

# Gebelik ve Postpartum Dönemde Sigara Bırakma

## Smoking Cessation During the Pregnancy and Postnatal Period

Dr. Hatice KILIÇ

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

### ÖZET

Sigara içme gebelik esnasında değiştirilebilir en önemli nedenlerden biridir. Gebe ve postpartum hastaları takip eden sağlık bakım uygulayıcıları, sigara bırakma ve/veya azaltma müdahalelerini önerirler. Gebe olgulara beslenme, egzersiz, emzirme ve diğer önemli konularda önemli pozitif değişiklikler yapılmasını önerirler. Üstelik; yargılayıcı ve suçlayıcı olmayan yaklaşımlarla kısa danışmanlık görüşmesini tercih etmelidirler. Gebeliğe özel eğitim materyalleri ile kısa bir danışmanlık ve sigara bırakmaya yönlendirim etkili bir sigara bırakma stratejisidir. Sağlık profesyonelleri; 5A bilgilerini kullanarak, davranışçı yöntemleri sürdürürler ve gebelerin sigara bırakma programlarını desteklemek için farmakoterapiyi ilave ederler. Aynı zamanda uygun ve yararlı kaynaklarla gebelere daha yoğun ve sürekli danışmanlık yapabilirler.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, sigara bırakma, farmakoterapi, emzirme.

### SUMMARY

Smoking is the one of the most important modifiable causes of during the pregnancy. Health care providers who follow up to pregnant and postpartum patients are request smoking cessation and/or reduction interventions. Health care providers are offer in making positive changes to nutrition, exercise, breastfeeding and other important issues to their pregnant patients. Hencely, they could also be offered support in quitting or reducing smoking. They should prefer brief counselling using a nonjudgmental, non-blaming approach. A short counselling with pregnancy specific educational materials and a referral to the smoker's quit line is an effective smoking cessation strategy. By knowledges of the use 5A's, health care professionals are maintain to the behavioural technique, and pharmacoteraphy add that support to pregnant smoking cessation programmes. They can also refer pregnant to more intensive and ongoing counseling and provide them with appropriate and helpful resources.

**Keywords:** Pregnancy, smoking cessation, pharmacoteraphy, breastfeeding.

### Yazışma Adresi / Address for Correspondence

Doç. Dr. Hatice KILIÇ  
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara  
e-posta: drhaticeb@yahoo.com  
DOI: 10.5152/gghs.2016.019

Gebelik esnasında sigara içme; dünyada hala önemli bir halk sağlığı problemi olarak değerlendirilmektedir. Gebelik esnasında sigara içimi hem anne hem de bebe için önemli bir risk faktörüdür<sup>(1)</sup>.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bildirilen verilere göre; gebelik esnasında sigara içmeye devam eden olguların prevalansı, ülkeden ülkeye önemli farklılıklar içermektedir; Tunus, Fas gibi ülkelere %1.den az iken Ermenistan, Bahreyn, Çat, Çin, Kongo, Guatemala, Tayland ve Uganda' da %52'den az izlenmektedir. Buna karşılık Belçika, Almanya, İtalya, İrlanda, İsrail, Litvanya, İspanya ve Uruguay'da %20'nin üzerinde ve Şili, Bosna'da %30'un üzerinde seyretmektedir. Amerika'da ise gebelikte sigara içme prevalansı %19 olarak saptanmıştır<sup>(2)</sup>.

Türkiye'de yapılmış lokal çalışma verilerine göre gebelikte sigara içme oranlarımız %11.3-51.2 arasında değişmektedir<sup>(3-8)</sup>. Bu çalışmalarda oranlar irdelendiğinde ülkemizin doğusunda batısına göre gebelikte tütün kullanım oranları daha yüksek bulunmuştur. Türkiye'de yapılan çalışmalarda gebelikte sigara bırakma oranlarımız; %48.8-87.3 arasında değişmektedir<sup>(3-8)</sup>. Diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında, ülkemizde gebe kadınların tütün kullanım oranları daha düşük gözlenmektedir.

Sigara içme ve gebelik boyunca sigara içmeye devam etme; fetüs üzerinde, doğum esnasında ve bebeğin erken gelişiminde düşük, erken doğum, bilişsel gelişimde defekt, abrupsiyo plasenta, plasenta previa, düşük doğum ağırlığı, ani bebek ölüm sendromu gibi önemli etkilere yol açabilmektedir. Doğumdan sonra anne ve/veya babaları sigara içmeye devam eden bebekler postnatal dönemde akciğer gelişiminde gerilik, orta kulak iltihabı ve solunumsal hastalıklar açısından artmış riske sahiptirler<sup>(9)</sup>.

2002 yılında ABD'de yapılan bir çalışmada, prenatal sigara içmenin; %5-8 oranında prenatal doğum, %13-19 oranında term infantın gelişiminde yetersizlik, %5-7 preterm doğumla ilişkili ölüm, %23-34 oranında ani bebek ölüm sendromu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir<sup>(10)</sup>.

ABD'de 2001'de yapılan bir çalışmaya göre altı yaş ve altında çocukların %27'sinin pasif sigara maruziyeti olduğu saptanmıştır<sup>(11)</sup>.

Sigara içen hanımlar ve partnerleri çocuk sahibi olma planı yaptıklarında hayat stilleri ve sağlıkla ilişkili alışkanlıklarını yeniden gözden geçirmektedirler. Çünkü yapılan çalışmalar göstermiştir ki bu dönemde annenin sigara bırakma girişimi; düşük doğum

ağırlığı sıklığında azalma, ortalama doğum ağırlığında artış ve erken doğum sıklığında azalmaya yol açmaktadır. Özellikle 16 haftalık gebelik öncesindeki sigara bırakmanın fetus gelişimindeki etkiyi azaltmada maksimal öneme sahip olduğu gösterilmiştir<sup>(12,13)</sup>.

Sigara bırakma ile ilgili çalışmalarda, kadın sigara içicilerin neden yüksek oranlarda sigaraya başladığı ve sigara bırakma oranlarının daha düşük olduğu araştırılmış: Öncelikli olarak daha genç içiciler ve kadınlar; sigara endüstrisinin sigara içmeye dair kampanyalarında öncelikli hedef kitle grubunu oluşturmaktadır. Bu bağlamda genç kadınlar, uzun dönemde sigara içmenin sağlıkları üzerindeki etkilerine dair daha az kaygı duymaktadırlar. Ayrıca, genç kadınlar sigara içme özelliğini özgürlük, bağımsızlık, özgüven ve arkadaşlık duyguları ile özdeşleştirmektedirler. Daha yaşlı kadınlara göre sigarayı stres yoğunluğunu azaltma, gevşeme ve daha mutlu bir insan olmada etkin bir araç olarak görmektedirler. Ayrıca, sigaranın iştah baskılayıcı özelliğini, sigaraya devam etmekte önemli bir gerekçe olarak görmektedirler<sup>(14)</sup>.

Gebelik esnasında sigara içmeye devam eden kadınların daha düşük sosyokültürel statüye sahip oldukları, daha düşük gelirleri olduğu ve bu konuda eğitim şartlarına ulaşım imkanlarının sınırlı olduğu çalışmalarda gösterilmiştir<sup>(15)</sup>. Ayrıca, eşleri sigara içen gebelerinde sigarayı bırakamadıkları ve postnatal dönemde relaps oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir<sup>(16)</sup>.

Gebelik esnasında içilen sigara miktarı ile preterm doğum ve çok düşük doğum ağırlıklı bebek doğum prevalansı arasında doz bağımlı bir ilişki gösterilmiştir. Ayrıca, DSÖ raporlarına göre sigara miktarının azaltmanın daha küçük infantlar olmasına bir etkisinin olmadığı saptanmıştır<sup>(16)</sup>.

Araştırmalar aynı zamanda inuterin dönemde nikotin maruziyetinin fetal nikotin reseptörlerinde değişikliği yol açtığı ve daha sonraki dönemde bebeğin sigara davranışını etkilediği gösterilmiştir. Bir çalışmada anneleri gebe iken yarım paketten fazla sigara içen çocukların 10 yaşından itibaren 5.5 kat daha fazla sigara içmeye başladıkları gösterilmiştir. Ancak postpartum dönemde fetüs ve infantın anne aracılı pasif sigara maruziyetinin solunum sıkıntısı, öksürük, balgam, wheezing, crup, bronşit, pnömoni ve astım gibi solunumsal problemlerde artışa yol açtığı bildirilmiştir<sup>(16)</sup>.

Yine gebeyken sigara içmeyi bırakan annelerde postpartum dönemdeki ilk altı ayda sigaraya başlama oranları %70 olarak bildirilmiştir. Bu yüksek oran ile ilişkili aşağıdaki nedenler ortaya koyulmaktadır: Gebelikte

fetus nedeni ile yüksek motivasyonu olan annelerin postpartum dönemde psikolojik olarak sigara bırakmaya hazır olmadıklarını fark etmeleri, evde sigara içen başkalarının varlığı (eş, anne), çocukla ilgili hayatlarına gelen ek sorumluluklar nedeni ile annelerin postpartum dönemdeki intrinsek motivasyon kaybı<sup>(16)</sup>.

Bundan nedenle, gebelikte tütün kullanımının önlenmesi ve kullananlara da profesyonel destek verilmesi gereklidir. İdeal yaklaşım; hastanın gebelik öncesi tütün kullanımını sonlandırmasıdır<sup>(1)</sup>.

### GEBELİK DÖNEMİNDE SİGARA İÇMENİN PATOFİZYOLOJİK ETKİLERİ

Annenin sigara içmesinin gebeliğe etkileri; fetal oksijenasyonda azalma, fetal gelişimde ve fizyolojik yanıtlarda yetersizlik ve toksin maruziyeti olarak ortaya koyulabilir.

Fetal oksijenlenmede azalma birkaç mekanizma ile açıklanabilir; Sigara içmeyenlerle içen annelerin plasentasının patolojik olarak karşılaştırıldığı bir çalışmada, fetal kapiller volümün azaldığı ve villöz membran kalınlığının arttığı gösterilmiştir. Yine nikotine bağlı vazospazm nedeni ile intervillöz perfüzyonun akut olarak düştüğü gösterilmiştir. Karboksihemoglobin artışı olan fetüste oksihemoglobinle kompetitif yarış sonucu doku oksijenlenmesinin azaldığı ve fetal dolaşımdan karboksihemoglobinin temizlenmesinin yavaşladığı gösterilmiştir<sup>(17)</sup>.

Yine hayvan modellerinde nikotinin vasküler resistansı artırdığı ve uterin kan akımını azalttığı gösterilmiştir. Kronik nikotin maruziyeti nedeni ile beyinde nörokimyasal madde salınımında artış gösterilmiştir. Nikotinik asetikolin reseptörleri ile etkileşim sonucunda akciğer gelişiminde yetersizlik gelişmektedir. Gebe maymunlarda yapılan bir deneysel modelde nikotin enjeksiyonu ile akciğer volüm ve ağırlığında azalma görülmüş ve hava yolu rezistansının arttığı görülmüştür. Ayrıca, kalp hızı değişkenliğinde artış gösterilmiştir<sup>(18)</sup>.

Sigaranın içindeki direkt toksik olan maddeler amonyum, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, hidrojen siyanid, vinil klorid ve nitrojen oksit ve 4000'den fazla kimyasal madde; direkt fetal genomik materyale toksik etki etmektedir<sup>(19,20)</sup>.

### SİGARANIN ANNE VE BEBEK SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

#### Maternal Etkileri

**Maternal sağlık:** Gebelik ilişkili akciğer kanseri 30 olgu bildirilmiştir, 17 tanesi sigara içmekteydi.

**Subfertilite:** %17 oranında subfertilite bildirilmiş. Yine başka bir çalışmada sigara içmek subfertiliteyi 1.6 kat artırdığı görülmüş OR: 1.60 (%95 CI 1.34-1.91)<sup>(21)</sup>.

**Düşük:** 2014 yılında yayınlanan bir sistemik derlemede (n= 50 çalışma) annenin sigara içmesi ile düşük arasında 1.23 kat artmış risk saptanmış (RR 1.23, 95% CI 1.16-1.30)<sup>(22)</sup>.

**Erken doğum ve neonatal ölüm:** 142 çalışma içeren bir metaanalizde, sigara içen annelerde erken doğum sıklığı %50 olarak bildirilmekte (Relative Risk 1.46, 95% CI 1.38-1.54) ve neonatal ölüm oranı %20'nin üzerindedir (Relatif risk 1.22, %95 CI 1.14-1.30)<sup>(23)</sup>. Bu ilişkinin ise başka çalışmalarda doz bağımlı olduğu gösterilmiştir<sup>(24)</sup>. Üstelik pasif maruziyet ile intrauterin ölüm riski de 1.53 kat artmış olarak saptanmıştır (Relatif risk 1.53, %95 CI 0.98-2.38)<sup>(24)</sup>.

**Preterm prematüre membran rüptürü:** 1.9-4.2 kat artar.

**Düşük Doğum Ağırlığı:** Doğum ağırlığı sigara içen annelerin bebeklerinde 100-300 gram arası eksik olabilmektedir<sup>(25)</sup>.

#### Plasental Abrupsiyo/Plasenta Previa

**Preterm doğum:** Otuzyediy haftadan önce doğum sık izlenir. 32 hafta öncesinde doğum 1.2-2.5 kat daha sık izlenmektedir<sup>(26)</sup>.

**Kongenital malformasyonlar:** Annenin sigara içmesi yarık damak, yarık dudak, gastroşizis, anal atrezi, kardiyak defektler, digital anomaliler (polidaktili, sindaktili, adaktili) ve bilateral renal agenezi veya hipoplazi izlenebilir<sup>(27,28)</sup>.

#### Preeklampsia:

**Postnatal:** Ani bebek ölüm sendromu, solunumsal enfeksiyonlar, astım, atopi, ititis media, infantil kolik, bronşiolit, hiperaktivite, çocukluk obezitesi, okul performansında düşüklük izlenmektedir<sup>(29)</sup>.

**Neonatal etkileri:** Stres ve eksitabilite artışı, iritabilite ve artmış kas tonusu, özyönetimde güçlük, frontal ve serebellar lob gelişiminde yetersizlik ve bu nedenle emosyon, uyarın kontrolü ve dikkat eksikliği ile ifade bulmaktadır<sup>(30)</sup>.

**Uzun dönem etkileri:** Ani infant ölüm sendromu riski iki-dört kat artmıştır. DM, bilişsel fonksiyonlarda azalma, davranışsal problemler, solunum fonksiyonlarında bozulma, astım, şizofreni (38 kat artmış) ve nörolojik hastalıklarda artış (iki kat artış) izlenmektedir<sup>(31)</sup>.

## PERİNATAL PERYODDA SİGARA İÇMEYE DEVAM EDEN OLGULARDA HEKİMLİK UYGULAMALARI

Kadınların gebelik planladıkları dönemde, gebelik esnasında ve postnatal dönemde sigara içme alışkanlıklarının sorgulanması gerek aile hekimleri, gerek kadın hastalıkları-doğum (KHD) ve göğüs hastalıkları uzmanlarınca sorgulanması ve bırakma konusunda bilgilendirme ve eğitim almaları önem arz etmektedir.

Sigara içen gebelerin büyük çoğunluğu sigaranın tehlikelerinin farkındadır. Ancak aksiyete hissini azaltması, odaklanma ve konsantrasyonda sağladığı artış ve bu nedenle kişinin özgüven ve hayatını idame etmesini kolaylaştırdığı algısı nedeni ile sigarayı bir dost eli gibi algılamaktadırlar.

Doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri gebe annelere bazı önerilerle yardımcı olabilirler:

1. Sigara bağımlılığı ve onun etkileri ile ilgili anahtar bilgiler sunma.
2. Bırakma planlarını şekillendirme ve bağımlılığı azaltma ile ilgili yardım önerileri.
3. Empati ve destekleyici bir üslup kullanarak gebenin güvenini kazanma ve aktivasyona geçirme.
4. Problemleri çözme konusunda destek olma.
5. Medikal tedavi açısından değerlendirme.
6. Sigara içenlerle bağlantının değerlendirilmesi.

Sigara içen gebeler içmeyen kişilere göre diğer sağlık ve sosyal olgularla daha çok ilişkilidir: Alkol problemleri, diğer bağımlılıklar, partnerlerinin üzerlerindeki baskısı, diğer mental sağlık sorunları, güçlülük sorunu ve ailesel krizler gibi...<sup>(1,9,10,16)</sup>

Bu nedenle gebe olgularda aile hekimi, KHD uzmanları veya gebelik planlandığı dönemde doktor başvurusu olan Göğüs hastalıkları ya da diğer branş hekimleri; hastanın sigaraya dair durumunu belirleyerek, hastayı en yakın sigara bırakma ünitesine yönlendirebilirler. Kişinin durumunun belirlenerek sigara bırakma aşamasına yönlendirilmesi sigara bırakma rehberlerinde kullanılan modellerle sağlanmaktadır (Şekil 1)<sup>(32)</sup>.

Dünya genelinde ülkelerde sigara bırakma üniteleri tarafından, sigara bırakma rehberlerinin önerileri doğrultusunda önerilerde bulunmaktadır. Bu rehberlere göre sigara içmeye devam eden kadınlara 5A kuralları ile önerilerde bulunulmadır: (Tablo 1)<sup>(9,33)</sup>.

Bu maddeler; sigara kontrolünü sağlamanın esasını oluşturan kurallardır: Ask (Öğren), Advice (Öner),

Assess (Ölç), Assist (Önderlik et), Arrange (Örgütüle). Gebelik planlanan dönemde, prenatal ve postnatal dönemde bu kuralların önerilmesi gebenin sigarayı bırakmasını sağlamakta ve o ülkedeki hastalık ve ölüm neden olan birçok faktör ortadan kalkmaktadır.

Şüphesiz ki bireysel olarak gebenin vereceği tepkiler ve ne yapmayı planladığı, tedavi başarısı açısından önemlidir. Bu nedenle dokturu hasta ile işbirliği içerisinde olması, bırakma periyoduna dair planlarına iştiraki, desteği ve bu planları yazılı rapor halinde kaydetmesi kritiktir. Mümkün olabirirse bu sürece eşin de katılmasının sağlanması, sigara içiyorsa onun sigara statusunun belirlenmesi ve birlikte bırakmanın sağlanması; gebenin sigara bırakmasına çok katkısı olacaktır<sup>(1, 9, 10, 16)</sup>.

### Klinik Sigara Görüşmeleri:

#### Ask: (Öğren):

12 yaş üzerindeki her kız ve gebe kadının sigara içme durumu ve sigara dumanına maruziyetini sormak ve kaydetmek gereklidir. Her görüşmede, sigara içmeye devam etme kararında olan hastaya bu konuda ne hissettiğini, düşüncelerinin ve ne yapmaya karar verdiğini mutlaka sorgula. Sonunda "bir doktor olarak bizim hastamıza sağlığını koruması ve varolan sigara içme gibi sağlık problemleri konusunda yardımcı olabileceğimizi vurgulama" konuşması yapılmalıdır.

#### Hastanın sigara içme durumunun saptanmasında üç durum mevcuttur:

1. Yeni bırakanlar grubu: İki haftadan kısa bir süredir sigara bırakanlar.
2. Yakın zamanda (iki hafta-beş yıl) sigara bırakanlar.
3. Uzun süredir sigarayı bırakmış olanlar.

Doktor her kontrolde hastanın yukarıda belirtilen gruplardan hangisinde olduğunu gebeye sorar ve kaydeder. İzlemdeki değişiklikleri de kaydeder.

#### Eğer zaman yeterli ise, gebeye ucu açık sorular sorarak sigara içme hakkındaki duygu ve düşünceleri ortaya konmalıdır:

1. Bana sigara içme hikayeni ve geçmişteki sigara bırakma deneyimlerini anlatır mısın lütfen?
2. Sigara içme öncesi ve sonrasını karşılaştırdığında; bıraktıktan sonraki yaşamını nasıl buldun? Kendini ve bebeğinin sağlığının nasıl olduğunu düşünüyorsun?
3. Sigarayı bırakma sürecini kolay mı zor mu nasıl başardığını düşünüyorsun?

Şekil 1. Değişim evreleri\*



\*: Adapted from Prochaska JO, DiClemente CC, et al: In search of how people change; Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47: 1102-1114, 1992 and NRG Research: Omnibus surveys, Vancouver, BC; 1990-2003.

Gebelerin prenatal ve postnatal dönemlerinde; anne ve bebeğin sigara maruziyetlerini ve anne ve ailesinin sigara içme durumlarını sorgulamak ve kaydetmek gereklidir. Eğer içme durumu varsa anne ve aile bireylerine anne ve bebeğin yanında sigaradan kaçınılması gerekliliğini belirtmelidir.

### Advise (Öner)

Her prenatal vizitte; doktor, anneyle düzenli olarak sigarayı bırakması ya da en azından azaltması yönünde açık önerilerde bulunmalıdır. Tüm mesajlar açık, güçlü, kişisel ve geri çevirilmeyecek tutumda olmalıdır:

**1. Açık ve güçlü mesajlar;** sigara içmeyi bırakmak senin ve bebeğinin sağlığını korumak için dünyadaki en önemli şeylerden biridir. Ben ve ekibim sana yardım etmeye hazırız.

**2. Kişiyeye özel:** Oğlunun sık soğuk algınlığı geçirdiğini ve öksürdüğünü biliyorum. Eğer sigara içmeyi bırakırsan onun öksürüğü iyileşecek ve daha az üst solunum yolu enfeksiyonu geçirecektir.

Hekimin burada önerilerde bulunurken; gebenin sağlık durumu, var olan hastalıkları; sosyal ve ekonomik pozisyonu ile sigara arasında bağlantı kurması ve pasif sigara maruziyetinin çocuk ve diğer aile bireylerine olan etkisini vurgulamalıdır.

### Assess (Ölç)

Doktor hastanın durumunu üç grupta değerlendirir:

1. Gebenin sigara bağımlılığını değerlendirir. Bunun için diğer hasta gruplarında olduğu gibi hastanın bağımlılık düzeyi Fagerstrom testi ile değerlendirilir<sup>(34)</sup>.

Bağımlılık düzeyini majör olarak bu faktör ile değerlendirsek de diğer göstergeler de önemlidir. Geçmişte bırakma deneyimi varsa bunlarda gebe ne kadar zorlanmıştı?

Geri çekilme semptomlarını kontrol edebilmek için ne kadar süre sigara bırakma ilacı kullanmıştır?

Bu deneyimlerle ilgili kişisel ve aile öyküsü nasıldır?

Sigara bağımlılığı depresyon, şizofreni, panik hastalığı, dikkat eksikliği sendromu, diğer ilaçlara bağımlı-

**Tablo 1. Gebe hastada 5A yaklaşımı\*.**

Klinik yaklaşım	İçerik
Öğren (Ask) Her olgunun sigara içip içmediğinin sorgulanması ve kaydedilmesi.	Gebe hastaya aşağıdaki soruları sorarak içme durumunu tespit edin
	A.Hiç sigara içmedim veya hayatım boyunca 100'den az sigara içtim B. Gebe olmadan öne 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 hastayı tebrik edin ve bu konuda destek verin
Öner (Advise) Eğer hasta D veya E durumunda ise	Hastaya açık, güçlü 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 yüzyüze değil iseniz telefonla bu görüşmeleri yapın
Ölç (Assess)	Bireyin gelecek 1 ay içinde sigarayı bırakmaya istekli olup olmadığını sorun Nikotin bağımlılığını ölçün Eğer hasta 1 ay içerisinde bırakmaya hazır ise önderlik yapın Bırakmaya hazır değil ise motivasyonel görüşme yapın Bu görüşmelerde kendisi ve çocuğu için olası risklerden bahsedin
Önderlik et (Asist)	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
Örgütle (Arrange)	Bireyin yüz yüze ya da telefon görüşmeleri şeklinde kontrollerini yapın

\*: Bottorff, J. L., Kalaw, C., Johnson, J. L., Chambers, N., Stewart, M., Greaves, L., et al. (2005). *Unraveling smoking ties: How tobacco use is embedded in couple interactions. Research in Nursing and Health, 28(4), 316-328.*

lılık, kültürel sorunlar, aile içi krizler gibi durumlarla sıklıkla ilişkilidir. Bu nedenle mevcut ek durumlar gebenin sigara bırakmasını daha da zorlaştırmaktadır. Bu grup gebeler, sigara bırakma tedavi döneminde; hem daha sıkı davranış terapi destekleri ve daha yoğun farmakolojik tedavi desteğine gereksinim duymaktadırlar.

2. Doktor, hastayla ile yapılan görüşmede verdiği yanıtlardan gebenin ne zaman sigara bırakmayı düşündüğünü öngörmeye çalışır.

Siz olsanız aşağıdakilerden hangisini tercih ederiniz?

a. Önümüzdeki 30 gün içerisinde sigara bırakmayı planlarım.

b. Önümüzdeki altı ay içerisinde sigara bırakmayı tercih ederim.

c. Kesin olarak ne zaman sigara bırakabileceğimi bilemiyorum.

Hastaya sigarayı bırakmayı düşündürme nedenlerini sorup kaydetmek ve/veya sigara içmeye devam etmesine yol açan nedenlerini sorgulamak önemli bir aşamadır. Böylece ne yaparsa sigara bırakabileceği ve sigarayı ne için ne şartlarda bırakabileceği öngörülür. Daha sonra her seansta gebenin bu konuda içgörüsünü geliştirmek amaçlı bildirimlerde bulunulur<sup>(1, 9, 10, 16)</sup>.

3. Doktor, kadının gebelik, sigara ve sağlık hakkındaki bilgilerini değerlendirir.

Aşağıda belirtilen sorularla gebenin bilgileri değerlendirilir. Ancak bu değerlendirme esnasında; gebenin sigara içmeye devam etmesi halinde kendini bekleyen problemler hakkında bilgilendirirken, aşırı abartılı ve korkutucu ifadelerden kaçınılmalıdır.

*"Sigara içme kadınlar için bir kısım sağlık sorunları ile sonuçlanır. Sen sigara içmenin sağlığını üzerindeki olası etkileri hakkında neler biliyorsun?"*

(Dolaşım sistemi: Kalp krizi, inme ani ölüm)

(Akciğerler: Sinüzit, kronik akciğer hastalıkları, amfizem)

(Kanser: akciğer, gırtlak, özafagus, serviks, pankreas, böbrek ve mesane kanseri)

(Cerrahi komplikasyonlar: Pnömoni, yara iyileşmesinde gecikme ve akciğer problemleri)

(Osteoporoz, İmmün sistemde zayıflama, nikotin bağımlılığı).

(Gebelik komplikasyonları: Ektopik gebelik, spontan abortus, plasental kanama, Plasental ayrılma,

İntrauterin gelişme geriliği, preterm doğum, erken doğum).

*“Sigara içme bebeğin gelişimi üzerinde birtakım sağlık problemlerine yol açabilir. Sigaranın bebeğe olan etkileri hakkında neler biliyorsun?”*

(Beyin oksijenlenmesinde azalma, düşük doğum ağırlığı, ani bebek ölüm sendromu, beyin gelişiminde yetersizlik, dikkat eksikliği sendromu, doğumda nikotin eksikliği sendromu)

*“Sigaranın senin ve bebeğin sağlığı üzerinde ne gibi etkileri olduğunu düşünüyorsun?”*

Bu şekilde yapılan görüşme ile kişinin kendi kendisini eleştirmesi ve farkındalığını artırması hedeflenir. Böylece hormonal olarak aktif ve hassas bir durumda olan gebenin; suçlayıcı ifadelerle karşı karşıya gibi hissetmemesi sağlanır. Bu durum tedaviye uyumu artırdığı ve gebenin sigara bırakma oranlarını artırdığı saptanmıştır.

### Assist (Önderlik Et)

**1. Doktor, gebe ile birlikte süreci değerlendir ve ona interaktif katkıda bulunur:** Gebenin bağımlılığın üstesinden gelmesi ve negatif etkilerinin minimize etmesi için profesyonel destek sağlamalıdır. Gebeye ilgilenir, onu tüm süreçte izler, anahtar bilgilendirmede bulunur. Destekleyici, kritik olmayan yorumlar yapar, yardımcı olacak değerlendirmelerde bulunur. Doktorun sağladığı bu yardımcı tutumla; gebe aşağıdakiler aracılığıyla tedavi sürecinde desteğini artırır:

- Planlamayı tartışırken aktif katkı,
- Yardım için sorularak; aile ve arkadaş desteğinin, yardım desteğinin sağlanması.
- Hayatındaki stres faktörlerinin ve sigara içme dışında alternatif gevşeme yöntemlerinin saptanması.
- Sigara bırakma sürecinin, tedavi evresinin, sigara içmenin monitörizasyonu, bırakma tarihinin belir-

lenmesi, medikal tedavi alınması gibi süreçler hakkında doktor tarafında bilgilendirilmesi ve sürecin rehberler ışığında işlemesi.

**2. Gebeye destekleyici stratejilerle yardımcı olunması:** Hastaya bu amaçlı yardımcı olacak sorular sorulur:

- “Sigara bırakmana iş, aile ve arkadaş çevrende kimler katkıda bulunmakta? Kimler destek oluyorlar? Bu avantajları en iyi nasıl kullanabilirsin?”
- “Sigarayı bırakmanla ilgili eşin evde neler hissetmekte?”
- “Planlarında değişikliğe yol açacak herhangi bir durum ya da konu düşünebiliyor musun? Bu takdirde planlarını uygulayabilmek için neler yaparsın?”
- “Şu andaki sigara bıraktığın durumu ve hissettiklerini not et. Eğer tekrar sigara içmeye başlasan tekrar hedeflerini belirlemede bu notlardan faydalan”
- “Planların değişirse nasıl yapacağına dair endişelenme. Lütfen her zaman geri dönebileceğini ve her seferinde istediğin konuda konuşabileceğimizi hatırla”.

**3. Gebeye farmakoterapi konusunda yardımcı olunması:** Gebelik esnasında nikotin replasman tedavisinin, potansiyel olarak zararlı olduğu bilinmektedir. Ancak bebeğin sigara içtiğinde, nikotin ve binlerce toksik madde ile maruz kalması ile karşılaştırıldığında nikotin replasman tedavi ile gebenin sigara bırakmasının tercih edilebileceği gösterilmiştir<sup>(1,9,10,16)</sup>.

Bu tedavinin günde 10 adetten fazla sigara içen gebelerde uygulanabileceği, ancak gebenin sigara içme davranışının bilinmesi ve her aşamada gebenin bilgilendirilmesi gereği vurgulanmaktadır. Nikotin replasman tedavisinin gebelik kategorisi D olmasına karşın bugün uygulanabilecek tek farmakoterapi ilacı olarak tanımlanmaktadır<sup>(35)</sup>.

Gebeliğin ilk trimestirinde klinisyen, gebe kadına nikotin replasman tedavisi olmaksızın, davranışçı terapi yöntemleri ile sigarayı tamamen bıraktırmaya çalışmalıdır. Ancak birinci trimestir sonunda gebe hala sigara içmeye devam ediyorsa doktor ve gebe birlikte fayda zarar oranı açısından durumu değerlendirirler. Sonuç olarak nikotin replasman tedavisi vererek gebeye sigara bırakma tedavisi uygulanabilir.

*Klinisyen bu değerlendirmeyi yaparken aşağıdaki sorulardan faydalanabilir:*

- Şu anda ne kadar sigara içiyorsun?
- Sigara içen anne ve bebeğin maruz kaldığı karbon-monoksit, karsinojen ve diğer zararlı toksinler; NRT ile ne kadar azaltılabilir?
- NRT' nin anne ve bebeğe zararları ile sigaraya devam ettiği takdirde anne ve bebeğin göreceği zararları karşılaştırdığımızda hangisi daha zararlıdır?
- NRT ile ve NRT olmaksızın hangi yöntem ile gebe sigarayı daha kolay bırakabilir?

NRT alan bir gebe ile plasebo grubunun karşılaştırıldığı 1050 olguluk bir çalışmada iki yıllık takipte NRT alan gruba ait bebeklerin daha iyi gelişim gösterdikleri saptanmıştır<sup>(36)</sup>. Yine İngiltere'de retrospektif 200.000 çocuk ile bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada, gebe iken NRT alan annelerin bebeklerinde konjenital anomali gelişme sıklığının, NRT almayan ancak sigara içen annelerin bebeklerinde görülen konjenital anomali gelişme sıklığından anlamlı farklılık içermediği görülmüştür<sup>(37)</sup>.

İkiyüz elli gebeyi içeren çalışmada, plasebo grubu ile 15 mg/16 saat'lik nikotin bandı kullanan grup arasında bırakma oranları açısından bir fark bulunamadığı, ancak nikotin bandı kullanan gebelerde, bebeğin doğum ağırlığının 186 g daha fazla olduğu bulunmuştur<sup>(1)</sup>. Nikotin spreyi, inhaleri, pastili ve sublingual formlarının kullanımına ait herhangi bir yayın şu an itibarıyla yoktur.

Gebelik kategorisi C.den D.ye aktarılan Buprapion ise ne gebelikte ne de laktasyon döneminde sigara bırakmak amaçlı önerilmemektedir<sup>(38)</sup>.

Az sayıda çalışmada buprapion alan annede gebeliğin ilk trimestrinde düşük sıklığı artmıştır. Retrospektif ve prospektif 2008 olguluk seride teratojenite riskinin düşük olduğu gösterilmiştir<sup>(39)</sup>.

Vareniklin: Hayvan modellerinde teratojenitesi gösterilmemiştir. Ancak C grubu olmasına rağmen daha çok bilgi olacak çalışmalar oluncaya kadar önerilmektedir.

Emzirme dönemi: Emzirme döneminde NRT önerilir. Buprapion hakkında bilgi sınırlıdır.

**4. Gebeyi genel sağlık konuları ile ilgili bilgilendirme ve yardımcı olunması:** Gebelikte sigara bırakma sürecinin parçası olarak aşağıdaki durumların düzenlenmesinde doktor desteğinin sağlanması önemlidir: İyi beslenme, stres yönetiminin sağlanması, depresyon, aksiyete ve diğer mental problemlerinin tanımlanması ve erken farkedilerek müdahale edilmesi, düzenli fiziksel aktivite, alkol ve diğer ilaçların kullanımının bırakılması.

Anne doğum yaptıktan sonra sigara içmeye devam etse de ya da NRT almaya devam etse de bebeğin emzirmesi rehberlerde önerilmektedir. Çünkü NRT ve sigaranın bebeğe olan zararlarından, anne sütünün sağlayacağı faydaların daha önemli olduğu gösterilmiştir. En az altı ay anne sütü alması gerektiği, daha sonra ek gıda ile desteklenerek emzirmenin devam ettirilmesi önerilmektedir<sup>40)</sup>.

### 5. Sigara bırakmaya hazır olamayan gebelere önerilerde bulunulması:

- Bir sonraki görüşmeye kadar günde üç adetten fazla sigara içmemesi.
- Gebeye sigara içmeye dair ritminin sorulması: her bir sigarayı ne zaman, nerde ve ne yaparken içmek isteyip içtiğinin sorulması ve saptanması sağlanır. Böylece sigara içmeyi tetikleyen nedenleri gebe kadının anlaması ve sigara içerken ne hissettiğinin anlaşılması sağlanır.
- Sigara içmeye devam etme ve bırakmama nedenleri üzerinde, daha çok görüşerek çalışılması; bırakmaya engel olan nedenlerin saptanması, sigara bırakmanın alternatif faydalarının saptanması.

Sigara içmeye hazır olamayan gebelere ise rehberler eşliğinde 5R önerilerinde bulunulur:

**Relevance (ilişki kur):** Sigara ile gebenin kişisel problemleri arasında ilişki kurulur.

**Risks (riskler):** Gebeye sigara içmeye devam etmesi halinde kısa ve uzun dönem negatif etkilerini sorulur.

**Rewards (ödülleri):** Gebeye sigara bırakmanın faydalarını sorulur.

**Roadblocks (engeller):** Gebenin sigara bırakması-na engel olan engelleri saptanır.

**Repetition (tekrar):** Her görüşmede gebeye tekrarlayan bırakma denemesi önerilir ve nadir olmadığı vurgulanır. Her görüşmede bu öneriler vurgulayarak tekrarlanır.

### Arrange (Örgütüle):

Doktor tüm gebe hastalarını sigara davranışları açısından takip etmelidir.

- Sigarayı bırakmayı düşünmeyen grup gebeler,
- Sigarayı bırakmayı planlayan gebeler, ancak hemen şu anda değil daha sonra düşünenler.
- Önümüzdeki ay bırakmaya hazır olan gebeler.
- Yeni bırakmış ve sıkı takip edilmesi gereken gebeler.



Gebe kadınların kendi kendine bırakan grupları ile profesyonel destek alarak, sigara bırakma ünitesi ekibi tarafınca takip edilenler arasında karşılaştırma yapıldığında; destek alan gruplarda bırakma oranları daha yüksek olarak saptanmıştır.

Telefonla yapılan ziyaretlerin daha maliyet-yarar etkin olduğu gözlenmiştir.

*Takipte aşağıdaki vurgular sorulmalıdır:*

1. Hastanın genel sağlık durumu sorulur.
2. Görüşmeden sonra hiç sigara içip içmediği sorulur. İçmedi ise tebrik edilir.

Eğer içtiyse ortamı değerlendirilir, kendi kendine destek olarak içmemesi konusunda desteklenir ve onunla plan yapılır. Lapse deneyimi hakkında hasta bilgilendirilir. Daha yoğun tedavi ve destek açısından hasta değerlendirilir.

### Relapsların Önlenmesi

Sigara içmeyi bırakan gebe ve postpartum dönemdeki annelerin aşağıdaki durumlarda tekrar sigara içmeye başlama riski açısından uyarılması gereklidir:

- a. Stres ya da beklenmeyen çevresel stres tetikleyici faktör ya da olaylar.
- b. Negatif ruh hali ya da depresyon
- c. Alkol ya da diğer ilaçların kullanılması,
- d. Uzamış çekilme semptomarı (Anksiyete, kötü konsantrasyon, negatif ruh hali)
- e. Duygulanımda baskılanma, motivasyonda bozulma.
- f. Sigara bırakma desteğinin azalması.
- g. Kilo alma.

Tekrar anne ve ailesi sigara içme desteği açısından değerlendirilir. Yeniden motivasyon ve davranışçı yöntemler uygulanarak hastanın desteği artırılır.

Postpartum bir yıllık dönemde sigarayı gebe iken bırakan annelerin %24.ünde sigaraya tekrar başlamıştır (240). NRT ya da daha az oranda buprapion önerilmektedir.

Sonuç olarak gebelik ve postnatal dönemde sigara bırakma ünitelerinde yoğun ve devamlı müdahalelerle sigara bıraktırma; anne ve bebeğin çok daha sağlıklı bir yaşam seyrini öngörmektedir. Sigaraya devam etme ise, anne ve bebek için eşlik eden komorbid problemlere bağlı sağlık harcamalarında çok daha ciddi artışa yol açmaktadır. Bu nedenle, dünya ve Türkiye rehberleri ışığında tüm Göğüs hastalıkları

hekimleri; kendi polikliniklerinde gebe hastalara sigara bırakma girişimlerinde bulunmalıdırlar.

### KAYNAKLAR

1. TTD sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaşma rehberi, Ankara, 2014. Türk toraks derneği sigara bırakma çalışma grubu, 2014.
2. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Geneva, World Health Organization, 2009.
3. Tarhan P, Yılmaz T. Smoking During Pregnancy and the Effecting Factors. HSP 2016;3(3):140-147
4. Köse U. Trabzon il merkezindeki doğum yapmış 6-12 aylık bebeği olan kadınlarda gebeliğin sigara kullanımına etkisi. Yüksek lisans tezi, Trabzon - 2011.
5. Altıparmak S, Altıparmak O, Avcı HD. Manisa'da Gebelikte Sigara Kullanımı; Yarı Kentsel Alan Örneği. Tur Toraks Der 2009;10:20-5.
6. Marakoğlu K, Erdem D. Türkiye'de, Orta Anadolu'daki Bir İilde Gebe Kadınlarda Sigara Kullanımının Değerlendirilmesi: Ülkelerarası Karşılaştırma. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(4):928-34.
7. Köse E, Pazarlı P, Şimşek Z, Şanlıurfa'nın Kırsal Kesiminde Yaşayan Kadınlar Arasında Sigara İçme Davranışı Solunum 2011;13(1): 26-31.
8. Öztuna. F. Gebelikte sigara bırakma tedavisi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2008; 56(2): 232-235.
9. WHO. Recommendations for the Prevention and Management of Tobacco Use and Second-hand Smoke Exposure in Pregnancy. 2013. [Internet]. 2015 February 30; Available from: <http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinstobaccosmokeexposure/en/>
10. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2010-6 Update. www.Uptodate.com, 2016.
11. Aligne CA, Stoddard JJ. Deaths and injuries from house fires. New England Journal of Medicine, 2001, 345:14; reply 1065.
12. Moshammer H et al. Parental smoking and lung function in children: an international study. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2006, 173:1255-1263.
13. Shea A, Steiner M. Cigarette smoking during pregnancy. Nicotine & Tobacco Research, 2008, 10:267-278.
14. Berman B, Gritz E. Women and smoking: current trends and issues for the 1990's. Journal of Substance Abuse, 1991, 3:221-238.
15. Connor, S., & McIntyre, L. (1999). The sociodemographic predictors of smoking cessation among pregnant women in Canada. Canadian Journal of Public Health, 90:352-355.
16. British Columbia Perinatal Database Registry (2006) Annual Report 2006. Available: <http://www.bcphhp.ca/sites/bcrp/files/Annual%20Report%202006.pdf>. Accessed 9 July 2012.

17. Larsen LG, Clausen HV, Jønsson L. Stereologic examination of placentas from mothers who smoke during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:531.
18. Xiao D, Huang X, Yang S, Zhang L. Direct effects of nicotine on contractility of the uterine artery in pregnancy. *J Pharmacol Exp Ther* 2007; 322:180.
19. Substance Profiles: Tobacco Related Exposures, Report on Carcinogens, 11th ed, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program. <http://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/eleventh/profiles/s176toba.pdf>. (Accessed on October 19, 2005).
20. de la Chica RA, Ribas I, Giraldo J, et al. Chromosomal instability in amniocytes from fetuses of mothers who smoke. *JAMA* 2005; 293:1212.
21. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Smoking and infertility: a committee opinion. *Fertil Steril* 2012; 98:1400.
22. Pineles BL, Park E, Samet JM. Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. *Am J Epidemiol* 2014; 179:807.
23. Pineles BL, Hsu S, Park E, Samet JM. Systematic Review and Meta-Analyses of Perinatal Death and Maternal Exposure to Tobacco Smoke During Pregnancy. *Am J Epidemiol* 2016; 184:87.
24. Ahlborg G Jr, Bodin L. Tobacco smoke exposure and pregnancy outcome among working women. A prospective study at prenatal care centers in Orebro County, Sweden. *Am J Epidemiol* 1991; 133:338.
25. Juárez SP, Merlo J. Revisiting the effect of maternal smoking during pregnancy on offspring birthweight: a quasi-experimental sibling analysis in Sweden. *PLoS One* 2013; 8:e61734.
26. Moore E, Blatt K, Chen A, et al. Relationship of trimester-specific smoking patterns and risk of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215:109.e1.
27. Lee LJ, Lupo PJ. Maternal smoking during pregnancy and the risk of congenital heart defects in offspring: a systematic review and metaanalysis. *Pediatr Cardiol* 2013; 34:398.
28. Sullivan PM, Dervan LA, Reiger S, et al. Risk of congenital heart defects in the offspring of smoking mothers: a population-based study. *J Pediatr* 2015; 166:978.
29. Behl M, Rao D, Aagaard K, et al. Evaluation of the association between maternal smoking, childhood obesity, and metabolic disorders: a national toxicology program workshop review. *Environ Health Perspect* 2013; 121:170.
30. Ekblad M, Korkeila J, Parkkola R, et al. Maternal smoking during pregnancy and regional brain volumes in preterm infants. *J Pediatr* 2010; 156:185.
31. Bauer T, Trump S, Ishaque N, et al. Environment-induced epigenetic reprogramming in genomic regulatory elements in smoking mothers and their children. *Mol Syst Biol* 2016; 12:861.
32. Adapted from Prochaska JO, DiClemente CC, et al: *In search of how people change; Applications to addictive behaviors*. *American Psychologist* 47: 1102-1114, 1992 and NRG Research: *Omnibus surveys*, Vancouver, BC; 1990-2003.
33. Bottorff JL, Kalaw C, Johnson JL, Chambers N, Stewart M, Greaves, L., et al. (2005). Unraveling smoking ties: How tobacco use is embedded in couple interactions. *Research in Nursing and Health*, 28(4), 316-328.
34. R Mallin: *Smoking cessation: integrating behavioral and drug therapies*. *Am Family Phys* 65(no.6):1107 Mar 15 2002. [www.aafp.org/afp](http://www.aafp.org/afp).
35. Bérard A, Zhao JP, Sheehy O. Success of smoking cessation interventions during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2016.
36. Cooper S, Taggar J, Lewis S, et al. Effect of nicotine patches in pregnancy on infant and maternal outcomes at 2 years: follow-up from the randomised, double-blind, placebo-controlled SNAP trial. *Lancet Respir Med* 2014; 2:728.
37. Dhalwani NN, Szatkowski L, Coleman T, et al. Nicotine replacement therapy in pregnancy and major congenital anomalies in offspring. *Pediatrics* 2015; 135:859.
38. National Institute for Clinical Excellence Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation – full guidance pdf <http://www.nice.org.uk/pdf/NiceNRT39GUIDANCE.pdf>.
39. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Bupropion. In: *Drugs in Pregnancy and Lactation*, 8th edition, Lippincott Williams and Wilkins, 2008. p.214.
40. Health Canada. *Exclusive Breastfeeding Duration: 2004 Health Canada Recommendation*. Ottawa, 2004. [www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/exlucive\\_breastfeeding\\_duration\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/exlucive_breastfeeding_duration_e.html).28. US Dept.