

Yoksulluk Kapsamında Gebelikte Sigara Kullanımı ve Sigara Bırakma Yöntemleri

Smoking During Pregnancy And Smoking Cessation Methods In The Context Of Poverty

 DENİZ ASLI DOKUZCAN*

 NİHAL GÖRDES AYDOĞDU**

 OĞUZ KILINÇ***

ÖZ

Yapılan çalışmalarda, düşük eğitim düzeyi, göç, yoksulluk, gebelik sayısı, gebelik haftası, gebeliğin planlanma durumu, doğum öncesi bakım alma sıklığı, gebenin eşinin sigara kullanma durumu, pasif içiciliğe maruz kalma ve sigaranın zararlarına ilişkin bilgi eksikliği gebelikte sigara içimini etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir. Her gebe kadının tütün kullanımının zararlarına ilişkin bilgi sahibi olması temel hakkıdır. Gebelik dönemi bebeğe hazırlık ve anne sağlığına odaklanmak için en öğrenmeye açık dönemdir. Bu nedenle gebelik dönemi, etkileşim yoluyla hem gebenin hem de gebenin eşi ile birlikte evde yaşayan diğer aile üyelerinin sigara bırakmaları için en iyi zamandır. Gebe kadınlarda uygulanacak sigara bırakma programları davranış değişimi açısından önemlidir ve verilecek hizmetlerle gebelikte sigarayı bırakma oranı daha da yükseltilmelidir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, sigarayı bırakma, yoksulluk.

ABSTRACT

According to studies, low education levels, migration, poverty, number of pregnancies, gestational week, situation of planning pregnancy, frequency of prenatal care, smoking status of pregnant woman's husband, passive smoking, and lack of knowledge about the harmful effects of cigarettes may define someone as smoking during pregnancy. Having knowledge about the harmful effects of tobacco use is a fundamental right for every pregnant woman. Women are open to learning about preparing for the baby and about maternal health during pregnancy. For this reason, the pregnancy period is the best time for smoking cessation both for the woman and woman's husband along with any other family members living at home who interact with each other. Therefore, smoking cessation programs are vital in terms of behaviour change and smoking cessation rates among pregnant women and should be increased.

Keywords: Pregnancy, smoking cessation, poverty.

* D A Dokuzcan, Araş. Gör.
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:
Deniz Aslı Dokuzcan, Araş. Gör.
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Bostanlı Mah. Cengiz Kocatoros Sok. Önen Apt. No: 22 Daire: 10 Karşıyaka / İzmir
Tel: 0 531 699 87 04 Faks: 0 232 277 65 84
e-posta: e-posta.denizdokuzcan@hotmail.com

** N Gördes Aydoğdu, Dr. Öğretim Üyesi
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir
e-posta: nihalgordes@gmail.com

*** O Kılınc, Prof. Dr.
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir
e-posta: oguz.kilinc@deu.edu.tr

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, yaratıcı 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 yansımalarından 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 erkeklere göre göreceli olarak daha yoksullaşmaktadır.⁽⁴⁾ Kadınların yaşamdaki zorluklarla mücadele etme gücünü, psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde bağımlılığa itmektedir.⁽⁵⁾

Yoksul kadınların en önemli sağlık sorunlarının arasında enfeksiyon hastalıkları, kronik hastalıklar, ruhsal sorunlar, HIV, beslenme bozuklukları, şiddet, anne-bebek ölümleri yer almaktadır.⁽³⁾ 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 yokluklar 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 ulaşılammıştır.⁽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.⁽¹⁴⁻¹⁸⁾

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 aşırı çaba gösteren gelişmekte olan ülkeler, bu hedefe ulaşma yolunda, sigara içen anne sayısının artması nedeniyle yeni sorunlarla karşılaşmaktadırlar.⁽⁹⁾ Gebe kadınlarda sigara kullanımı anne sağlığını etkilemenin yanı sıra fetüs ve bebeğin sağlığını da etkilemektedir. Gebelik sırasında tütün kullanımı, ölü doğum, düşükler, erken doğum, ektopik gebelik riskini arttırmaktadır. Gebelikte sigara içen anneleri bebekleri daha erken doğmakta, düşük doğum tartısına ve gelişimsel anomalilere sahip olmaktadır.⁽¹⁹⁾ Sigara içen annelerin bebeklerinin içmeyenlerinkine 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, yanıklar ve yangına bağlı ölümlere yol açabilmektedir.⁽²⁰⁾

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.^(18,21,22)

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 onaylama 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	MANTIKLI SONUÇ
Sigara içme durumunu değerlendirir:	Aşağıdakilerden hangisi sizin sigara içme durumunuzu en iyi tanımlar? <ul style="list-style-type: none"> • 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 zararlan).	Bırakma şansını daha da artırır.
Olabildiğince erken bırakması için, güçlü, açık anlaşılabilir şekilde öner.	Gebeliğin erken döneminde bırakma, bebeğe en büyük yarar sağlar.
Sorun çözüme görüşmeleri, sosyal destek, gebeliğe özel yardım materyalleri kullanılabilir.	Sigara bırakma şansını artırır ve özellikle gebelikte sigara kullanmamanın yararlarının olduğu düşüncesini güçlendirir.
Gebelik suresince 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.

Sağlam L. Özel Durumlarda Sigara Bırakma Tedavisi. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği Kitapları. Sayı:10, 2010

ayrılarak; 1. müdahale grubuna hastanede kısa eğitim ve danışmanlık, iki kez telefonla destek danışmanlığı ve broşür verilmiş olup, gebelerin %70.7'sinin sigarayı bırakmasında, 2. müdahale grubuna ise hastanede kısa eğitim ve danışmanlık, iki kez telefonla 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 müdahalenin etkili olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yoksul gebe kadınların tütün kullanımına ilişkin çalışmalara ulaşılmasını sağlar.

Dünya Sağlık Örgütü ve Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW)'ne göre, her gebe kadının tütün kullanımının zararlarına ilişkin bilgi sahibi olması temel hakkıdır.⁽¹⁹⁾ Bu nedenle gebeler sağlık profesyonelleri ile ilk karşılaşmada sigara veya tütün ürünleri bağımlılığı yönünden

Tablo 2. Gebelikte 5A yaklaşımı

KLİNİK 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. Eğer yanıt A, B ve C ise gebeyi tebrik edin ve bu konuda destek verin.
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 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 olmadığını sorun. Nikotin bağımlılığını ölçün ve engel olarak düşündüğü sebepleri araştırın. Eğer gebe 1 ay içerisinde bırakmaya hazırsa önderlik yapın. Bırakmaya hazır değil ise motivasyonel görüşme yapın ve bu görüşmelerde kendisi ve bebeği için olası risklerden söz edin.
4. ÖNDERLİK ET (ASİST)	Hasta bırakma konusunda istekli ise birlikte bırakma planı yapın. Bu süreçte hastanın yanında olacağını söyleyin ve bırakma günü belirleyin. Davranış değişiklikleri önerin. Hastanın yakın çevresinden destek alın ve 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.

Türk Toraks Derneği. Sigara Bırakma Tanı Tedavi ve Uzlazı Raporu. 2014. Available from: <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/142201415150-Sigara-Birakma-Tani-ve-Tedavi-Uzlazi-Raporu-2014.pdf>

sorgulanmalı ve zararlarına ilişkin bilgi kesinlikle sağlanmalıdır. Gebelik süreci bebeğe hazırlanma ve anne sağlığına odaklanmak açısından yaşam boyunca en öğrenmeye açık dönemdir. Gebelik sürecinin hem öğrenmeye en açık dönem olması hem de ailenin odağının gebede olması aile üyelerinin birbirleriyle etkileşimi artırmaktadır. 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 sağlığı geliştirme açısından önemli olup, verilecek hizmetlerle gebelikte sigarayı bırakma oranını daha da yükselecektir.⁽¹⁸⁾

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).⁽³⁴⁾ Sigara içiminin psikolojik ve davranış boyutunu algılamak ve bunlara yönelik bilişsel ve davranışçı tedavileri uygulamak tedavi başarısını arttırmaktadır.⁽³⁵⁾

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.⁽³⁵⁾

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.⁽³⁶⁾ 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.⁽³⁵⁾

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 tartışılarak birlikte karar verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Sigara bırakmada yetişkinlerde medikal tedavide kullanılan Bupropion ve Vareniklin ilaçları gebelikte C grubu ilaçlar içinde yer alıp, gebelikte kullanılmamaktadır.⁽³⁵⁾

Sonuç

Her gebe kadının evde, işte ve kamusal alanlarda dumanlı 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 damgalayıcı, 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 açıklamıştır.	Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.
© Telif Hakkı 2020 Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC). Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır.	
© Copyright 2020 by Koç University School of Nursing Semahat Arsel Nursing Education and Research Center (SANERC). This Journal published by Logos Medical Publishing.	

KAYNAKLAR

- Öztomacı 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.tarekoder.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/258/hdr_1997_en_complete_nostats.pdf
- Torpy JM, Lynn C, Glass RM. Poverty and Health. *JAMA*. 2007;298(16):1968. doi: 10.1001/jama.298.16.1968.
- Ergül Ş. Yoksulluk sağlık ilişkisi ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üni. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;8(2):95-104.
- Taşdemir G. Yoksulluğun ruh sağlığı üzerine etkileri. *International Journal of Human Sciences*. 2014;11(2):74-88. doi: 10.14687/ijhs.v11i2.2681.
- Ontario Womens Health Network. Poverty & health e-bulletin 2010 [cited 2018 April 15]. Available from: http://www.owhn.on.ca/pdfs/poverty_e_bulletin.pdf
- Elbek O. Tütün ve yoksulluk: Kısır döngü. In: *Dördüncü Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi Kitabı*. Elazığ; 2010. Available from: http://www.ssuok.org.tr/eski_site_verileri/elazig_kongre_sunumlar/Osman_ELBEK.pdf
- Öztürk M, Çetin BI. Dünyada ve Türkiye'de yoksulluk ve kadınlar. *Journal of Yaşar University*. 2009;4(16):2661-98. Available from: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/179252>
- WHO. TÜTÜN kontrolünde sağlık profesyonellerinin rolü. *Bilir N, Telatar 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 yetişkin tütün araştırması 2012. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>
- Keskinoglu P, Çımmın D, Giray H, Karakuş NE, Aksakoglu G. Gebelerde aktif ve pasif sigara içiciliği ve etkileyen etkenler. *Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi*. 2005;19(3):153-8.
- Demirkaya BÖ. Gebelikte sigara içiminin presentata ve yenidoğan üzerine etkileri [master's thesis]. İstanbul: İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2004. Available from: http://www.istanbulslglik.gov.tr/w/tez/pdf/kadin_hast/dr_burcu_ozmen_demirkaya.pdf
- Karaoğlu L, Güneş G, Ilgar M, et al. Malatya'da yaşayan gebelerde sigara içme düzeyi ve etkileyen faktörler. In: *IX. Halk Sağlığı Kongre Kitabı*. Ankara; 2004.

17. Koçak C, Kurçer MA, Arkan H. Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi Gebe Polikliniğine başvuran kadınların sigara içme konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Istanbul 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, Örsel O. Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi.* 2006;7(1):51-64.
21. Marakoğlu K, Erdem D. Konya'da gebe kadınların sigara içme konusundaki tutum ve davranışları. *Erciyes Med J.* 2007;29:47-55. Available from: http://www.selcuk.edu.tr/dosyalar/files/334/k_marako%C4%9Flu-sigara%20i%C3%A7me.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://archhealthscires.org/tr/gebelikte-sigara-kullanimi-ve-etkileyen-faktorler-13208>
23. Nichter M, 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):748-64. doi: 10.1177/1090198106290397.
24. 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):1023-36. doi: 10.1111/jan.12066.
25. 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):259-67. doi: 10.1111/hsc.12080.
26. Grangé G, Vayssière C, Borgne A, Ouazana A, L'Huillier JP, Valensi P et al. Characteristics of tobacco withdrawal in pregnant women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006 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: 10.1080/713690228.
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. 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):500-10. doi: 10.1111/j.1365-2524.2010.00926.x.
30. Maxson PJ, Edwards SE, 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/cyg013.
32. Karatay G. Sigara bırakma aşamalarına odaklı motivasyonel görüşmelerle gebelerde sigara bırakma [doctoral dissertation]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2007.
33. Keten E, Gölbaşı Z. Sigara içen gebe 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 Kitapları Sayı:10;* 2010.
35. Türk Toraks Derneği. Sigara bırakma tanı tedavi ve uzlaşma raporu 2014. Available from: <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/142201415150-Sigara-Birakma-Tani--ve-Tedavi-Uzlasma-Raporu-2014.pdf>
36. Uzaslan E. Sigarayı bırakma yöntemleri. *STED.* 2003;128(5):166-71.