motive edilmelidir. Kişi bırakma konusunda isteksiz ise mutlaka motivasyonel destek sağlanmalıdır. Bırakma denemesi konusunda istekli kişilerde aşağıdaki tabloda yer alan kısa, beş aşamalı müdahale programı olan 5A stratejileri (Tablo 2), bırakma konusunda isteksiz olan kişilere ise 5R stratejileri (R1: Relevance- İlişki, R2: Risks-Riskler, Rewards-Ödüller, Roadblocks-Engeller, Repetition-Tekrar) uygulanmalıdır.⁽¹⁶⁾ Sigara bırakmaya ilişkin görüşmelerin her birinin en az 10 dk. sürmesi, dört ya da daha fazla kez görüşmenin yinelenmesi önerilmektedir. Gebeler bırakma gününden sonraki ilk 15 gün içinde en az bir kez görülmeli, izleyen 3 ay, ayda bir kez ve daha sonra 3 ayda bir görüşmeler ile bir yıllık izlemin tamamlanması gerekmektedir. Görüşmeler, hem bireysel hem de grup görüşmeleri biçiminde yüz yüze yapılabilir ya da telefon ile uzaktan danışmanlık verilebilir.⁽¹⁶⁾ Görüşmelerde gebelere özel hazırlanmış sigara bırakma eğitim materyalleri genel hazırlanmış eğitim materyallerine göre bırakma başarısını olumlu olarak etkilediğinden yapılacak görüşmelerin gebeye özel hazırlanmış sigara bırakma eğitim materyalleri kullanılarak desteklenmesi önerilmektedir.⁽¹⁷⁾

Gebe Kadınlarda Sigara Bıraktırma, Farmakolojik Yöntemler:

Nikotin replasman tedavisinde (NRT) günümüzde kullanılan nikotin formları; sakız, nazal sprey, oral inhaler ve transdermal banttır. NRT formlarının bir arada kullanılabilirliği mevcut olup, gebelikte kullanımı D grubu ilaçlardır. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği, nikotin tedavisi verilecek ise anne adayı ile mutlaka yarar-zarar oranının çok iyi tartılarak birlikte karar verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Sigara bırakmada yetişkinlerde medikal tedavide kullanılan Bupropion ve Vareniklin ilaçları gebelikte C grubu ilaçlar içinde yer alıp, gebelikte kullanılmamaktadır.⁽¹⁸⁾

Sonuç

Her gebe kadının evde, işte ve kamusal alanlarda dumanlız hava sahasına sahip olma hakkı vardır. Sigara kullanımını önlemeye yönelik ve sigara dumanına maruziyeti azaltan tüm girişimler; kadın odaklı, cinsiyete duyarlı, kültürel açıdan uygun, sosyal açıdan kabul edilebilir ve danışmanlık, yargılayıcı olmadan yapılmalıdır. Gebelerin aktif pasif sigara içime durumu kesinlikle sağlık çalışanları tarafından sorgulanmalı ve kayıt

altına alınmalıdır. Sonrasında ise anne adayı sigara ve bağımlılık konusunda bilgilendirilmeli ve sigara bırakma yönünden desteklenmelidir. Yüksek bağımlılık düzeyine sahip olan gebelerde ülkemizde kullanılacak farmakolojik tedavi seçenekleri sınırlı olduğundan, davranış tedavisinin uygulandığı müdahale çalışmalarına özellikle gereksinim duyulmaktadır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.	Peer-review: Externally peer-reviewed.
Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.	Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.
Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını açıklamışlardır.	Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.
© Telif Hakkı 2020 Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Sınaiyet Anel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC). Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayımlanmaktadır.	
© Copyright 2020 by Koç University School of Nursing Sınaiyet Anel Nursing Education and Research Center (SANERC). This journal published by Logos Medical Publishing.	

KAYNAKLAR

- Özormacı B, Demirdöğen A. Farklı eşdeğerlik ölçeklerine göre temel yoksulluk göstergelerinin değişimi: Türkiye örneği. *Tarım Ekonomisi Dergisi*. 2015;21(1):7-15. Available from: <http://journal.iaercenter.org/en/download/article-file/253325>
- United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Report 1997. Available from: http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/2586/hdr_1997_en_complete_nosais.pdf
- Torpy JM, Lynn C, Glass RM. Poverty and Health. *JAMA*. 2007;298(10):1908. doi: 10.1001/jama.298.10.1908
- Ergül Ş. Yoksulluk sağlık eğitimi ve hemşirelik yaklaşımı. *Anaerik Üni. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;8(2):95-104.
- Tagdemir G. Yoksulluğun ruh sağlığı üzerine etkileri. *International Journal of Human Sciences*. 2014;11(2):74-88. doi: 10.14687/ijhs.v11i2.2681.
- Oman Women's Health Network. Poverty & health e-bulletin 2010 (no:2) April 15. Available from: http://www.owhn.on.ca/pdfs/poverty_e_bulletin.pdf
- Elbek O. Tütün ve yoksulluk: Kısır döngü. In: *Dörtüncü Sigara ve Sağlık Ünsat Kongresi Kitabı*. Hazır, 2010. Available from: http://www.suik.org.tr/eski_suc_verileri/etazig_kongre_sunumlar/Osman_03.09.09.pdf
- Özürk M, Çetin Bİ. Dünyada ve Türkiye'de yoksulluk ve kadınlar. *Journal of Yasar University*. 2009;4(16):2661-68. Available from: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/179252>
- WHO. TÜTÜN kontrolünde sağlık profesyonellerinin rolü. Bül N, Tetar G. Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Enstitüsü; 2005.
- The Tobacco Atlas. Available from: <http://www.tobaccoatlas.org/>
- SAMSHA. New report spotlights substance use among pregnant women. 2005;13(4). Available from: <http://www.samhsa.gov/newsroom/press-announcements/201205100300>
- Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması 2014. Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- TÜİK. Küresel yoksulluk için araştırması 2012. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/veriler/buletleri.do?id=13142>
- Keskinoglu P, Cıram D, Gray H, Karakoc NE, Aksoyoglu G. Gebelerde aktif ve pasif sigara içiciliği ve etkileyen etkenler. *Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi*. 2005;19(3):153-8.
- Demirkaya BÖ. Gebelikte sigara içiminin plasenta ve yenidoğan üzerine etkileri [master's thesis]. İstanbul: İstanbul Sağlık Bilimleri ve Araştırma Enstitüsü; 2004. Available from: http://www.sanbulunsaik.gov.tr/w/tez/pdf/kadin_hastalir_burca_ozmen_demirkaya.pdf
- Karakoc N, Güneş G, İlgar M, et al. Materyarda yaşayan gebelerde sigara içme düzeyi ve etkileyen faktörler. In: *IX. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı*. Ankara; 2004.

17. Koçak C, Kurşer MA, Arıkan H. Bilecik İncevâri Üniversitesi Hastanesi Gebelik Polikliniğine başvuran kadınların sigara içme konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *İstanbul Med J.* 2015;16:133-6. Available from: http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_20913/IMJ-16-133.pdf
18. Marakoğlu K, Sezer R. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2003;25:157-64.
19. WHO. Recommendations on prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy – The short version. Geneva: WHO; 2014. Available from: <https://www.who.int/tobacco/en/>
20. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Öset O. Tütün konusuna. *Toraks Dergisi.* 2006;7(1):51-64.
21. Marakoğlu K, Erdem D. Konya'da gebelikte kadınların sigara içme konusundaki tutum ve davranışları. *Erciyes Med J.* 2007;29:47-55. Available from: http://www.sciuk.edu.tr/dosyalar/files/334/k_marakoğluC-4969-fu-sigara%20i%20k%20C%20A7me.pdf
22. Tarhan P, Yılmaz T. Smoking during pregnancy and affecting factors. *Journal of Health Science and Profession.* 2016;3(3):140-7. Available from: <http://archhealthscres.org.tr/gebelikte-sigara-kullanimi-ve-etkileyen-faktorler-13208>
23. Nichter M, Nichter M, Muramoto M, Adrian S, Goldade K, Tester L, Thompson J. Smoking among low-income pregnant women: An ethnographic analysis. *Health Education & Behavior.* 2007;34(5):748-64. doi: 10.1177/1090198106290397.
24. Flemming K, Graham H, Heis M, Fox D, Sowden A. Smoking in pregnancy: A systematic review of qualitative research of women who commence pregnancy as smokers. *Journal of Advanced Nursing.* 2013;69(5):1025-30. doi: 10.1111/jan.12000.
25. Graham H, Flemming K, Fox D, Heis M, Sowden A. Caring down: insights from qualitative studies of smoking in pregnancy. *Health and Social Care in the Community.* 2014;22(3):259-67. doi: 10.1111/hsc.12000.
26. Grangé G, Vaysière C, Borgne A, Ouzana A, L'Huillier JP, Valensi P et al. Characteristics of tobacco withdrawal in pregnant women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000 Mar 1;125(1):38-43. doi: 10.1016/j.ejogrb.2005.06.014.
27. Haslam C, Draper ES. A qualitative study of smoking during pregnancy. *Psychology, Health & Medicine.* 2001;6:95-9. doi: 10.1080/13600220010000228.
28. Ingall G, Cropley M. Exploring the barriers of quitting smoking during pregnancy: A systematic review of qualitative studies. *Women and Birth.* 2010;23(2):45-52. doi: 10.1016/j.wombi.2009.09.004.
29. Kashy P, MacKenzie M, Tappin D, Rankin L. Smoking cessation during pregnancy: The influence of partners, family and friends on quitters and non-quitters. *Health and Social Care in the Community.* 2010;18(5):500-10. doi: 10.1111/j.1365-2524.2010.00920.x.
30. Maxson PJ, Edwards SL, Ingram A, Miranda ML. Psychosocial differences between smokers and non-smokers during pregnancy. *Addictive Behaviors.* 2012;37(2):153-9. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.08.011.
31. Thompson KA, Parahoo KP, McCurry N, O'Doherty E, Doherty AM. Women's perceptions of support from partners, family members and close friends for smoking cessation during pregnancy—combining quantitative and qualitative findings. *Health Education Research.* 2004;19:29-39. doi: 10.1093/her/cyp013.
32. Karatay G. Sigara bırakma uygulamaları odaklı motivasyonel girişimlerle gebelerde sigara bırakma [doctoral dissertation]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2007.
33. Kesen E, Gölbaşı Z. Sigara içen gebelere kadınlara uygulanan üç farklı sigarayı bırakma müdahalesinin etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2013;12(5).
34. Sağlam L. Özel durumlarda sigara bırakma tedavisi. In: Tütün ve tütün kontrolü. *Türk Toraks Derneği Kurulmuş Sayı* 10; 2010.
35. Türk Toraks Derneği. Sigara bırakma tam tedavi ve uzlaş raporu 2014. Available from: <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/142201415150-Sigara-Birakma-Tam-ve-Uzlaş-Raporu-2014.pdf>
36. Ussalan E. Sigarayı bırakma yöntemleri. *STEED.* 2003;128(5):166-71.



OP-021

YOKSUL GEBELERE UYGULANAN SİGARA BIRAKMA PROGRAMININ ETKİNLİĞİ

Deniz Aşlı Dokuzcan¹, Nihal Gördes Aydoğdu², Oğuz Kılınç³

¹Balikesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Balıkesir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Sağlık İnanç Modeli'ne (SİM) göre yoksul gebeler için geliştirilen sigara bırakma programının etkinliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Tek grupta ön test son test yarı deneysel desende bir çalışma olarak İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı aile hekimliği merkezlerinde, 05.10.2018 – 30.08.2019 tarihleri arasında, İzmir il merkezinde yaşayan, günlük 4.3 Dolar ve altında geliri olan, 12-20 gebelik haftası arasında, 18 – 49 yaş grubunda, Türkçe okuyup yazabilen ve günde en az bir sigara içen 42 gebe ile yürütülmüştür. Sigara bırakma programı kapsamında gebeler ile 5 kez yüz yüze görüşme aile sağlığı merkezlerinde yapılmış, telefon ile danışmanlık verilmiştir. Müdahale programı kapsamında; görüşmelerin dördünde motivasyonel görüşme tekniği kullanılmış, Sağlık İnanç Modeli'ne göre eğitim sunumu yapılmış, bebekten anneye sigarayı bırakmayı motive edici mektup ve görüşmelerin devamlılığını sağlamak için katılımcılara her görüşmede bebek bezi verilmiştir. Müdahale programı; Ekspiryum karbonmonoksit düzeyi, idrarda kotinin düzeyi, Gebe Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın yürütülmesi için, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni, gebelerden yazılı onam alınmıştır.

Bulgular: Gebelerin yaş ortalaması 28.28±6.17 olup %40.5'i ilkokul mezunudur. Katılımcıların %95.2'si evli, %90.5'i çalışmamakta, %66.7'sinin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Gelir durumu incelendiğinde kişi başı ortalama gelirleri 516.88±130.90 olup %28.6'sı 20. gebelik haftasında ve %26.2'si günde ortalama 10 sigara içmektedir. Gebe kadınların girişim sonrası sigarayı bırakma oranı %42.9 olup, girişim öncesi idrarda kotinin oranı 1019.28±648.33 iken, girişim sonrası kotinin oranı 503.40±579.75'tir. Kadınların girişim öncesi ve sonrası idrarda kotinin oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (t=5.76, p=.000). Katılımcıların ekspiryum karbonmonoksit düzeyleri incelendiğinde 1. ölçüm ortalama değeri 8.35±4.13, 2. ölçüm ortalama değeri 7.76±4.22, 3. ölçüm 5.33±3.09, 4. Ölçüm ortalama değeri 4.00±3.60 olup, ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (F=61.70, p=.000). Yapılan ileri analizde ölçümler arasındaki farklılığın 4. ölçümden kaynaklandığı saptanmıştır. Girişim öncesi ve sonrası "Gebe Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" alt boyutları puan ortalamaları sırası ile; duyarlılık algısı 16.54±5.85-24.61±8.30, ciddiyet algısı 19.66±6.44-27.09±3.09, motivasyon algısı 11.04±3.95-17.26±3.01, yarar algısı 13.23±2.28-14.76±0.79, engel algısı 24.52±4.18-13.42±5.13, özetkililik algısı 7.90±2.90-12.69±1.96'dır. Sigara içen gebe kadınlarda girişim öncesi gebelikte sigara kullanımına ilişkin duyarlılık, ciddiyet, motivasyon, yarar, engel ve özetkililik algısı puan ortalamaları arasında girişim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (pykrk300.05).

Sonuç: Birinci basamakta çalışan hemşireler tarafından gebelik izlemleri süresince sigara kullanımının sorgulanması, yoksul gebelerin sigara bırakmada engelleri değerlendirilerek bu yönde sigara bırakma konusunda profesyonel danışmanlık verilmesi gebelerin sigarayı bırakmasında etkin bir girişim olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoksulluk, Gebelik, Sigara Bırakma

madde kullanma oranı %20.2 idi. 8 hasta Hepatit B ve 6 hasta Hepatit C pozitifiti. İlk kullanım yaş ortalaması en düşük olan iki madde esrar ($n=99$, $Ort\pm SD=15.64\pm 8.54$) ve uçucuydu ($n=45$, $Ort\pm SD=16.16\pm 8.41$). Esrardan eroine geçiş süresi ortalama 4.12 yıldır ($SD=8.54$). Elli hasta sentetik kannabinoid (%88.2) ve 41 hasta ise amfetamin (%81.8) kullandığını belirtmiştir.

Sonuç: Elazığ AMATEM’de verilen yataklı tedavi hizmetinin yoğunlukla opioid kullanım bozukluğuna yönelik olması önemli bir bölgesel farklılık oluşturmaktadır (2-4). 2008-2009 verilerine göre, merkezde tedavi görenlerde IV madde kullanım oranları artmıştır (5). Esrar kullanım yaşının düşüklüğü ve diğer maddelere eşlik etmesi, hala bir geçiş maddesi olma özelliğini sürdürdüğünü düşündürmektedir. Ülkemizde yaygınlaşma tehdidi mevcut olan yeni nesil maddelere Elazığ AMATEM’in hizmet bölgesinde de rastlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: IV madde kullanımı, bağımlılık tedavisi, HCV

Kaynaklar

1. Ögel K, Koç C, Başbakan A, İşmen M, Görücü S. Bağımlılık Profili İndeksi Klinik Formunun (BAPİ-K) geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bağımlılık Dergisi* 2015; 16:57-69.
2. Taş-Dürmüç P, Özkan N, Sönmez B, Vardar B. Bir üniversite hastanesi bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastaların profili: 2 yıllık AMATEM verilerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi* 2015; 16(Sk 1):47.
3. Karakaş H, Beşliye Usta Z, Usta A, Gülmüş Yarmalı M, Gödekmerdan A. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özelliklerinin retrospektif analizi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2017 (Basımda)
4. Bulut M, Sarıay HA, Canse N, Selek S, Kap Ö, Yumru M, Vint O. Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2006; 7:65-70.
5. Bilici R, Karakaş-Uğurlu G, Tufan B, Güven T, Uğurlu M. Bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi* 2012; 17:228-227.

PB-79

Yoksul Gebelerin Sigara Bırakma Engelleri: Niteliksel Bir Çalışma

Deniz Aşlı Dokuzcan¹, Nihal Gördes Aydoğdu¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

e-posta: denizdokuzcan@hotmail.com

Amaç: Yoksul kadınlarda sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının yetersiz, madde bağımlılığı davranışlarının fazla olduğu görülmektedir (1-3). Yoksul kadınlarda madde bağımlılığı içerisinde özellikle tütün kullanım oranları, stres yönetiminin yetersiz olması, maddi yokluklar ve sosyal destek eksikliği gibi pek çok nedenle sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınlara göre daha fazladır (2,4). Sigara kullanımının fetüs ve gebenin sağlığı açısından olumsuz yönleri bilinmesine rağmen yoksul kadınlarda gebelikte sigara içme oranları yüksek seyretmektedir (5). Gebelik dönemini sigara bırakma açısından etkin şekilde değerlendirebilmek için yoksul gebe kadınların sigarayı bırakma konusundaki engellerinin belirlenerek, uygun girişimlerin planlanması önemlidir. Bu nedenle araştırmada yoksul gebelerin sigara bırakmada algıladıkları engelleri belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma bir üniversite hastanesinin Kadın Doğum Polikliniği’ne rutin gebelik izlemleri için başvuran gebelerle 28 Kasım – 15 Aralık 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Fenomenolojik tipte olan çalışmanın veri analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmış olup, ölçüt örnekleme yöntemi ile; 18 yaşından büyük, yoksul, günde en az bir sigara içen, gebelik ile ilgili herhangi bir komplikasyon gelişmemiş olan 12 gebe çalışmaya alınmıştır. Çalışmada yoksulluk sınırı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre kişi başı günlük harcama için yoksulluk sınırı olan 4.8 dolar baz alınarak hesaplanmıştır. Veriler derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile literatüre dayalı olarak hazırlanan ve uzman görüşleri alınan yapılandırılmış görüşme formu aracılığı ile toplanmıştır. Görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiş olup

ortalama görüşme süresi 51 dakikadır. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul, kurum izinleri ve katılımcılardan bilgilendirilmiş olur formu alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan gebelerin %91.7'sinin eşinin de sigara bağımlısı olduğu, %88.8'ünün 18 yaşından önce sigara kullanmaya başladığı ve %8.8'ünün gebelik ile birlikte günlük alınana sigara miktarının arttığı saptanmıştır. Yoksul gebe kadınların sigara bırakmada algıladıkları engeller "bireysel tutum ve davranışlar" ve "kişiler arası faktörler" olarak iki tema altında toplanmış olup; Stres, bağımlılık algısı, bilgi eksikliği, öz-yeterlilik, kültürel inanışlar, günlük rutini sürdürme isteği, risk algısı, mantığa büründürme davranışı bireysel engelleri içinde yer almaktadır. Kişiler arası faktörlerde ise eşin, sosyal çevrenin ve sağlık çalışanlarıyla olan ilişkinin sigara bırakma davranışı açısından engelleyici olduğu görülmüştür.

Sonuç: Halk sağlığı hemşireleri birinci basamakta doğurgan çağıdaki kadın izlemelerini gerçekleştirirken, bu popülasyonun sigara kullanım durumunu öncelikle sorgulamalı ve sigara bırakmada eğitimi ve danışmanlık rolünü üstlenmelidir.

Anahtar kelimeler: Gebelikte sigara kullanımı, sigara bağımlılığı, sigara bırakmada engeller

Kaynaklar

1. Torpy JM, Lynn C, Glass RM. JAMA patient page. Poverty and health. JAMA 2007; 298:1968.
2. Elbek O. Tütün ve Yoksulluk. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi. Dördüncü Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi Kitabı Banağı, 2010.
3. Ontario Women's Health Network. Poverty & Health. 2010; e-bulletin. Erişim Adresi: http://www.owhn.on.ca/pdfs/poverty_e_bulletin.pdf Erişim tarihi Nisan 15, 2016.
4. Öztürk M, Çetin Bİ. Dünyada ve Türkiye'de yoksulluk ve kadınlar. Journal of Yaşar University, 2009; 4:2661-2698.
5. Nichter M, Nichter M, Muramoto M, Adrian S, Goldade K, Tesler L, Thompson J. Smoking among low-income pregnant women: an ethnographic analysis. Health Educ Behav 2007; 34:748-764.

PB-80

Kannabis ve Sentetik Kannabinoid Bağımlılarında Klinik Belirtiler ve Dissosiyatif Belirti Düzeyleri İlişkisi

Bengü Yüces¹, Vahap Ozan Kotan², İhsan Tuncer Okay³, Erol Göka³

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

²Bağkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

³Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

e-posta: dr.bengubaz@yahoo.com

Amaç: Kannabis (K) dünyada en yaygın kullanılan yasadışı madde iken son zamanlarda, 'bonzei' ismiyle bilinen sentetik kannabinoidlerin kullanımı da giderek yaygınlaşmakta ve ülkemizde de sıklıkla gündemde yer almaktadır. Kannabisin psikoaktif bileşeni olan Δ9-tetrahidro-kannabinol (Δ9-THC) gibi sentetik kannabinoidler (SK) de santral sinir sistemi ve periferik organlarda CB1 ve CB2 reseptörlerine bağlanır. THC parsiyel agonist etki gösterirken SK tam agonizma gösterdiğinden çok daha güçlü bir etki ortaya çıkar (1). Ortak reseptör etkinlikleri nedeniyle K ve SK'nin hoş giden etkileri ve yoksunluk belirtileri de benzerlik gösterebilir (2,8). Madde kullanım bozuklukları olanlarda diğer birçok ruhsal belirti gibi dissosiyatif belirtiler de sıklıkla karşımıza çıkar (4). Alkol ve diğer madde kullanıcılarında dissosiyatif belirti düzeylerine ilişkin literatürde çalışmalar olsa da SK kullananlarda görülen dissosiyatif belirti düzeyleri ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM polikliniğinde değerlendirilen SK kullanıcılarının sosyodemografik özellikler, madde kullanım özellikleri, dissosiyatif belirtiler, genel psikopatoloji düzeyleri ve suisid girişim öyküleri açısından K kullanıcılarıyla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM polikliniğine başvuran son 1 ay içinde düzenli K veya SK kullanımı olan 64 hasta alınarak sadece K, sadece SK ve K&SK kullananlar