



**CERRAHİ VE DAHİLİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN STEROİD TEDAVİSİNE İLİŞKİN BİLGİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Merve AKPINAR YILMAZ

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Dr.Öğr.Üyesi Yeliz CİĞERCİ**

**Tez No: 2019-029
2019-AFYONKARAHİSAR**

T. C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ VE DAHİLİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN STEROİD TEDAVİSİNE İLİŞKİN BİLGİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Merve AKPINAR YILMAZ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Yeliz CİĞERCİ

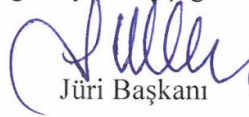
Tez No: 2019-029

2019-AFYONKARAHİSAR

KABUL ONAY

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı
Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma; aşağıdaki jüri üyeleri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.
Tez Savunma Tarihi: 13.06.2019

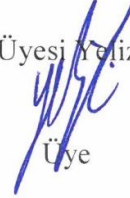
Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül SAVCI


Jüri Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Öznur GÜRLEK KISACIK

Üye 

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz CİĞERCİ


Üye

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi
Merve AKPINAR YILMAZ'ın "Cerrahi Ve Dahili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin
Steroid Tedavisine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı tezi
.....günü saat.....'da Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav
Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Özal ÖZCAN
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca mesleğe ve yaşama bakışıma ışık tutan, bilgi ve öngörülerıyla beni her zaman aydınlatan, yüksek lisans tezimin tüm aşamalarında desteğini, sabrını ve emeğini esirgemeyen, gösterdiği ilgi, destek, hoşgörü ve yol göstericiliğinden dolayı danışman hocam *Sayın Dr. Öğretim Üyesi Yeliz CİĞERCİ'ye*,

İstatistiksel değerlendirme aşamasında bilgi ve yardımları ile teze önemli katkısı olan değerli hocam *Sayın Dr. Öğr. Üyesi Öznur GÜRLEK KISACIK'a*,

Tez çalışmam sürecinde beni her zaman destekleyen, sevgilerini hissettiren, güç veren sevgili anneme, babama ve kardeşime, varlıkları sayesinde kendimi çok şanslı hissettiğim sevgili eşime ve biricik kızıma,

Sonsuz TEŞEKKÜR ederim.

Merve AKPINAR YILMAZ

2019

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL ONAY	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vii
ŞEKİLLER.....	viii
TABLolar	ix

1. GİRİŞ	1
1.1. Kortikosteroidler	4
1.2. Glukokortikoidler	5
1.2.1. Sık Kullanılan Glukokortikoid Preparatlar ve Kullanım Şekilleri	6
1.2.1.1. Lokal Tedavi.....	7
1.2.1.2. Sistemik Tedavi	8
1.2.2. Glukokortikoidlerin Klinikte Kullanım Alanları.....	8
1.2.3. Glukokortikoid İlaçların Fizyolojik Etkileri.....	10
1.2.3.1. Glukoz Metabolizması Etkileri.....	10
1.2.3.2. Protein Metabolizması Etkileri	10
1.2.3.3. Yağ Metabolizması Etkileri	10
1.2.3.4. İmmüsupresif Etkileri	11
1.2.3.5. Antiinflamatuvar Etkileri.....	11
1.2.3.6. Hematopoetik Sistem Etkileri.....	12
1.2.3.7. Kardiyovasküler Sistem Etkileri.....	12
1.2.3.8. Merkezi Sinir Sistemi Etkileri	13
1.2.3.9. Kas İskelet Sistemi Etkileri	13
1.2.3.10. Gastrointestinal Sistem Etkileri	14
1.2.3.11. Böbrekler Üzerine Etkileri.....	14
1.2.4. Glukokortikoidlerin Yan Etkileri	14
1.2.4.1. İatrojenik Cushing Sendromu	15
1.2.4.2. Psikik bozukluklar.....	16

1.2.4.3. Peptik ülser oluşumu	17
1.2.4.4. Ciltte incelme.....	17
1.2.4.5. Diyabet oluşumu.....	17
1.2.4.6. Adrenal Yetmezlik.....	17
1.3. Kortikosteroid Tedavisinde Dikkat Edilmesi Gerekenler	18
1.4. Steroid Tedavisinde Hemşirenin Rolü Ve Sorumlulukları.....	19
1.4.1. Hemşirelik Tanısı: Kan Glikoz Seviyesinde Dengesizlik Riski.....	20
1.4.2. Hemşirelik Tanısı: Sıvı Volüm Dengesizliği Riski	21
1.4.3. Hemşirelik Tanısı: Enfeksiyon Riski.....	22
1.4.4. Hemşirelik Tanısı: Potansiyel Komplikasyon: Kırık Oluşma Riski.....	22
1.4.5. Hemşirelik Tanısı: Travma Riski (Kanama)	23
1.4.6. Hemşirelik Tanısı: Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Fazla	24
1.4.7. Hemşirelik Tanısı: Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski.....	24
1.4.8. Hemşirelik Tanısı: Tedavi Planını Yönetmede Bireysel Yetersizlik.....	25
1.4.9. Hemşirelik Tanısı: Beden İmgesinde Rahatsızlık	27
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
2.1. Araştırmanın Tipi	28
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	28
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	28
2.4. Araştırmanın Etik Yönü	29
2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	29
2.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	30
2.7. Araştırma Kapsamı Dışında Olma Kriterleri.....	30
2.8. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları	30
2.9. Veri Toplama Araçları İçin Uzman Görüşünün Alınması	31
2.10. İstatistiksel Analiz	34
3. BULGULAR.....	35
3.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	35
3.2. Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi Verilerine İlişkin Bulgular.....	38

3.3. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri İle “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” Bölümlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	48
4. TARTIŞMA	52
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
ÖZET.....	65
SUMMARY	67
KAYNAKLAR	69
ÖZGEÇMİŞ	75
EKLER.....	77

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
cm	: santimetre
CRH	: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
dl	: desilitre
gr	: gram
H	: Hidrojen
HHA	: Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal
IV	: İntravenöz
İÜ	: Uluslararası Birim
K	: Potasyum
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
mg	: miligram
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
Na	: Sodyum
NSAİ	: Non-Steroid Anti-İnflamatuar
SPSS	: Statistical Packag for the Social Sciences
STHB	: Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. HHA aksın adrenal korteks hormonlarının salınımına etkisi.	5
Şekil 1.2. Hastada aydede yüz ve pletorik yanak görünümü	16
Şekil 2.1. Çalışma Akış Şeması	29



TABLOLAR

Tablo 1.1. Steroid ilaçların eşdeğer dozu ve yarılanma süreleri	7
Tablo 1.2. Steroid ilaçların klinik kullanım alanları	9
Tablo 1.3. Cushing Sendromu belirti ve bulguları (%prevalans).....	15
Tablo 2.1. Uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliliği	33
Tablo 3.1. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (N:261).....	35
Tablo 3.2. Kliniklerde kullanılan steroid ilaçlara ilişkin bulguların dağılımı	36
Tablo 3.3. Steroid tedavisi alan hastanın eğitiminde hemşirelerin öncelik sıralamalarının dağılımı.....	37
Tablo 3.4. “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” bölümlerinin ortalama ve puan aralığı değerleri.....	38
Tablo 3.5. Hemşirelerin “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” “Genel Bilgi” bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı	39
Tablo 3.6. Hemşirelerin “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” “Komplikasyonlara Yönelik Bilgi” bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı.....	43
Tablo 3.7. Hemşirelerin “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” “Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi” bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı.....	45
Tablo 3.8. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” Bölümlerinin Karşılaştırılması.....	49

1. GİRİŞ

Kortikosteroid hormonlar adrenal korteksten salgılanır ve glukokortikoidler, mineralokortikoidler, androjenler olarak üç çeşidi vardır (Akı, 2007). Eksojen olarak verilen sentetik kortikosteroidler ise mineralokortikoid etkileri azaltılıp, glukokortikoid etkileri güçlendirilmiş kortizol ve bunun türevleridir (Olgun, 2011; Palloş, 2018).

Güçlü antiinflamatuvar ve immünsüpresif etkilerinden dolayı 1940 lı yılların sonlarından beri çeşitli tıbbi durumlarda (alerjik, romatolojik, nörolojik ve otoimmün hastalıklar gibi) kullanılan (Akı, 2007; Clifton at al. , 2018) glukokortikoidlerin klinikte en sık kullanılan formları; kortizol, kortizon, prednison, prednisolon, metilprednisolon ve deksametason'dur (Grover et al. , 2007; Turgay, 2014).

Sistemik (oral veya parenteral) glukokortikoidler alerjik reaksiyonlar, astım alevlenmeleri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, dermatolojik hastalıklar, oftalmolojik, romatolojik,,hematolojik hastalıklar ve gastrointestinal bozukluklar gibi pek çok hastalıkta kullanılır (Rice et al. ,2017; Liu et al. ,2013).

Faydalı etkilerine rağmen, bu ajanların uzun süreli sistemik (oral veya parenteral) kullanımı, özellikle hiperglisemi ve diyabet başta olmak üzere osteoporoz, hipertansiyon, oral kandidiyaz, miyopati, dislipidemi ve cushingoid görünüm (aydede yüzü, ensede bufalo hörgücü görüntüsü, ince ekstremiteler), jinekomasti, hirsutizm, immün baskılanma ve yara iyileşmesinde gecikme, psikiyatrik rahatsızlıklar, katarakt ve glokom gibi pek çok yan etkinin ortaya çıkmasına neden olur (Fsadni, 2015; Rice et al. , 2017; Liu et al. , 2013). Dorff ve Crawford (2013) tarafından prednizolon ve deksametazon kullanan hastalarda yapılan prospektif bir çalışmada hastalarda en sık görülen yan etkiler sırasıyla oral kandidiyaz, ödem, cushing sendromu, dispepsi, ve kilo artışı olduğu ayrıca deksametazon kullanan hastalarda bu yan etkilerin görülme sıklığının daha fazla

olduğu belirlenmiştir. Waljee ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan steroid tedavisinin yan etkilerine yönelik başka bir araştırmada; ilacın düşük dozda ve 30 günden daha az sürede kullanımında dahi hastalarda sepsis riskinin 4 kat, ateroskleroz riskinin 3 kat, kırık oluşma riskinin ise 2 kat arttığı belirtilmiştir. Steroid tedavisi sonucu ortaya çıkan komplikasyonların maliyetlerine ilişkin 2009 yılında ABD de hazırlanan bir raporda gastrointestinal komplikasyonlar için (örneğin, peptik ülser) 21.824 dolar, sepsis için 9.914 dolar, katarakt için 1.913 dolar ve katarakt cerrahisi için 4.416 dolar, psikiyatrik yan etkiler için 1.914 ile 12.024 dolar a kadar ve kırık vakaları için 1.743 dolardan 18.358 dolara kadar yüksek bir maliyet belirlenmiştir (Rice et al. , 2017). Waljee ve arkadaşları (2017) tarafından 1,5 milyon Amerikalı üzerinde yapılan ve üç yıl süren kohort çalışmasında her 5 yetişkinden birinin steroid ilaçlar kullandığı belirtilmiştir.

Böylesine yaygın kullanımı olan bu ilaçların tedavisinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Steroid tedavisi alan hastada enfeksiyon belirtileri gizleneceği için hemşire hastayı enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden izlenmelidir. Tedavi süresince gelişebilecek peptik ülser ve mide kanaması belirtileri gözlenmelidir (Longui, 2007). Steroidler serotonin salınımını azalttığı için hastada oluşabilecek duygu durum değişiklikleri gözlenmelidir (Bolu ve ark. , 2013). Steroid ilaçlar iştahın artmasına yol açabileceğinden, hasta diyeti hemşire tarafından kontrol edilmeli, düzenli olarak hastalara ödem kontrol ve takibi yapılmalıdır. Steroid tedavisi alan hastalarda aldığı ve çıkardığı sıvı takibinin yapılması, vücuttaki sıvı-elektrolit dengesizliğinin erken tanımlanabilmesi nedeniyle önemlidir. Steroid kullanan hastalar, hipertansiyon gelişme riski yönünden takip edilmelidir. Hemşire, hastasına tuz alımının kısıtlanması, stresten kaçınması, ilaçlarını düzenli kullanması gerektiği gibi konularda eğitim vermelidir (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008). Hastaya glukoz metabolizmasında bozulma olacağı açıklanmalıdır (Nowak ve Papierska, 2014). Hastalar, hipergliseminin belirti ve semptomları açısından izlenmeli, kan şekeri düzeyleri ve idrar glukoz seviyeleri düzenli olarak takip edilmelidir (Palloş, 2018). Steroid tedavisi alan hastada, potasyum atılımının artması sebebiyle hipokalemi gelişebilir. Hastalar, hipokalemi belirti ve bulgularından olan aritmi, irregüler nabız, yüzeysel solunum, abdominal distansiyon, halsizlik iştahsızlık,

poliüri, mental konfüzyon yönünden takip edilmelidir (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008).

Hemşireler diğer sağlık disiplinlerine göre hastalar ile daha uzun süreli ve daha fazla iletişim halinde olmaları nedeni ile hastaların tedaviye uyumunda önemli bir konumda yer alırlar. Hemşireler kullanılan ilaçların veriliş nedenlerini, etkilerini ve yan etkilerini, aşırı doz ve toksik doz belirtilerini, hastanın ilaca karşı reaksiyon geliştirme durumunu ve yan etkiler sebebiyle yaşayabileceği sorunları bilmeli, hastaya bu konularda eğitim vermelidir. Steroid alan bireylere etkin hemşirelik yaklaşımı ile steroidlerin istenilen etkileri sağlanabilir, bazı yan etkileri azaltılabilir ve önlenir (Talas ve Pınarcı, 2010; Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008). Yapılan literatür taramalarında, steroid tedavisinin yan etkilerini araştıran ve hastaların steroid tedavisine uyumunu inceleyen çeşitli çalışmalar olduğu görülmektedir ancak literatürde hemşirelerin steroid tedavisine yönelik genel bilgi, tedavinin komplikasyonları ve hemşirelik uygulamalarının incelenmesi yönünden yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, cerrahi ve dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Hipotezleri

H0 a: Hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeyleri düşüktür.

H1 a: Hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeyleri yüksektir.

H0 b: Hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, çalıştıkları klinik, meslekte ve klinikte çalışma süreleri, steroid tedavisi ile ilgili eğitim alma durumları ile steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

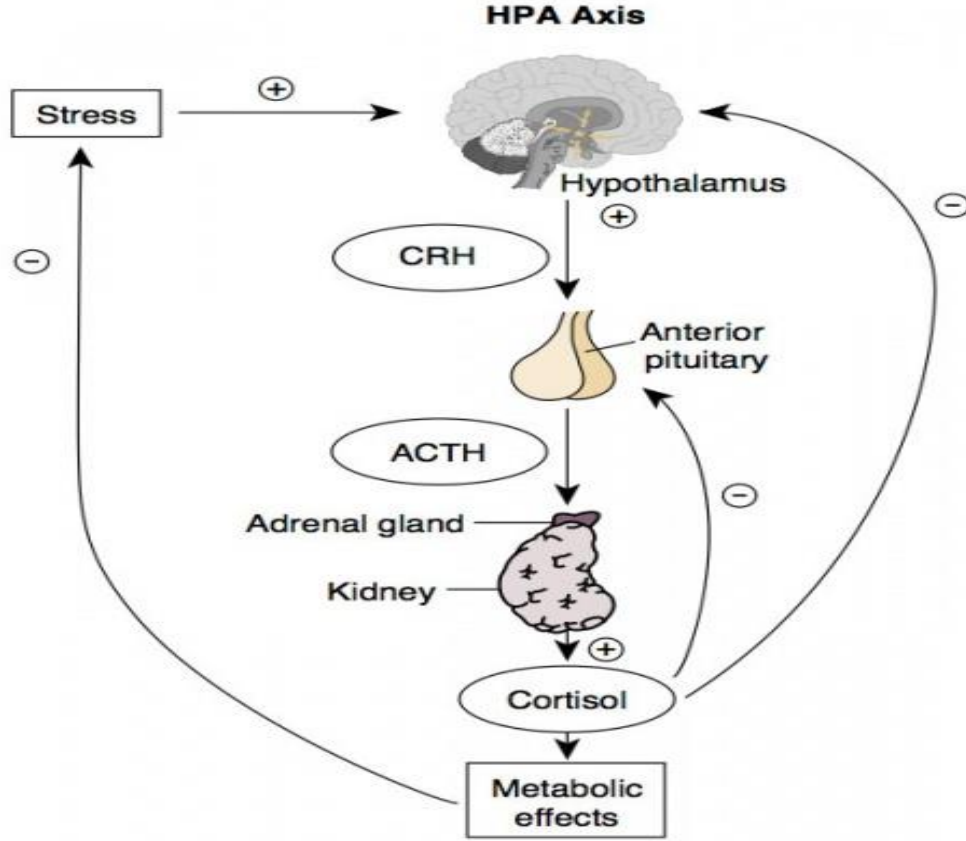
H1 b: Hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, çalıştıkları klinik, meslekte ve klinikte çalışma süreleri, steroid tedavisi ile ilgili eğitim alma durumları ile steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

1.1. Kortikosteroidler

Kortikosteroidler, antiinflamatuvar, antiallerjik ve immunsupresif etkileri olan, adrenal korteks tarafından salgılanan steroid yapılı hormonlardır (Özkan ve ark. , 2014). Adrenal bezin klinik önemi, Dr. Addison ve arkadaşları tarafından 1849 yılında adrenal korteksin bir hastalığı olan Addison hastalığında, kortikosteroidlerin çeşitli etkilere sahip olduklarını bulmaları sonucu ortaya çıkmıştır (Şendur ve Aydeniz, 2003). Kortikosteroid hormonlar 1936 yılında adrenal korteksten elde edilmiş, 1948'te ise Harris ve arkadaşları tarafından hipotalamo-hipofizer kontrol bulunmuştur (Samancı ve Balcı, 2001). Yine 1948'de ABD'de romatolog olan Philip Showalter Hench ile biyokimyacı meslektaşı Edward Calvin Kendall romatoid artritli bir hastayı tedavi etmiş ve böylece romatoid artritte kortikosteroidlerin antiinflamatuvar etkisi tanımlanmıştır. Bundan kısa bir süre sonra Hench ve arkadaşları buluşları sebebiyle 1950 yılında Nobel Ödülü'nü almaya hak kazanmışlardır (Gudbjornsson et al. , 2002; Longui, 2007).

Adrenal korteksten fizyolojik etkiye sahip üç çeşit steroid hormon sentezlenir. İlki yaşamsal öneme sahip glukokortikoid hormon olan kortizol, ikincisi mineralokortikoid hormon olan aldosteron, üçüncüsü ise cinsiyet hormonları olan androjenlerdir (Özen, 2014). Kortikosteroidlerin sentez ve salınımları hipotalamo-hipofizer-adrenal (HHA) aks tarafından düzenlenir. Bu sistem insanın strese yanıtının ve sirkadien ritmin düzenlenmesi gibi yaşamsal işlevlerde merkezi sinir sistemi (MSS) ile salgı bezlerinin uyumlu çalışması açısından önemlidir (Samancı ve Balcı, 2001). Ağrı, travma, hipoksi, hipoglisemi, psikolojik uyaran, pirojen ve cerrahi girişimler hipotalamustan salgılanan kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH)'un salınmasını uyarırlar. Portal sistem yoluyla adenohipofize ulaşan CRH ön hipofizden adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılanmasına yol açarak adrenal korteksten

glukokortikoidlerin, mineralokortikoidlerin ve cinsiyet hormonlarının salgılanmasını uyarırlar (Alves et al. , 2008).



Şekil 1.1. HHA aksın adrenal korteks hormonlarının salınımına etkisi (Sturmhöfel and Bartke, 1998).

1.2. Glukokortikoidler

Steroidler dört halkalı bir yapı olan siklopentanoperhidrofenantren iskeletinden türeyen maddelerdir. Glukoz metabolizmasına olan belirgin etkilerinden dolayı glukokortikoidler olarak adlandırılmışlardır (Özen, 2014). Majör glikokortikoid kortizol'dür (Olgun, 2011), kortizon ise kortizolün metabolitidir (Gün, 2014). Vücutta, kortizolün biyosentez hızı, bazal salgılanma hızı ve plazma düzeyi epizodik değişimler gösterir. Epizodlar CRH (Kortikotropin Salıcı Hormon) ve ACTH (Adrenokortikotropik Hormon)' ın gün içi ritimdeki bazal salgılanma hızına bağlıdır

(Samancı ve Balcı, 2001). Plazma ACTH düzeyi, kortizol düzeyine paralellik gösterir (Özen, 2014). Kortizol plazmada yeterli düzeye ulaşınca ACTH ve CRH salınımı baskılanır (Andıran, 2016). Yirmidört saat içinde 15 ile 18 civarı epizod meydana gelmektedir. Her bir epizotta kortizol seviyesi, ACTH salgılanmasını baskılayacak düzeye çıkar, sonra düşmeye başlar. Belirli bir noktadan sonra baskılanma ortadan kalkar ve ACTH salınımı tekrar uyarılır. Kortizolün salgılanma hızı ve plazma düzeyi günün erken saatlerinde maksimuma ulaşır (Nicolson, 2007).

Normal uyku düzenini sürdüren insanlarda plazma kortizol düzeyi gece saat 02.00-04.00 arasında artmaya başlar ve sabah saat 08.00-10.00 arasında doruk düzeye ulaşır. Gece yarısıyla sabah 09.00 arasında günlük salgılanmanın yaklaşık %70'i gerçekleşir. Sonrasında kortizol düzeyi düşmeye başlar ve akşam 20.00-22.00 arasında en düşük düzeye erişir (Akdeniz, 1998). Sabah erken saatlerde kortizol sentezi en yüksek seviyede olduğunda kortikosteroid ilaçlar bu saatlerde verilirlerse sentezi en az derecede inhibe ederler (Akı, 2007). Kortizolün normal koşullarda salgılanma hızı 10 mg/gün' dür. Travma, cerrahi girişim, enfeksiyon, anksiyete gibi çeşitli stres yaratan durumlar ACTH salınımını, dolayısıyla da kortizol salgılanmasını 10 kat artırabilmektedir (Samancı ve Balcı, 2001).

1.2.1. Sık Kullanılan Glukokortikoid Preparatlar ve Kullanım Şekilleri

Glukokortikoid ilaçlar, doğal kortizole benzer sentetik yapıda ilaçlardır (Longui, 2007). Kortizolün major sentetik analogları prednizon, prednizolon, metilprednizolon, triamsinolon, deksametazon ve betametazon'tur (Samancı ve Balcı, 2001; Özen, 2014). Overman et al. (2013) çalışmasında en çok kullanılan oral glukokortikoidlerin sırasıyla prednizon (% 76,6), metilprednizolon (% 9,1) ve hidrokortizon (% 6,7) olduğunu bildirmiştir.

Glukokortikoidler etki süresine göre üç gruba ayrılırlar. Kısa etkili olanlar 12 saatten daha az etki süresine sahip kortizol (hidrokortizon) ve kortizondur. Orta etkili olanlar 36 saatten daha az etki süresine sahip prednizon, prednizolon,

metiprednizolon, triamnisolon'dur. Uzun etkili olan deksametazon ve betametazon ise 36-72 saat yarılanma ömrüne sahiptir (Alves et al. ,2008; Shaikhe et al. , 2012). Kortizol ve kortizon hemen hemen aynı güçte iken, prednizolon 4 kat, metiprednizolon 5 kat, betametazon ise 30 kat daha güçlü etkiye sahiptir (Akdeniz, 1998).

Tablo 1.1. Steroid ilaçların eşdeğer dozu ve yarılanma süreleri

Glukokortikoidler	Eşdeğer Dozu	Yarılanma Süresi (saat)
Kısa Etkili		
Hidrokortizon	20	8-12
Kortizon	25	8-12
Orta Etkili		
Prednizon	5	12-36
Prednizolon	5	12-36
Metiprednizolon	4	12-36
Triamnisolon	4	12-36
Uzun Etkili		
Deksametazon	0.75	36-72
Betametazon	0.6	36-72

Kaynak: Liu et al, 2013.

Oral yoldan alınan sentetik steroidlerin tamamına yakını gastrointestinal kanaldan absorbe edilir ve kandaki maksimum düzeylerine 2-8 saat sonra ulaşırlar. Plazma yarı ömürleri 90-180 dakika arasındadır. Rifampisin, fenitoin, fenobarbital gibi ilaçlarla birlikte kullanıldıklarında etkinlikleri azalır (Özen, 2014).

1.2.1.1. Lokal Tedavi

Topikal, nazal, intraartiküler, vb. şekillerde uygulanabilirler. Lokal tedavi yöntemlerinde sistemik yan etkilerle daha az karşılaşmaktadır (Samancı ve Balcı, 2001). Şavluk ve ark. (2013)'nın çalışmalarında dejeneratif diz osteoartriti olan hastalara intraartiküler steroid uygulanmış ve tedavi sonrası birinci haftadan itibaren

hastaların ağrı şikâyetlerinde ciddi azalmalar olmuştur ayrıca herhangi bir yan etki ile karşılaşılmamıştır.

1.2.1.2. Sistemik Tedavi

Glukokortikoidlerin sistemik tedavi dozları; (prednizon eşdeğerindeki günlük doz) düşük doz için en fazla 7,5 mg, orta doz için 7,5 mg ile 30 mg arası, yüksek doz için 30 mg ile 100 mg arası, çok yüksek doz için ise 100 mg ve üzeri uygulamalardır (Nowak ve Papierska, 2014).

Sistemik tedavi çeşitlerinden düşük doz uygulama da, 5-7,5 mg prednizon ve eşdeğerleri her gün uygulanır. Gün aşırı (alternan) uygulama da, genellikle orta etkili ilaçlar kullanılır ve iki günde verilmesi planlanan toplam doz, gınaşırı olarak sabahları tek dozda verilir. Yüksek doz puşe uygulama da, genellikle 1 gr metilprednizolon yaklaşık 30 dakikada intravenöz (IV) olarak uygulanır. Tedavi genellikle üç gün sürer ve yaklaşık altı hafta sonra tekrarlanabilir. Düşük doz puşe uygulama da ise 100 mg metilprednizolon, üç gün IV puşe şeklinde verilir (Samancı ve Balcı, 2001).

Yüksek dozlarda tedaviden sonra, hastalığın kontrol altına alınmasıyla dozlar yavaş yavaş azaltılır ya da alternatif doz denilen gün aşırı dozlara geçilir. Amaç, hastalığı kontrol altına alacak en düşük doza geçmektir (Turgay, 2014). Romatoid artritli çocuklara her gün uygulanan 0,6 mg/kg prednizolon büyümeyi suprese ederken, gün aşırı verilen yüksek dozun (2 mg/kg) büyümeyi azaltmadığı görülmüştür (Özen, 2014) .

1.2.2. Glukokortikoidlerin Klinikte Kullanım Alanları

Glukokortikoid tedavisi, yerine koyma tedavisi (replasman tedavisi) ve farmakolojik dozda tedavi olmak üzere iki gruba ayrılır. Replasman tedavisi konjenital adrenal

hiperplazi ve adrenal korteks yetmezliklerinde kullanılır (Samancı ve Balcı, 2001). Yerine koyma tedavisinde hastanın ihtiyacına göre doz ayarlaması yapılır ve bu oldukça güçtür. Çocuklarda, hidrokortizon gibi kısa etkili bir glukokortikoid ile doz ayarlaması daha kolay yapılabilir (Nur ve ark. , 2007).

Steroid ilaçlar antiinflamatuvar, antiromatizmal, antineoplastik ve immünosupresif etkileri nedeni ile pek çok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. Bu hastalıkların örnekleri Tablo 1.2.' gösterilmiştir.

Tablo 1.2. Steroid ilaçların klinik kullanım alanları

Endokrin Hastalıklar	Akut ve Kronik Adrenal Yetmezlik Konjenital Adrenal Hiperplazi
Romatolojik Hastalıklar	Sistemik Lupus Eritematozus Polimiyalji Polimiyosit
Hematolojik Hastalıklar	Hemolitik anemi İdiyopatik trombositopenik purpura Lösemi
Alerjik Hastalıklar	Anafilaksi Anjiyönörotik ödem İlaç reaksiyonları Stevens-Johnson Sendromu
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	Ülseratif kolit Kronik aktif hepatit Çölyak hastalığı Crohn hastalığı
Pulmoner Sistem Hastalıkları	Bronşiyal astma Bronşiyolit KOAH
Nefrolojik Hastalıklar	Nefrotik Sendrom Lupus Nefriti
Dermatolojik Hastalıklar	Egzema Seboreik dermatit Atopik dermatit

Kaynak: Karadakovan, 1989; Liu et al. , 2013.

1.2.3. Glukokortikoid İlaçların Fizyolojik Etkileri

1.2.3.1. Glukoz Metabolizması Etkileri

Glukokortikoidlerin insüline zıt yönde etkisi vardır. Karaciğerde glukoneogenezi uyarırlar. Glukokortikoidler fibroblastlara, timositlere ve yağ dokusu hücrelerine glukoz girişini azaltırlar (Özen, 2014). Artan glikoz üretimine karşı glikozun kullanılamaması sonucu kan glikozu yükselerek hiperglisemiye neden olur (Palloş, 2018). Glikojen sentezini indükleyerek karaciğerde, iskelet kası ve diğer dokularda glikojen olarak depolanan glikoz miktarını arttırırlar (Samancı ve Balcı, 2001).

1.2.3.2. Protein Metabolizması Etkileri

Glukokortikoidler karaciğer haricinde diğer dokularda protein sentezini inhibe ederek antianabolik etki, çizgili kaslar ve bağ dokusu başta olmak üzere dokularda proteolizi artırarak katabolik etki gösterirler (Liu et al. , 2013). Çizgili kaslara ve doku hücrelerine aminoasit girişini azaltırlar. Dokulardan karaciğere aminoasitlerin taşınması ve glukozla dönüşmesi sonucunda glikojen yapımı sağlanır. Üre ve amonyak oluşumu idrarla azot kaybının artmasına ve negatif azot dengesinin oluşmasına neden olur (Özen,2014; Palloş,2018).

1.2.3.3. Yağ Metabolizması Etkileri

Glukokortikoidler, yağ hücrelerine glukoz girişini azaltarak, lipolitik hormonların yaptığı lipolizi uyarırlar. İnsulinin antilipolitik etkisini antagonize eder ve yüksek dozda lipolizi hızlandırır. Karaciğer daha fazla lipit üretirken yağ dokusu içindeki yağın dağılımı artar ve sonuçta lipidlerin özellikle kolesterolün, yağ asitlerinin ve trigliseritlerin plazma ki konsantrasyonu yükselir. Glukokortikoidlerin aşırı salgılanmaları ya da yüksek doz tedavi durumlarında, insülin düzeyinin yükselmesi ve iştah artışı nedeniyle lipojenik etki de yaparlar (Özen, 2014; Palloş, 2018).

Lipolitik veya lipojenik etki sonucu vücutta yağ dağılımı değişir. Yağ, ense ve supraklavikular bölgeye birikir, yüzde cilt altı yağ dokusu artar. Ekstremitelerde ise cilt altı yağ dokusu ve kaslar atrofiye uğrar (Olgun, 2011).

1.2.3.4. İmmüsupresif Etkileri

Glukokortikoidler, monosit, makrofaj ve endotel hücrelerinin aktive edilmesine ve sitokin salgılamasının inhibisyonuna neden olur. Monosit ve lenfositlerden sentezlenip ortama salınan sitokinleri bloke ederek monositlerin makrofajlara, T lenfositlerin sitotoksik T hücrelerine dönüşmesini engellerler. Hücrel immün cevap üzerindeki baskılayıcı etkileri nedeniyle otoimmün hastalıkların tedavisi ve organ naklinde transplant reddini önlemek amacıyla yüksek dozda kullanılırlar (Olgun, 2011; Dorff and Crawford, 2013). Günde 2 mg/kg doz üzerinde veya 10 kilonun üzerindeki çocuklarda günde 20 mg'dan fazla ve 14 günden fazla prednizon veya eşdeğerinin kullanımı immün baskılanmaya neden olmaktadır. Bu kişilere steroid tedavisi bitiminden en az bir ay süre sonrasına dek canlı viral ve canlı bakteriyel aşılar (canlı viral aşılar; polio, kızamık-kızamıkçık-kabakulak, suçiçeği, canlı bakteriyel aşılar; verem) yapılmamalıdır. Birlikte diğer immün baskılayıcı ilaç alımında ise tedavi bittikten en az 3 ay sonra canlı aşı yapılmalıdır (Arvas, 2014).

1.2.3.5. Antiinflamatuvar Etkileri

Glukokortikoidler, T ve B lenfositlerin periferik kandan lenfoid sisteme dönmesini sağlar ve antijenik uyarımlarla inflamasyonun başlamasına neden olur. Monosit ve lenfositler sentezlenip, ortama salınan sitokinleri bloke ederek monositlerin makrofajlara, T lenfositlerin sitotoksik T hücrelerine dönüşmesini engeller (Olgun, 2011). İnflamasyonun ortak belirtileri olan ödem, kızarıklık, ısı artışı, ağrı steroid ilaçlar tarafından baskılanır. İnflamasyonun erken histolojik belirtilerinden kapiller dilatasyon, damar çeperine fibrin çökmesi, lokal ödem; geç histolojik belirtilerinden fibrozis, kapillerlerin proliferasyonu, kolajen birikmesi ve skar oluşumu gibi

durumları inhibe ederler (Özen, 2014). Enfeksiyon belirtilerinin gizlenmesi ve immün sistemin baskılanması hastaları enfeksiyonlara karşı açık hale getirir. Enfeksiyonlardan, özellikle tüberküloz, amip, mantar veya viral göz enfeksiyonlarının yeniden aktivasyon riski artar. Son üç ay içinde oral kortikosteroid reçete edilen hastalar döküntü olmadan ciddi sistemik hastalıklar gelişebileceği için kızamık, suçiçeği veya zona hastalığı olan kişilerle temastan kaçınmalıdır (Griffiths and Jordan, 2002).

1.2.3.6. Hematopoetik Sistem Etkileri

Glukokortikoidler, kemik iliğinde hemoglobin, eritrosit, polimorfonükleer lökosit ve trombosit yapımını artırır. Kandan dokulara geçen eozinofil, bazofil, monosit ve lenfositlerin ise sayıları azalır (Özen, 2014).

1.2.3.7. Kardiyovasküler Sistem Etkileri

Glukokortikoidler, damar düz kasları ile myokardın adrenerjik sinir uyarımına cevabını arttırırlar. Damarların anjiyotensin, adrenalin gibi vazokonstriktör hormonlara verdiği yanıtı arttırarak kalp debisi ve damar tonüsünde artışa neden olurlar (Samancı ve Balcı, 2001). Uzun süreli steroid tedavisi ile dislipidemi, hiperglisemi ve hipertansiyondan kaynaklı koroner ateroskleroz riski artar. Steroidler, potasyum ve hidrojen iyonu kaybına neden olur ayrıca sodyum ve su emilimini arttırırlar. Sonuçta ödem ve kilo alma, hipertansiyon ve konjestif kalp yetmezliği riski artar. Glukokortikoidlerin eritropoetin üretimini arttırması sonucu kırmızı kan hücresi üretimi uyarılır. Ayrıca glukokortikoidler kas proteini kaybına ve kalp kası fibrozisine neden olurlar (Griffiths and Jordan, 2002; Palloş, 2018).

1.2.3.8. Merkezi Sinir Sistemi Etkileri

Glukokortikoidlerin hafif eksitator etkisi sonucu öfori, iştah artışı, uykusuzluk, huzursuzluk, depresyon belirtileri görülebilir. Psikoz öyküsü olanlarda psikozun aktivasyonu artabilir. Halüsinasyonlar, düşünce bozuklukları, sanrılar ve intihar düşüncesi gibi nadir görülen bulgular ortaya çıkabilir (Bolu ve ark. , 2013; Çökmüş ve ark. , 2016).

1.2.3.9. Kas İskelet Sistemi Etkileri

Glukokortikoidler, D vitamini antagonist etkileri ile kalsiyumun bağırsaktan emilimini azaltırlar, böbreklerden atılımını ise artırırlar. Ortaya çıkan hipokalsemi sonucu paratiroid hormon salgısı artarak osteoporoz ve kemik kaybı şiddetlenir (Çiftçi ve ark. , 2017; Palloş, 2018). Steroid tedavisi alan hastaların yaklaşık % 30-50' sinin vertebra, kosta ve femur boynu kırıklarına maruz kaldıkları bilinmektedir. Ayrıca yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak her yaş grubunda kırık riski artmaktadır. Literatürde 90 gün ve üzerinde, günlük 10 mg prednizon kullanan hastalarda kullanılmayan hastalara göre kalça kırığı riskinin 7 kat, vertebra kırığı riskinin 17 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Nowak ve Papierska, 2014).

Yüksek doz ve uzun süreli steroid tedavisi, protein metabolizmasını olumsuz etkileyerek çizgili kaslarda erime görülmesine neden olur. Ayrıca halsizlik, çabuk yorulma gibi lokomotor bozukluklar gelişir (Özen, 2014). Literatürde iki hafta boyunca deksametazon ile tedavi edilen beyin tümörlü hastaların %10,6'sında kas kütlesi kaybı görüldüğü bildirilmiştir (Dorff and Crawford, 2013).

Glukokortikoidlerin risk oluşturmaları doza ve alım süresine bağlıdır. Günde 2,5 ila 7,5 mg arasında değişen küçük prednizon dozlarıyla dahi kemik kaybının ortaya çıktığı kanıtlanmıştır (Nowak ve Papierska, 2014). Aralıksız olarak toplamda 2000–4000 mg prednizon alımı, osteonekroz gelişimi için eşik değer kabul edilmektedir. Üç aydan daha kısa süren kullanımda bile kemik mineral yoğunluğunun % 10-20

azaldığı bildirilmiştir (Hız ve ark. , 2008). Kemik kaybı çok erken başladığı için korunma tedavisine de hemen başlanmalıdır. Önerilen tedavi günlük 400 İÜ vitamin D3+ 1500 mg kalsiyumdur (Çiftci ve ark. ,2017). Yapılan çalışmalarda vitamin D+ kalsiyum uygulamasının kemik kaybını azalttığı ancak tek başına kalsiyum desteğinin aynı etkiyi sağlamadığı belirlenmiştir (Sargın ve Bulut, 2002).

1.2.3.10. Gastrointestinal Sistem Etkileri

Glukokortikoidler, gastrik mukusun viskozitesini azaltır ve protein yıkımını artırır. Bunun sonucunda gastrit, dispepsi, perforasyon, abdominal distansiyon ve özofagus ülseri gelişir. Gastrointestinal kanama belirtileri için dışkı gözlemlenmeli ve dışkıda gizli kan testi için örnekler alınmalıdır. Bulantı, kusma, iştahsızlık, karın ağrısı ve pankreatit belirtileri daha az görülebilir ancak bulantı aynı zamanda adrenal supresyonun da bir belirtisi olduğundan, bu durumun alınan bir venöz kan örneği ile araştırılması önemlidir (Palloş, 2018).

1.2.3.11. Böbrekler Üzerine Etkileri

Glukokortikoidler, Na⁺ ve beraberinde su Emilimini artırırken K⁺ ve H⁺ kaybını artırır. Ayrıca kalsiyum atılımı artırır, ürik asit atılımını kolaylaştırır (Özen, 2014).

1.2.4. Glukokortikoidlerin Yan Etkileri

Glukokortikoidler yüksek dozda uzun süre kullanılırlarsa Cushing Sendromu, ödem, hipertansiyon, kilo artışı, hiperglisemi, dispepsi, miyopati, katarakt ve glokom gibi yan etkiler görülebilir (Dorff and Crawford, 2013; Fsadni, 2015).

1.2.4.1. İatrojenik Cushing Sendromu

Uzun süreli ve yüksek doz steroid tedavisi sonucu oluşan İatrojenik Cushing Sendromu'nun klinik belirtileri; santral obezite, aydede yüzü, yüzde pletorik görünüm, supraklaviküler bölgede ve ensede yağ depolanması (bufalo hörgücü), frontal bölgede saç dökülmesi ile birlikte hirsutizm, kaslarda atrofi ve zayıflık, osteoporoz, diabetes mellitus ve hipertansiyondur (Hopkins and Leinung, 2005; Tanrıöver ve ark. , 2014).

Tablo 1.3. Cushing Sendromu belirti ve bulguları (%prevalans)

Belirtiler	
Kilo alma %91	Sırt ağrısı %43
Menstruel düzensizlik %84	Kas zayıflığı %29
Hirsutizm %81	Kırık %19
Psikiyatrik bozukluk %62	Saç dökülmesi %13
Bulgular	
Obezite %97	Bilekte ödem %50
Aydede yüz %88	Hiperpigmentasyon %4
Hipertansiyon %74	Diabetes Mellitus %50
Kolay zedelenme %62	Bozulmuş Glukoz Toleransı %37
Stria %56	Osteoporoz %50
Kas zayıflığı %56	Böbrek taşı %15

Kaynak: Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Kılavuzu, 2018.

Cushing Sendromu'nun belirtilerinden kilo artışı ve obezite toplumlar da sık görülen bir durum olduğu için, Cushing Sendromu'nda ki obezitenin gövdesel, yağ birikiminin ise yanakta, temporal bölgede (aydede yüzü), ense bölgesinde (buffalo hörgücü) ve supraklavikular bölgede olduğu unutulmamalıdır. Cushing Sendromu'nda miyopati çoğunlukla proksimal kaslarda görülür. Subkutan yağ dokusunun azalmasına bağlı ciltte incelmeye olması sonucu pletorik görünüm oluşur. Ciltteki verjetür adı verilen tipik olarak kollarda, karında, meme bölgesinde ve kalçada oluşan kırmızımsı mor renkte, bir cm'den geniş strialar oluşur (Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Kılavuzu, 2018).



Şekil 1.2. Hastada aydede yüz ve pletorik yanak görünümü (Hatipoğlu ve ark. , 2007).

1.2.4.2. Psişik bozukluklar

Glukokortikoidler, hastalarda mani, hipomani, depresyon ve kaygı, panik atak, deliryum, ajitasyon, agresyon, depersonalizasyon, intihar düşüncesi gibi bulgular görülmesine neden olabilir. Glukokortikoidlerin psikiyatrik yan etkilerinin patofizyolojisi halen tartışmalıdır. Yan etkilerin, hücre zarında yer alan sodyum potasyum pompasının işlevinin bozularak iyon akışının değiştiği ve serotonin salınımının azalması sonucu ortaya çıktığı ayrıca kolinerjik ve dopaminerjik uyarılmaya bağlı olarak meydana geldiği düşünülmektedir (Bolu ve ark. , 2013). Psikiyatrik belirti gelişmesinde etkili olan en önemli risk etmeni kullanılan steroid ilacın dozudur. Günlük 80 mg ve üzeri prednizon kullanan hastalarda ileride ortaya çıkabilecek psikiyatrik yan etki riski %18,6 iken, 41-80 mg arasında kullanan hastalarda risk %4,6, 40 mg ve altında kullanan hastalarda ise risk %1,3'e kadar gerilemektedir (Brown, 2009).

1.2.4.3. Peptik ülser oluşumu

Glukokortikoidler mide asit salgısını arttırarak, yara çevresinde koruyucu inflamasyon dokusu ve skar oluşmasını inhibe ederler, peptik ülser oluşmasına ve ülserin kolayca perforasyonuna neden olurlar (Nowak ve Papierska, 2014).

1.2.4.4. Ciltte incelme

Glukokortikoidlerin lokal uygulanması sonucu dermis dokusunda ki kollajen azalır. Gerek epidermis gerekse dermis tabakası incelir. Sistemik tedavi sırasında yaygın olarak görülen bir komplikasyondur (Liu et al. , 2013; Özen, 2014).

1.2.4.5. Diyabet oluşumu

Glukokortikoidler, glikoz kullanımını azaltıp ve karaciğer glikoz üretimini arttırarak hiperglisemiye neden olurlar. Diyabeti olanlarda insulin gereksinimi ve iştahı artırırılar (Fsadni, 2015). 40 mg prednizon veya eşdeğeri ile tedavi edilen hastaların %52'sinde kan şekeri seviyesi ≥ 200 mg / dl olarak bulunmuştur (Dorff and Crawford, 2013).

1.2.4.6. Adrenal Yetmezlik

Glukokortikoidlerin uzun süreli ve yüksek dozda uygulanması HHA eksenini baskılar, adrenokortikal atrofi ve beraberinde sekonder adrenal yetmezlik gelişmesine neden olur. Bu nedenle kullanılan steroid dozunun kademeli olarak azaltılarak kesilmelidir. Tedavi birden sonlandırılırsa hipotansiyon, hipoglisemi, halsizlik, bulantı, kusma gibi akut adrenal yetmezlik belirtileri ortaya çıkabilir (Karadakovan, 1989; Nur ve ark. , 2007).

1.3. Kortikosteroid Tedavisinde Dikkat Edilmesi Gerekenler

- İlaçlar hipofizden ACTH salgısının en fazla uyarıldığı sabah saatlerinde verilmelidir (Samancı ve Balcı, 2001).
- Yüksek doz oral steroid tedavisi alan hastalarda günlük dozun 2/3'ü sabah, 1/3'ü akşam saatlerinde verilmelidir (Turgay, 2014)
- Glukokortikoidler sabahları günde bir kez veya acil bir durum olmadıkça, son doz öğleden sonra saat ikiden önce verilmelidir (Fsadni, 2015).
- Oral glukokortikoidler her gün verilmeyip gün aşırı uygulanmalıdır (Samancı ve Balcı, 2001).
- İlacın dozu tedavi için gerekli olan minimum dozda verilmelidir (Longui, 2007).
- Bir ay veya daha uzun süre sistemik glukokortikoid tedavisinden sonra ilaç birden kesilmemeli, ilaç dozu her basamakta 3-7 gün kalınarak giderek azaltılmalıdır (Samancı ve Balcı, 2001).
- Hasta 5-7 gün sonra tedaviye herhangi bir klinik yanıt göstermediyse, steroid tedavisi kesilmelidir (McGee, 2013).
- Üç haftadan daha uzun süre steroid tedavisi alması beklenen tüm hastalara hasta bilgilerini içeren bir steroid tedavi kartı verilmelidir (Fsadni, 2015).
- Hastada ilerlemiş malign tümör, peptik ülser hastalığı geçmişi varsa veya deksametazon dozu 140 mg üzerinde uygulanacaksa mutlaka bir H₂ reseptör antagonisti veya NSAİ ilaç başlanmalıdır (Bellieu et al. , erişim tarihi 07.10.18).
- Üç aydan fazla süre için 7,5 mg prednizon / gün dozu kullanılacaksa, hastalara yeterli miktarda (günlük 400 İÜ vit D3+ 1500 mg kalsiyum) D vitamini ve kalsiyum desteği başlanmalıdır (Çiftci ve ark. , 2017).
- Tedavi sırasında hastaların vücut ağırlığı, bel çevresi, kan basıncı, kan şekeri, lipit profili, düzenli göz muayenesi ve aşıları takip edilmelidir (Nowak ve Papierska, 2014).
- Tedavi başlangıcında ve altı ay sonra kemik yoğunluğu ölçümü yapılmalıdır (Griffiths and Jordan, 2002).

1.4. Steroid Tedavisinde Hemşirenin Rolü Ve Sorumlulukları

Hemşireler, sağlık profesyonelleri içinde günün 24 saati, hasta ile yakın iletişimde olan, bireyi bütün yönleriyle değerlendiren tek profesyonel gruptur (Babacan ve Ulupınar Alıcı, 2008; Talas ve Pınarcı, 2010). Birey, aile ve topluma sağlığı korumak ve geliştirmek, doğru sağlık davranışlarını kazandırmak amacıyla planlı bir şekilde eğitim vermek, hemşireliğin temel rollerinden biridir (Taylan ve ark. , 2012).

Hemşirenin bir eğitimci olarak etkinliği, kendini bu rolde donanımlı hissetmesine, eğitimle ilgili bilgi, beceri, tutum ve davranışı kazanmış olmasına bağlıdır. Hemşirelerin hasta eğitimi ile ilgili bilgileri; ağırlıklı okulda alınan hemşirelik öğrenimleri ve düşük bir oranda da hizmet içi eğitimler ile sınırlı kalmaktadır (Babacan ve Ulupınar Alıcı, 2008). Pek çok kaynakta hemşirelerin eğitmen ve danışman rollerini yerine getirmede başarısız olmasının nedeni olarak, ilaçlar hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları ve iş yükünün fazla olması gibi gerekçeler gösterilmektedir (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2010). Yıldırım ve ark. (2017)'nin çalışmalarında hemşirelerin günlük çalışma düzeninde yaptıkları faaliyetler sıralamasında ilaç tedavisi birinci sırada, hasta eğitimi yedinci sırada yer almaktadır. Aynı çalışmadaki bir diğer bulgu da, hemşirelerin %86,8'inin iş yükü fazlalığını, %75,1'inin zamanı etkin kullanamamayı, %37'sinin hastaların eğitim almak istememesini gerekçe göstererek hasta eğitimine gerekli önemi vermedikleri saptanmıştır. Babacan ve Ulupınar Alıcı (2008)'nin çalışmalarında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Bir günlük mesai içinde hemşirelerin yaptıkları faaliyetler arasında, ilk sırada ilaç tedavisi (%67,3), beşinci sırada hasta eğitimi (%25,9) yer almaktadır. Hastaların kullandıkları ilaç ile ilgili yeterince bilgiye sahip olmaması, ilaç kullanımından kaçınmalarına ve ilacı bırakmalarına neden olabilmektedir. Bu durum hastanın tedaviden zarar görmesine neden olmaktadır (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008).

Steroid tedavisi, yan etkileri fazla olmasına karşın yararlı kullanımları nedeniyle sık tercih edilmek zorunda olunan ilaç gruplarıdır (Nowak ve Papierska, 2014). Steroid tedavisi alan hastanın günlük yaşam aktiviteleri olumsuz yönde

etkilenir ve birçok psikolojik, fizyolojik, ekonomik, sosyal güçlüklerle karşılaşabilir (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008). Ancak steroid tedavisi alan bireylere etkin hemşirelik yaklaşımı ve hasta eğitimiyle bireylerin tedaviye uyumu artırılabilir. Ayrıca steroidlerin istenilen etkileri sağlanıp, bazı yan etkileri önlenabilir veya azaltılabilir (Talas ve Pınarcı, 2010). Hemşirelerin steroid tedavisi alan hastanın tedavi ve bakımı için dikkat etmesi gereken konular bulunmaktadır (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008). Steroid tedavisi alan hastalarda sık karşılaşılan hemşirelik tanıları ve bu tanılarla ilişkili hemşirelik girişimleri aşağıda gösterilmiştir.

1.4.1. Hemşirelik Tanısı: Kan Glikoz Seviyesinde Dengesizlik Riski

Nedeni: İnsülin gereksiniminde artış, kandaki glikozun kullanılamaması

- Steroid kullanan diyabet hastalarında, insülin gereksinimi, hiperglisemi nedeniyle yaklaşık % 50 arttığı için hastaların, kan glukoz ve idrar glukoz seviyeleri düzenli olarak takip edilmelidir (Longui, 2007; Palloş, 2018).
- Hastaların diyetleri karbonhidratlar yönünden fakir olmalıdır (Samancı ve Balcı, 2001).
- Hastalara susuzluk ve idrara çıkma durumunun artması, kan şekeri seviyesinin yükselmesinin bir işareti olduğu anlatılmalı ve doktoruna bilgi vermesi gerektiği belirtilmelidir (ABTA, 2016).

1.4.2. Hemşirelik Tanısı: Sıvı Volüm Dengesizliği Riski

Nedeni: Sodyum ve su tutulması

- Aşırı sıvı retansiyonunun belirtileri olan taşikardi, nabız dolgunluğu, yüksek kan basıncı, yüzeysel solunum, dispne, soluk ve solgun deri, bilinç düzeyinde değişiklik gibi durumlar takip edilmelidir (Akbarak ve ark. , 2007).
- Hastalara aldığı-çıkardığı takibi yapılmalı, idrar miktarı ve yoğunluğu değerlendirilmelidir (Olgun, 2011).
- Hastaların kilosu steroid tedavisine başlamadan önce ölçülmeli, tedavi süresince de günlük olarak kaydedilmelidir (Palloş, 2018).
- Uzun süreli steroid kullanan hastalar en az haftada bir kez tartılmalıdır. Tedavinin başında iştah artışından kaynaklı kilo alımının gerçekleşmesi muhtemeldir ancak daha sonra ağırlık artışları sıvı tutulmasından kaynaklı olabilir (Abrams, 2001; Griffiths and Jordan, 2002).
- Endike ise hastalarda sıvı kısıtlaması yapılmalıdır (Akbarak ve ark. , 2007).
- Hastaların düzenli olarak tibia, ayak bileği, ayaklar ve sakrum bölgelerle palpasyon ile ödem takibi yapılmalı ve değerlendirilmelidir (Akbarak ve ark. , 2007; Palloş, 2018).
- Hastalara tuz kısıtlaması uygulanmalı ve hazır yiyeceklerden, konserve yiyeceklerden, donmuş yiyeceklerden kaçınılması konusunda bilgi verilmelidir (Palloş, 2018).

1.4.3. Hemşirelik Tanısı: Enfeksiyon Riski

Nedeni: İmmün sistemin baskılanması

- Hastanın laboratuvar bulguları (lökosit sayısı) takip edilmelidir (Akbayrak ve ark. , 2007).
- Steroid tedavisi süresince ağız ve genital bölge fungal enfeksiyon yönünden risk altında olduğu için bu bölgelerin temizliğine önem verilmeli ve hastalarda genital bölgesi ve ağız düzenli olarak değerlendirilmelidir (Palloş, 2018).
- Kornea enfeksiyonları hakkında hasta bilgilendirilmeli, hastanın gözleri temiz olmalı ve gerektiğinde distile su ile göz bakımı uygulanmalıdır (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008; Palloş, 2018).
- Hastalara vücut sıcaklığı 38 °C'den yüksek olduğunda doktorunu araması gerektiği konusunda bilgi verilmelidir (Faiman et al. , 2008).
- Hastalara ellerini sık sık yıkaması gerektiği ve kalabalık ortamlardan uzak durması gerektiği anlatılmalıdır (ABTA, 2016).
- Rutin canlı aşılar bu hastalara uygulanmamalıdır (Arvas, 2014).

1.4.4. Hemşirelik Tanısı: Potansiyel Komplikasyon: Kırık Oluşma Riski

Nedeni: Osteoporoz

- Steroid kullanan hastaların diyetleri kalsiyum, D vitamini ve protein açısından zengin olmalıdır (Abrams, 2001).

- Özellikle post-menopozal kadınlarda, kalsiyumdan fakir diyetle beslenen hastalarda, sigara ve alkol kullananlarda, yaşlı hastalarda ve hareketsiz yaşam tarzı olanlarda travmalara karşı tedbirli olunmalıdır (Griffiths and Jordan, 2002; Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008; Palloş, 2018).
- Düşme ve travmaları engellemek için hasta yatağı yüksek olmamalı, yatak kenarlıkları kaldırılmış olmalıdır ayrıca çağrı zili hasta yakınında bulunmalıdır (Akbayrak ve ark. , 2007).
- Hastalara ağır egzersizlerden kaçınmaları konusunda bilgi verilmelidir (Faiman et al. , 2008).

1.4.5. Hemşirelik Tanısı: Travma Riski (Kanama)

Nedeni: Kollagen yıkımının artması

- Enjeksiyonlarda ince iğne ucu kullanılmalı ve enjeksiyondan sonra bölgeye en az 5 dakika bası uygulanmalıdır (Akbayrak ve ark. , 2007).
- Ciltte ve yumuşak dokularda kanamayı azaltmaya yardımcı olmak için C vitamini bakımından zengin beslenme sağlanmalıdır (Palloş, 2018).
- Hastanın laboratuvar bulguları (hemoglobin, hemotokrit, protrombin zamanı, trombosit sayısı) izlenmelidir (Akbayrak ve ark. , 2007).

1.4.6. Hemşirelik Tanısı: Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Fazla

Nedeni: Hiperglisemiye bağlı iştah artışı

- Hastaların diyetleri karbonhidrat yönünden fakir olmalı ve öğünleri hemşire tarafından kontrol edilmelidir (Palloş, 2018).
- Hastaya kalorisi düşük, doymuş yağlar ve tuzdan fakir bir diyet uygulanmalıdır (Akbayrak ve ark. , 2007).
- Steroid tedavisi organizmadan potasyum atılmasına neden olacağı için hastaların diyetleri potasyum içeren besinler yönünden zengin olmalıdır (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008).

1.4.7. Hemşirelik Tanısı: Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski

Nedeni: İmmün sistemin baskılanması

- İnhaler steroidlerin uygulanmasından sonra, ağzın çalkalanması gerektiği konusunda hasta bilgilendirilmelidir (Griffiths and Jordan, 2002).
- Steroid kullanımı ağızda pamukçuklara sebep olabileceği için hastalara dilinde, damağında veya boğazında kalın beyaz lekeler fark ettiğinde hemşire veya doktora bilgi vermesi gerektiği anlatılmalıdır (ABTA, 2016).
- Oral mukoza veya dişte lezyon varlığında sodyum bikarbonat solüsyonu veya serum fizyolojik ile sık sık gargara yapması önerilmelidir (Akbayrak ve ark. , 2007).

1.4.8. Hemşirelik Tanısı: Tedavi Planını Yönetmede Bireysel Yetersizlik

Nedeni: Hastalık, ilaç tedavisi, diyet ve öz bakım konusunda bilgi eksikliği

- Steroidler kan basıncı artışına neden olacağı için hastalara düzenli kan basıncı izlemi yapılması gerektiği anlatılmalıdır (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008).
- Hipertansiyonu olan hastalarda kanama, anevrizma, paralizi gibi bazı komplikasyonların gelişebileceği hasta ve ailesine anlatılmalıdır (Akdeniz, 1998; Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008).
- Hemşire hipokalemi belirti ve bulgularından olan aritmi, irregüler nabız, yüzeysel solunum, abdominal distansiyon, iştahsızlık, halsizlik, poliüri, mental konfüzyon gibi durumları izlemelidir (Griffiths and Jordan, 2002).
- Özellikle adrenal yetmezliği olup yerine koyma tedavisi uygulanan hastalara ilaçları sabah saat dokuzdan önce alması gerektiği konusunda bilgi verilmelidir (Karadakovan, 1989; Palloş, 2018).
- Steroid tedavisi midede peptik ülser gelişimini artırdığı için, hastaya ilaçlarını yemeklerden sonra ve H₂ reseptör antagonist ya da proton pompa inhibitörü ilaçlar ile birlikte alması gerektiği anlatılmalıdır (Karadakovan, 1989; Fsadni, 2015).
- Steroid tedavisi süresince ülser ve mide kanaması gelişebileceği hastaya anlatılmalı ve belirtiler hemşire tarafından gözlenmelidir (Palloş, 2018).
- Gastrointestinal kanama belirtileri için dışkı gözlemlenmelidir (Griffiths and Jordan, 2002).

- Hastaya acı, baharat, asitli yiyeceklerden uzak durması gerektiği anlatılmalıdır (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008).
- Steroid tedavisi alan hastanın özgeçmişinde psikiyatrik sorunlar varsa, steroidlerin hastalık tablosunu ağırlaştırabileceği hasta ve yakınlarına anlatılmalı, hastaların ilaçlarını, önerilen dozlarda ve düzenli kullanmaları sağlanmalıdır (Akdeniz, 1998; Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008).
- Cilt pansumanları yapıldıktan sonra üzerinin kapatılmaması gerektiği belirtilmelidir (Abrams, 2001).
- Hastalar adrenal kriz gelişme riskine karşı bilgilendirmeli, hastaya ilaçlarını düzenli alması ve ilacın bırakılması gerektiğinde aşamalı olarak azaltılarak bırakılması gerektiği açıklanmalıdır (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008).
- Stresli durumlara ek olarak, boğaz ağrısı, ateş veya diğer enfeksiyon belirtileri, haftada beş kilo veya daha fazla kilo artışı veya ayak bileklerinde veya başka yerlerde şişlik olması durumunda, hastanın doktoruna haber vermesi gerektiği anlatılmalıdır (Karadakovan, 1989; Griffiths and Jordan, 2002; Palloş, 2018).
- Hastalara, reçetesiz ilaç ve vitaminler dahil tüm ilaçları, doktoruna danışmadan kendi kendilerine almamaları hakkında bilgi verilmelidir (Faiman et al. , 2008).
- Steroid ilaçlarını sürekli kullanması gereken hastalara, üzerinde hastanın adı-soyadı, doktorunun adı ve telefon numarası, yakınlarından birisinin telefon numarası, hastalık tanısı ve acil durumlarda kullanması gereken ilacın adını içeren bir tıbbi kart bulundurması gerektiği konusunda eğitim verilmelidir (Karadakovan, 1989).

1.4.9. Hemşirelik Tanısı: Beden İmgesinde Rahatsızlık

Nedeni: Beden görünümü ve fonksiyonlarının değişmesi

- Beden üzerindeki yaralar, renk değişimleri, dengesiz yağ dağılımı ve hirsutizm nedeniyle hasta utanabileceği için hastanın duygu ve düşüncelerini açıklaması için cesaretlendirilmelidir (Akbayrak ve ark. , 2007).
- Akne benzeri döküntüler oluşabileceği için hastalara yüzlerini günde iki kez bir peeling ile yıkaması ve etkilenen alanları temiz tutması tavsiye edilmelidir (Faiman et al. , 2008).
- Hastanın kendini rahat hissetmesi için beden görünümündeki değişiklikleri gizleyecek şekilde giyinmesi konusunda destek olunmalıdır (Akbayrak ve ark. , 2007).
- Hastaların aynı deneyime sahip diğer hastalarla temasa geçmesi sağlanabilir (Palloş, 2018).
- Hastalar istenmeyen tüylenmeler nedeniyle tıraş bıçağı ya da tüy dökücüler kullanabilecekleri anlatılmalıdır (Akbayrak ve ark. , 2007).

Steroid kullanan bireye hemşirelik bakımının doğru ve eksiksiz verilmesi, hastanın steroidlerin yan etkilerinden korunmasını, bireyin tedaviye uyumunu, hastanede kalış süresinin kısaltılmasını ve bireyin yaşam kalitesini artmasını sağlayacaktır (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008; Pai, 2010; Talas ve Pınarcı, 2010)

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

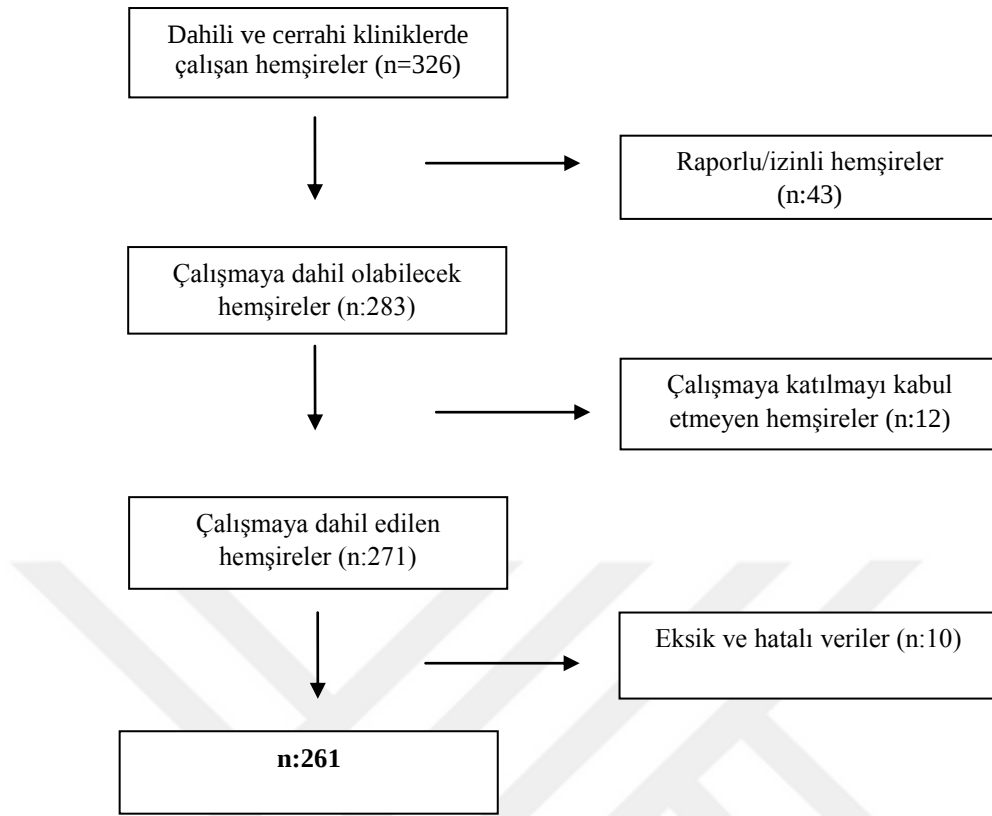
Bu araştırma, cerrahi ve dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel türde bir çalışmadır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verileri, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Cerrahi Klinikler (ortopedi, plastik cerrahi, genel cerrahi, üroloji, kadın doğum, yoğun bakımlar, çocuk ve yetişkin acil, KBB göz, kalp damar cerrahi, beyin cerrahi) ve Dahili Klinikler (FTR, kardiyoloji, dahiliye, nöroloji, göğüs hastalıkları, pediatri, psikiyatri, çocuk ve yetişkin hematoloji, kemoterapi üniteleri, palyatif bakım ünitesi, diyaliz ünitesi)' inde 7 Şubat – 6 Mart 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Cerrahi ve Dahili Klinikleri' nde çalışmakta olan toplam 326 hemşire oluşturmuş olup, örneklem seçimine gidilmeyip, evrenin tümüne ulaşılması amaçlanmıştır. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde izinli ya da raporlu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 261 klinik hemşiresi ile araştırma tamamlanmıştır (Şekil 2.1. Çalışma Akış Şeması).



Şekil 2.1. Çalışma Akış Şeması

2.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan 2019/2 tarih ve sayılı etik kurul izni ve araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Buna ek olarak hemşirelere herhangi bir zamanda bu araştırmaya katılmayı reddedebilecekleri ya da çekilebilecekleri konusunda güvence verilmiştir.

2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni; hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi puanları. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılı,

çalışılan klinik, klinik deneyim süresi, mezuniyet sonrası steroid ilaçlara ilişkin eğitim alma durumu.

2.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Bu çalışmaya Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi cerrahi ve dahili birimlerinde hemşire olarak çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, izinli/raporlu olmayan hemşireler dahil edilmiştir.

2.7. Araştırma Kapsamı Dışında Olma Kriterleri

Bu çalışmaya Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi cerrahi ve dahili klinikler dışında kalan polikliniklerde çalışan hemşireler, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve izinli/raporlu olan hemşireler dahil edilmemiştir.

2.8. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelemesi (Akı 2007; Arvas 2014; Balcı Alparıslan ve Kapucu 2008; Bellieu erişim tarihi 07/10/18, Liu ve ark. 2013; Olgun 2011; Rice ve ark. 2017; Salerno ve Hermann 2007; Talas ve Pınarcı 2010) doğrultusunda hazırlanan 64 sorudan oluşan “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi (STHB) Anketi” kullanılmıştır (Ek-1).

Sosyodemografik ve Bireysel Özellikler Formu; araştırmaya katılan hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi, çalışılan klinik, klinik deneyim süresi, steroid tedavisi ile ilgili eğitimi alma durumu, klinikte kullanılan steroid ilaçlar ve steroid ilaç tedavisi alan hasta eğitiminde öncelik sıralamasını inceleyen 10 soruyu içermektedir.

Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi (STHB) Anketi; steroid tedavisine ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerini inceleyen STHB anketi 54 ifadeden oluşmaktadır. Üçlü likert tipte hazırlanmış olan (katılıyorum “1 puan”, fikrim yok “0 puan”, katılmıyorum “0 puan”) anket 3 bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümü olan “Genel Bilgi” bölümünde alınabilecek puan aralığı 0-22’ dir. Bu bölüm steroidler ve steroid tedavisine ilişkin hemşirelerin genel bilgi seviyelerini değerlendirmeyi amaçlayan 22 ifadeden oluşmaktadır. “Komplikasyonlara Yönelik Bilgi” bölümü, anketin ikinci bölümüdür, 12 ifadeden oluşmaktadır ve alınabilecek puan 0-12 arasındadır. Anketin üçüncü bölümü olan “Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi” bölümünde alınabilecek puan aralığı 0-20’ dir. Bu bölüm steroid tedavisi uygulanan hastada hemşirelik uygulamalarına yönelik hemşirelerin bilgi seviyelerini değerlendirmeyi amaçlayan 22 ifadeden oluşmaktadır.

Anketin “Genel Bilgi” bölümünün Cronbach's Alpha katsayısı 0,824, “Komplikasyonlara Yönelik Bilgi” bölümünün Cronbach's Alpha katsayısı 0,810 ve “Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi” bölümünün Cronbach's Alpha katsayısı 0,853 olarak hesaplanmıştır. STHB anketinden alınabilecek en düşük puan “0” en yüksek puan “54”tür. Anketten alınan puan arttıkça bilgi düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Anketin bütün bölümlerinde Cronbach’s Alpha değerlerinin 0,70’in üzerinde olduğu görülmektedir (Kılıç, 2016).

Hemşirelerinin, anket formlarındaki soruları uygun oldukları bir zamanda kendileri tarafından yanıtlamaları için, anketler hemşirelere 08.30-16.30 ve 16.30-08.30 çalışma saatlerinde elden dağıtılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin gizliliğini sağlamak için anket formlarını isimsiz olarak doldurmaları istenmiştir. Anketler bir sonraki ziyarette araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

2.9. Veri Toplama Araçları İçin Uzman Görüşünün Alınması

Cerrahi ve dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla düzenlenen anket formunun kapsam geçerliliği

alanında uzman 6 akademisyen ve 2 hemşire tarafından değerlendirilmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi Davis tekniği dikkate alınarak yapılmıştır. Davis tekniği uzman görüşlerini (A) uygun, (B) madde hafifçe gözden geçirilmeli, (C) madde ciddi olarak gözden geçirilmeli ve (D) madde uygun değil şeklinde dörtlü derecelendirmektedir. Bu teknikte (A) ve (B) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünür ve maddeye ilişkin kapsam geçerlik indeksi elde edilir. Bu değer istatistiksel bir ölçütle karşılaştırmak yerine; 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilir (Davis 1992). Bu çalışmada kullanılan anket formunun maddelerinin değerlendirmesi yapılmış ve maddelerin kapsam geçerlik indeksi 0,97 bulunmuştur.



Tablo 2.1. Uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliliği

	Madde No	A. Uygun	B. Biraz gözden geçirilmeli	C. Ciddi olarak gözden geçirilmeli	D. değil	Uygun	Kapsam Geçerlilik İndeksi
Genel Bilgi	1	7	1	-	-		1,00
	2	6	2	-	-		1,00
	3	6	2	-	-		1,00
	4	7	-	1	-		0,875
	5	6	1	1	-		0,875
	6	5	3	-	-		1,00
	7	6	2	-	-		1,00
	8	5	3	-	-		1,00
	9	6	2	-	-		1,00
	10	6	2	-	-		1,00
	11	5	3	-	-		1,00
	12	7	1	-	-		1,00
	13	6	1	1	-		0,875
	14	5	2	1	-		0,875
	15	4	4	-	-		1,00
	16	5	2	1	-		0,875
	17	6	2	-	-		1,00
	18	5	2	-	1		0,875
	19	4	3	-	1		0,875
	20	5	3	-	-		1,00
	21	3	4	-	1		0,875
	22	5	2	1	-		0,875
Komplikasyonlara İlişkin Bilgi	1	5	3	-	-		1,00
	2	4	4	-	-		1,00
	3	6	2	-	-		1,00
	4	6	2	-	-		1,00
	5	6	2	-	-		1,00
	6	6	2	-	-		1,00
	7	4	3	1	-		0,875
	8	6	2	-	-		1,00
	9	6	2	-	-		1,00
	10	6	2	-	-		1,00
	11	6	2	-	-		1,00
	12	6	2	-	-		1,00
Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Bilgi	1	5	3	-	-		1,00
	2	6	2	-	-		1,00
	3	5	3	-	-		1,00
	4	6	2	-	-		1,00
	5	6	2	-	-		1,00
	6	6	2	-	-		1,00
	7	6	2	-	-		1,00
	8	5	3	-	-		1,00
	9	6	2	-	-		1,00
	10	6	2	-	-		1,00
	11	6	2	-	-		1,00
	12	5	3	-	-		1,00
	13	5	2	1	-		0,875
	14	6	2	-	-		1,00
	15	5	3	-	-		1,00
	16	6	2	-	-		1,00
	17	6	2	-	-		1,00
	18	6	1	1	-		0,875
	19	5	2	1	-		0,875
	20	6	2	-	-		1,00

2.10. İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS (Statistical Packag for the Social Sciences) 20.0 for Windows programında analiz edildi. Araştırmadaki sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, median, minimum ve maksimum değerleriyle, kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile hesaplandı. Verilerin normal dağılımını değerlendirmek amacıyla Skewness-Kurtoris ve Shapiro-Wilk testi kullanıldı. STHB Anketinin güvenilirlik analizi için Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. Kategorik değişkenlerin bağımsız grup karşılaştırmalarında Ki-Kare testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin bağımsız ikili grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı.

3. BULGULAR

3.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 3.1.'de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (N:261)

Özellikler		
Yaş ortalaması	X ± SS	
	27,43 ± 5,28	
Cinsiyet	n	%
Kadın	203	77,8
Erkek	58	22,2
Eğitim Durumu		
Lise	96	36,8
Önlisans	18	6,9
Lisans	137	52,5
Yükseklisans	10	3,8
Meslekte Çalışma Süresi		
1-5 yıl	140	53,6
6-10 yıl	80	30,7
11 yıl ve üzeri	41	15,7
Çalışılan Klinik		
Cerrahi Klinikler	166	63,6
Dahili Klinikler	95	36,4
Klinik Deneyim Süresi		
1-5 yıl	173	66,3
6-10 yıl	65	24,9
11 yıl ve üzeri	23	8,8
Steroid Tedavisi ile İlgili Eğitimi Alma Durumu		
Eğitim Almış	54	20,7
Eğitim Almamış	207	79,3

Tablo 3.1.'deki bulgulara göre sosyodemografik özellikler incelendiğinde; araştırmaya dahil edilen hemşirelerin %77,8'ini kadın, %22,2'sini erkek hemşireler oluşturmaktadır ve yaş ortalamaları $27,43 \pm 5,28$ 'dir. Hemşirelerin eğitim

durumlarına bakıldığında, %36,8'i lise mezunu, %6,9'u önlisans mezunu, %52,5'i lisans mezunu ve %3,8'i yüksek lisans mezunudur. Hemşirelerin meslekte çalışma süreleri incelendiğinde 1-5 yıl arası çalışanlar %53,6, 6-10 yıl arası çalışanlar %30,7, 11 yıl ve üzeri çalışanlar ise %15,7'dir. Hemşirelerin %63,6'sı cerrahi kliniklerde %36,4 dahili kliniklerde çalışmaktadır. Hemşirelerin klinik deneyim süreleri incelendiğinde, 1-5 yıl arası çalışanlar %66,3, 6-10 yıl arası çalışanlar %24,9, 11 yıl ve üzeri çalışanların %8,8 olduğu görülmektedir. Hemşirelere mezuniyet sonrası steroid ilaçlara ilişkin eğitim alıp almadıkları sorulmuş ve %20,7'sinin eğitim aldığı, %79,3'ünün eğitim almadığı belirlenmiştir.

Cerrahi ve dahili kliniklerde kullanılan steroid ilaçlara ilişkin bulguların dağılımı Tablo 3.2.'de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Kliniklerde kullanılan steroid ilaçlara ilişkin bulguların dağılımı

İlaçlar	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Prednizolon (Deltacortil)	98	37,5	163	62,5
Betametazon (Celestone)	17	6,5	244	93,5
Deksametazon (Dekort, Onadron, Ultralan)	220	84,3	41	15,7
Metilprednizolon (Depo-medrol, Prednol)	185	70,9	76	29,1
Triamsinolon (Kenacort-A, Sinakord-A)	27	10,3	234	89,7

Hemşirelere çalıştıkları kliniklerde kullanılan steroid ilaçlar sorulduğunda; hemşirelerin %84,3'ü deksametazon, %70,9'u metilprednizolon, %37,5'i prednizolon, %10,3'ü triamsinolon ve %6,5'i betametazon kullanıldığını belirtmiştir (Tablo 3.2).

Steroid tedavisi alan hastanın eğitiminde hemşirelerin öncelik sıralamalarının dağılımı Tablo 3.3.'de sunulmuştur.

Tablo 3.3. Steroid tedavisi alan hastanın eğitiminde hemşirelerin öncelik sıralamalarının dağılımı

Öncelik Tercih	1.öncelik		2.öncelik		3.öncelik		4.öncelik		5.öncelik		6.öncelik		7.öncelik	
Maddeler	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Steroid ilacını sabah saat dokuzdan önce alınması gerektiği	162	62,1	39	14,9	21	8,1	14	5,5	6	2,4	5	2,0	9	3,8
Sodyum, alkol ve kafein alımını kısıtlaması gerektiği	17	6,5	73	28,0	38	14,7	36	14,2	28	11,2	36	14,7	22	9,2
İnfeksiyonu olan kişilerle temas etmemesi gerektiği	14	5,4	28	10,7	64	24,7	38	15,0	42	16,9	34	13,9	26	10,9
Yüksek doz tedaviye bağlı oluşabilecek yan etkiler (kilo artışı, ödem, cushing)	19	7,3	26	10,0	48	18,5	64	25,2	44	17,7	44	18,0	13	5,4
Uzun dönem tedaviden kaynaklanabilecek osteoporoz gelişme riski	-	-	7	2,7	8	3,1	25	9,8	68	27,3	51	20,8	89	37,2
Hipertansiyon ve diyabet gelişme riski	18	6,9	42	16,1	36	13,9	47	18,5	41	16,5	49	20,0	20	8,4
İlaçlarını düzenli alması ve ilacın bırakılması gerektiğinde aşamalı olarak azaltılarak bırakılması gerektiği	31	11,9	46	17,6	44	17,0	30	11,8	20	8,0	26	10,6	60	25,1

Tablo 3.3.’deki Steroid tedavisi alan hastanın eğitiminde hemşirelerin öncelik sıralamalarının dağılımına bakıldığında; hemşirelerin %62,1’i “steroid ilacın sabah

saat dokuzdan önce alınması gerektiği” maddesine birinci önceliği verirken, “uzun dönem tedaviden kaynaklanabilecek osteoporoz gelişme riski” maddesini birinci öncelik olarak tercih eden olmamıştır. Hemşirelerin %28,0’i “sodyum, alkol ve kafein alımını kısıtlaması gerektiği” maddesini ikinci önceliğe, “infeksiyonu olan kişilerle temas etmemesi gerektiği” maddesini %24,7 ile üçüncü önceliğe, “yüksek doz tedaviye bağlı oluşabilecek yan etkiler (kilo artışı, ödem)” maddesini %25,2 ile dördüncü öncelikte tercih etmişlerdir. “Uzun dönem tedaviden kaynaklanabilecek osteoporoz gelişme riski” maddesi %37,2 ile en fazla yedinci sırada tercih edilmiş, aynı madde sırasıyla %27,3 ve %20,8 ile beşinci ve altıncı sırada da tercih edilmiştir. Tedavinin komplikasyonlarından olan ve ilk önceliklerde tercih edilmesi gereken “ilaçlarını düzenli alması ve ilacın bırakılması gerektiğinde aşamalı olarak azaltılarak bırakılması gerektiği” maddesi %25,1 ile yedinci sırada tercih edilmiştir.

3.2. Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi Verilerine İlişkin Bulgular

STHB Anketi bölümlerinin ortalama ve ölçekten alınabilecek puan aralığı değerleri hesaplanmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.4.’de sunulmuştur.

Tablo 3.4. “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” bölümlerinin ortalama ve puan aralığı değerleri

	Ortalama ($\bar{X} \pm SS$)	Ölçekten Alınabilecek Puan Aralığı (min-max)
Genel Bilgi	12,52 $\pm$ 4,779	0-22
Komplikasyonlara Yönelik Bilgi	8,13 $\pm$ 3,074	0-12
Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi	14,34 $\pm$ 4,434	0-20

Tablo 3.4.’deki verilere göre; STHB Anketi “Genel Bilgi Bölümü”nden alınabilecek maksimum puan 22’dir. Hemşireler birinci bölümden ortalama $12,52 \pm 4,779$ puan almıştır. Anketin “Komplikasyonlara Yönelik Bilgi” bölümünden alınabilecek maksimum puan 12’dir. Hemşirelerin bilgi düzeyi puanı, ikinci bölüm için ortalama $8,13 \pm 3,074$ ’tür. Anketin “Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi” bölümünden alınabilecek maksimum puan 20’dir. Üçüncü bölümden hemşireler ortalama $14,34 \pm 4,434$ puan almışlardır.

Hemşirelerin STHB Anketi “Genel Bilgi” bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 3.5.’de sunulmuştur.

Tablo 3.5. Hemşirelerin “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” “Genel Bilgi” bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı

Maddeler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	n	%	n	%	n	%
Kortikosteroidler, adrenal korteks(böbrek üstü bezleri) tarafından salgılanan steroid yapılı hormonlardır.	227	87,0	5	1,9	29	11,1
Kortizol olarak bilinen glukokortikoidler adrenal korteksten salgılanır.	181	69,3	12	4,6	68	26,1
Kortizonun yarılanma ömrü <12 saat olan kısa etkili bir steroiddir.	115	44,1	31	11,9	115	44,1
Deltacortril (prednizolon), prednol-L (metilprednizolon) orta etkili (12-36 saat) steroidlerdir.	145	56,6	26	10,0	90	34,5
Dekort (deksametazon) yarılanma ömrü >36 saat olan uzun etkili bir steroiddir.	94	36,0	49	18,8	118	45,2
Steroidlerin tedavide kullanım endikasyonları, güçlü antiinflamatuvar ve immünsüpresif etkileridir.	175	67,0	24	9,2	62	23,8
Steroidler alerjik ve otoimmün hastalıklarda kullanılabilir.	208	79,7	13	5,0	40	15,3

Tablo 3.5. (Devam) Hemşirelerin “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” “Genel Bilgi” bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı

Maddeler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	n	%	n	%	n	%
Steroidler, romatolojik ve nörolojik hastalıklarda kullanılabilir.	180	69,0	24	9,2	57	21,8
Bir hormon salgılanma bozukluğu olan Addison hastalığında steroid tedavisi kullanılmalıdır.	114	43,7	18	6,9	129	49,4
Steroidler romatoid artrit (RA), deri enflamasyonları gibi durumlarda kullanılabilir.	182	69,7	10	3,8	69	26,4
Beyin tümörleri, spinal kord yaralanmaları gibi durumlarda steroid tedavisinden yararlanılır.	161	61,7	18	6,9	82	31,4
Steroidler kronik ağrıların (kansere ağrıları gibi) hafifletilmesinde kullanılabilir.	115	44,1	65	24,9	81	31,0
Ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetiminde kısa etkili steroid ilaçlar kullanılmalıdır.	107	41,0	69	26,4	85	32,6
Hipofiz tümörü sebebiyle cerrahi girişim geçirecek hastaya ameliyat öncesi dönemde steroid ilaçlar başlanmalıdır.	130	49,8	17	6,5	114	43,7
Vücutta kortizol salgılanma hızı gece yarısı ile sabah 9 arasında en fazladır.	192	73,6	15	5,7	54	20,7
Steroid tedavisi uygulanan bir hastaya, tedaviye ek olarak diüretik tedavi de başlanmalıdır.	143	54,8	43	16,5	75	28,7
Steroid tedavisi midede peptik ülser gelişimini artırdığı için H ₂ reseptör antagonisti (ulcuran, famodin) ya da proton pompa inhibitörü (nexium, lansor) ilaçlar ile birlikte verilmelidir.	198	75,9	10	3,8	53	20,3
Steroid kullanan hastalarda hipotansiyon, hipoglisemi, halsizlik, bulantı - kusma, kas ve eklem ağrılarının görülmesi adrenal yetmezliğin belirtisi ve bulgularıdır.	148	56,7	25	9,6	88	33,7
Cushing sendromu kortizon tedavisinin özellikle ilk 2 ayında gelişir.	74	28,4	13	5,0	174	66,7
Steroid tedavisinin sonlandırılmasında, hastaya uygulanan ilaç dozunun azaltılarak, idame tedavi süresi kadar steroid tedavisine devam edilmelidir.(örneğin; 3 ay idame tedavi ardından 3 ay daha tedaviye devam edilmeli)	159	60,9	16	6,1	86	33,0
2 hafta süre ile uygulanan bir steroid tedavisi sonrası adrenal korteks 1 yıla kadar baskılanabilir.	89	34,1	14	5,4	158	60,5
40 mg ve üzeri prednisolon ilaç uygulaması yüksek doz steroid tedavisidir.	123	47,1	38	14,6	100	38,3

Tablo 3.5.'deki hemşirelerin STHB Anketi "Genel Bilgi" bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; hemşireler "Kortikosteroidler, adrenal korteks (böbrek üstü bezleri) tarafından salgılanan steroid yapılı hormonlardır" ifadesine %87,0 "Katılıyorum" diyerek doğru cevabı vermiştir. "Kortizol olarak bilinen glukokortikoidler adrenal korteksten salgılanır" ifadesine %69,3 doğru cevap verildiği ve %26,1 ile "Fikrim yok" cevabının verildiği görülmüştür. Steroid ilaçların yarılanma ömürleri ile ilgili ifadeleri içeren "Kortizonun yarılanma ömrü <12 saat olan kısa etkili bir steroiddir", "Deltacortril (prednizolon), prednol-L (metilprednizolon) orta etkili (12-36 saat) steroidlerdir", "Dekort (deksametazon) yarılanma ömrü >36 saat olan uzun etkili bir steroiddir" maddelerine hemşireler sırasıyla %44,1, %56,6, %36,0 doğru cevap vermiş yine sırasıyla %44,1, %34,5, %45,2 gibi yüksek bir oranda "Fikrim yok" ifadesini kullanmışlardır. Steroid tedavisinin kullanım alanları ile ilgili bilgi ifadelerini içeren "Steroidlerin tedavide kullanım endikasyonları, güçlü antiinflamatuvar ve immünsüpresif etkileridir" (%67,0), "Steroidler alerjik ve otoimmün hastalıklarda kullanılabilir"(%79,7), "Steroidler, romatolojik ve nörolojik hastalıklarda kullanılabilir"(%69,0), "Steroidler romatoid artrit (RA), deri enflamasyonları gibi durumlarda kullanılabilir" (%69,7), "Beyin tümörleri, spinal kord yaralanmaları gibi durumlarda steroid tedavisinden yararlanır"(%61,7) maddelerine yüksek oranda doğru yanıt verilmiştir. Ancak yine steroid ilaçların kullanım alanları ile ilgili olan "Bir hormon salgılanma bozukluğu olan Addison hastalığında steroid tedavisi kullanılmalıdır" ifadesine hemşirelerin %49,4'ü "Fikrim yok" cevabı vermiş, %43,7'si "Katılıyorum" diyerek doğru cevap vermiştir. Steroid ilaçların ağrı yönetiminde kullanımı ifadelerini içeren "Steroidler kronik ağrıların (kanser ağrıları gibi) hafifletilmesinde kullanılabilir", "Ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetiminde kısa etkili steroid ilaçlar kullanılmalıdır" maddelerine sırasıyla %44,1, % 41,0 ile doğru cevap verilmiştir. "Hipofiz tümörü sebebiyle cerrahi girişim geçirecek hastaya ameliyat öncesi dönemde steroid ilaçlar başlanmalıdır" ifadesine %49,8 "Katılıyorum" diyerek doğru yanıtlanmış, %43,7 "Fikrim yok" cevabı verilmiştir. Hemşireler "Vücutta kortizol salgılanma hızı gece yarısı ile sabah 9 arasında en fazladır" ifadesini %73,6 ile yüksek oranda doğru bilmişlerdir. Steroid tedavisine ek olarak başlanması gereken tedavi ile ilgili bilgileri içeren "Steroid tedavisi uygulanan bir hastaya, tedaviye ek olarak diüretik tedavi de

başlanmalıdır”(%54,8), “Steroid tedavisi midede peptik ülser gelişimini artırdığı için H₂ reseptör antogonisti (ulcuran, famodin) ya da proton pompa inhibitörü (nexium, lansor) ilaçlar ile birlikte verilmelidir”(%75,9) ifadelerine yüksek oranda doğru yanıt verilmiştir. “Steroid kullanan hastalarda hipotansiyon, hipoglisemi, halsizlik, bulantı - kusma, kas ve eklem ağrılarının görülmesi adrenal yetmezliğin belirti ve bulgularıdır” ifadesi %56,7 ile doğru cevaplanmıştır. “Cushing sendromu kortizon tedavisinin özellikle ilk 2 ayında gelişir” maddesine hemşirelerin %66,7’si ve “2 hafta süre ile uygulanan bir steroid tedavisi sonrası adrenal korteks 1 yıla kadar baskılanabilir” maddesine hemşirelerin %60,5’i “Fikrim yok” yanıtı ile ifadelere yüksek bir oranda cevap verememişlerdir. “Steroid tedavisinin sonlandırılmasında, hastaya uygulanan ilaç dozunun azaltılarak, idame tedavi süresi kadar steroid tedavisine devam edilmelidir” ifadesine hemşirelerin %60,9’u doğru cevap vermiştir. “40 mg ve üzeri prednisolon ilaç uygulaması yüksek doz steroid tedavisidir” maddesine ise %47,1 ile doğru cevap verilmiş, %38,3 “Fikrim yok” yanıtı verilmiştir.

Hemşirelerin STHB Anketi “Komplikasyonlara Yönelik Bilgi” bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 3.6.’da sunulmuştur.

Tablo 3.6. Hemşirelerin “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” “Komplikasyonlara Yönelik Bilgi” bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı

Maddeler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	n	%	n	%	n	%
Steroid tedavisi, hastada santral obesite ve aydede yüz gelişmesine neden olabilir.	187	71,6	9	3,4	65	24,9
Steroid tedavisi hastada ödeme neden olabilir	233	89,3	14	5,4	14	5,4
Steroid tedavisi, glukoz yapımı (glukoneogenezisi) ve insüline karşı periferik direnci artırarak hiperglisemiye neden olabilir.	227	87,0	8	3,1	26	10,0
Steroid tedavisi alan hastalarda kemik yoğunluğu azaldığı için osteoporoz gelişebilir.	202	77,4	16	6,1	43	16,5
Steroid kullanımı organizmadan potasyum atılımını artıracağından hipokalemi gelişebilir.	141	54,0	27	10,3	93	35,6
Steroid kullanan hastalarda davranış bozukluğu gibi yan etkiler görülebilir.	124	47,5	37	14,2	100	38,3
Steroid tedavisi alan erkek hastalarda jinekomasti, (kadın tipi meme dokusu oluşumu) görülebilir.	145	55,6	14	5,4	102	39,1
Steroid kullanan kadın hastalarda hirsutizm (tüylenme) ortaya çıkabilir.	172	65,9	15	5,7	74	28,4
Steroid kullanan hastalarda kollajen yıkımının artması sonucu yaraların iyileşmesi gecikebilir.	162	62,1	25	9,6	74	28,4
Uzun süre ve yüksek doz steroid kullanımı, çocuklarda büyümeyi geciktirebilir.	143	54,8	25	9,6	93	35,6
Steroid kullanan hastalar, steroidlerin immün sistemi baskılaması nedeniyle enfeksiyonlara (özellikle viral ve mantar enfeksiyonlarına) açık hale gelir.	194	74,3	12	4,6	55	21,1
Uzun süreli steroid tedavisi uygulanan bir hastada tedavinin aniden kesilmesi akut renal yetmezliğe neden olabilir.	194	74,3	7	2,7	60	23,0

Tablo 3.6’da ki hemşirelerin STHB Anketi “Komplikasyonlara Yönelik Bilgi” bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %71,6’sı “Steroid tedavisi, hastada santral obesite ve aydede yüz gelişmesine neden olabilir” maddesine doğru yanıt vermiştir. “Steroid tedavisi hastada ödeme neden olabilir”, “Steroid tedavisi, glukoz yapımı (glukoneogenezisi) ve insüline karşı periferik direnci artırarak hiperglisemiye neden olabilir”, “Steroid tedavisi alan hastalarda kemik yoğunluğu azaldığı için osteoporoz gelişebilir” ifadelerini hemşireler sırasıyla %89,3, %87,0, %77,4 “Katılıyorum” diyerek doğru yanıtlamışlardır. Hemşirelerin

%54,0'ı “Steroid kullanımı organizmadan potasyum atılımını artıracığından hipokalemi gelişebilir” ifadesine doğru yanıt vermiştir. Hemşirelerin %47,5'i “Steroid kullanan hastalarda davranış bozukluğu gibi yan etkiler görülebilir” maddesini doğru yanıtlarken, %35,6'sı “Fikrim yok” cevabını vermiştir. Hemşireler “Steroid tedavisi alan erkek hastalarda jinekomasti, (kadın tipi meme dokusu oluşumu) görülebilir” ve “Steroid kullanan kadın hastalarda hirsutizm (tüylenme) ortaya çıkabilir” ifadelerine %55,6 ve %65,9 oranlarıyla doğru cevaplamıştır. “Steroid kullanan hastalarda kollajen yıkımının artması sonucu yaraların iyileşmesi gecikebilir” ifadesine %62,1, “Uzun süre ve yüksek doz steroid kullanımı, çocuklarda büyümeyi geciktirebilir” ifadesine ise %54,8 doğru cevap verilmiştir. “Steroid kullanan hastalar, steroidlerin immün sistemi baskılaması nedeniyle enfeksiyonlara (özellikle viral ve mantar enfeksiyonlarına) açık hale gelir” ve “Uzun süreli steroid tedavisi uygulanan bir hastada tedavinin aniden kesilmesi akut renal yetmezliğe neden olabilir” ifadelerine hemşirelerin %74,3'ü doğru yanıt vermiştir.

Hemşirelerin STHB Anketi “Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi” bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 3.7.'de sunulmuştur.

Tablo 3.7. Hemşirelerin “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” “Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi” bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı

Maddeler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	n	%	n	%	n	%
Steroid tedavisi uygulanan hastalarda aldığı-çıkardığı takibi yapılmalıdır.	219	83,9	20	7,7	22	8,4
Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; günlük kilo takibi yapılmalıdır.	218	83,5	23	8,8	20	7,7
Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; kan şekeri takibi sık yapılmalıdır.	240	92,0	12	4,6	9	3,4
Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; kan basıncı takibi yapılması önemlidir.	213	81,6	25	9,6	23	8,8
Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; ilaçların tedavi saati sabah erken saatlere planlanmalıdır.	238	91,2	11	4,2	12	4,6
Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; oral yoldan uygulanan ilaçlar yemeklerden sonra verilmelidir.	185	70,9	37	14,2	39	14,9
Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri karbonhidratlardan fakir olmalıdır.	179	68,6	20	7,7	62	23,8
Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri hayvansal yağlardan fakir olmalıdır.	157	60,2	23	8,8	81	31,0
Steroid tedavisi uygulanan hastalara sodyum içeren besinleri az tüketmesi gerektiği anlatılmalıdır.	189	72,4	19	7,3	53	20,3
Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri potasyum içeren besinler yönünden zengin olmalıdır.	152	58,2	17	6,5	92	35,2
Topikal steroid tedavisinde, ilaç uygulandıktan sonra üzeri kapatılmamalıdır.	108	41,4	29	11,1	124	47,5
Steroid tedavisi uygulanan hastalara enfeksiyonu olan kişilerle temas etmemesi gerektiği anlatılmalıdır.	212	81,2	10	3,8	39	14,9

Tablo 3.7. (Devam) Hemşirelerin “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” “Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi” bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı

Maddeler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	n	%	n	%	n	%
Steroid tedavisi uygulanan hasta, düşme riski yönünden değerlendirilmeli ve travmalardan korunmalıdır.	206	78,9	24	9,2	31	11,9
Steroid tedavisi uygulanan hasta, tedavi süresince peptik ülser ve mide kanaması belirtileri yönünden gözlenmelidir.	206	78,9	11	4,2	44	16,9
Steroid tedavisi uygulanan hasta hipokalemi belirti ve bulguları yönünden izlenmelidir.	201	77,0	8	3,1	52	19,9
Yüksek doz steroid uygulanırken hasta kalp ritmi açısından monitörize edilmelidir.	187	71,6	29	11,1	45	17,2
Steroid tedavisi uygulanan hastaya, ilaç kullanımı nedeniyle, korneada herpes ve fungal enfeksiyon gelişebileceği anlatılmalıdır.	173	66,3	12	4,6	76	29,1
Adrenal bez cerrahisi geçirmiş hastalarda ani hipotansiyon riskine karşı dikkatli olunmalıdır.	171	65,5	10	3,8	80	30,7
Adrenal tümör sebebiyle cerrahi girişim geçiren hastaya, ömür boyu ilaç kullanmasının gerekliliği açıklanmalıdır.	158	60,5	13	5,0	90	34,5
Çocuk hastalarda sistemik etkili steroid tedavisi sonrası, en az 1 ay canlı aşı yapılmamalıdır.	125	47,9	13	5,0	123	47,1

Tablo 3.7.’deki hemşirelerin STHB Anketi “Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi” bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin günlük çalışma düzeninde yaptıkları faaliyetleri içeren “Steroid tedavisi uygulanan hastalarda aldığı-çıkardığı takibi yapılmalıdır” (%83,9), “Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; günlük kilo takibi yapılmalıdır” (%83,5), “Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; kan şekeri takibi sık yapılmalıdır” (%92,0), Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; kan basıncı takibi yapılması önemlidir” (%81,6), “Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; ilaçların tedavi saati sabah erken saatlere planlanmalıdır”

(%91,2) ifadelerine yüksek oranda doğru yanıt verilmiştir. Hemşirelerin %70,9'u "Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; oral yoldan uygulanan ilaçlar yemeklerden sonra verilmelidir" ifadesini "Katılıyorum" cevabı vererek doğru yanıtlamıştır. Hemşireler hasta diyetiyle ilgili olan "Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri karbonhidratlardan fakir olmalıdır" (%68,6), "Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri hayvansal yağlardan fakir olmalıdır" (%60,2), "Steroid tedavisi uygulanan hastalara sodyum içeren besinleri az tüketmesi gerektiği anlatılmalıdır" (%72,4) ifadeleri yüksek oranda doğru yanıtlanırken "Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri potasyum içeren besinler yönünden zengin olmalıdır" ifadesi için doğru yanıtlama oranı diğerlerine göre daha düşüktür(%58,2), hemşirelerin %35,2'si bu madde için "Fikrim yok" ifadesini kullanmıştır. "Topikal steroid tedavisinde, ilaç uygulandıktan sonra üzeri kapatılmamalıdır" maddesine hemşirelerin %47,5'i "Fikrim yok" cevabını vermiştir. Hemşirelerin %81,2'si "Steroid tedavisi uygulanan hastalara enfeksiyonu olan kişilerle temas etmemesi gerektiği anlatılmalıdır", %78,9'u "Steroid tedavisi uygulanan hasta, düşme riski yönünden değerlendirilmeli ve travmalardan korunmalıdır", %78,9'u "Steroid tedavisi uygulanan hasta, tedavi süresince peptik ülser ve mide kanaması belirtileri yönünden gözlenmelidir", %77,0'ı "Steroid tedavisi uygulanan hasta hipokalemi belirti ve bulguları yönünden izlenmelidir", %71,6'sı "Yüksek doz steroid uygulanırken hasta kalp ritmi açısından monitörize edilmelidir", %66,3'ü "Steroid tedavisi uygulanan hastaya, ilaç kullanımı nedeniyle, korneada herpes ve fungal enfeksiyon gelişebileceği anlatılmalıdır", %65,5'i "Adrenal bez cerrahisi geçirmiş hastalarda ani hipotansiyon riskine karşı dikkatli olunmalıdır" diyerek ifadeleri doğru yanıtlamışlardır. "Adrenal tümör sebebiyle cerrahi girişim geçiren hastaya, ömür boyu ilaç kullanmasının gerekliliği açıklanmalıdır" ifadesine hemşirelerin %60,5'i "Katılıyorum" diyerek doğru cevap vermiş %34,5'i de "Fikrim yok" ifadesini kullanmıştır. Hemşirelerin %47,9'u "Çocuk hastalarda sistemik etkili steroid tedavisi sonrası, en az 1 ay canlı aşı yapılmamalıdır" ifadesini doğru yanıtlamış, %47,1'i ise "Fikrim yok" cevabını vermiştir.

3.3. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri İle “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” Bölümlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile STHB Anketi bölümlerinin karşılaştırılması Tablo 3.8.’de sunulmuştur.



Tablo 3.8. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” Bölümlerinin Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Genel Bilgi Ort.±SS	Median	Min-Max	Komplikasyonlara Yönelik Bilgi Ort.±SS	Median	Min-Max	Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi Ort.±SS	Median	Min-Max
Cinsiyet									
Kadın	12,91 ± 4,535	13,0	0-22	8,47 ± 2,952	9,0	0-12	14,76 ± 4,088	15,0	0-20
Erkek	11,16 ± 5,370	12,0	0-20	6,95 ± 3,220	7,0	0-12	12,90 ± 5,264	14,0	0-20
p*		0,030			0,001		0,023		
Eğitim Durumu									
Lise	11,05 ± 5,002 ^a	12,0	0-22	7,06 ± 3,451 ^a	7,5	0-12	13,25 ± 4,828 ^a	14,0	0-20
Önlisans	12,00 ± 4,576	12,0	1-20	7,06 ± 2,437 ^a	6,0	4-12	13,06 ± 4,179 ^a	13,50	4-19
Lisans	13,53 ± 4,497 ^b	13,0	0-22	8,95 ± 2,652 ^b	9,0	0-12	15,27 ± 4,027 ^b	16,0	0-20
Yükseklisans	13,80 ± 3,120	14,5	10-20	9,20 ± 1,932	8,5	7-12	14,50 ± 3,837	15,0	8-20
p**		0,006			0,000		0,004		
Meslekte Çalışma Süresi									
1-5 yıl	11,59 ± 4,633 ^c	12,0	0-22	7,77 ± 3,129 ^c	8,0	0-12	13,71 ± 4,413 ^c	14,0	0-20
6-10 yıl	13,14 ± 4,973 ^d	14,0	0-22	8,06 ± 3,192	8,0	0-12	14,76 ± 4,742 ^d	16,0	0-20
11 yıl ve üzeri	14,49 ± 4,154 ^d	15,0	4-22	9,51 ± 2,204 ^d	10,0	4-12	15,71 ± 3,466 ^d	16,0	8-20
p**		0,001			0,008		0,012		
Çalışılan Klinik									
Cerrahi Klinikler	11,99 ± 4,732	13,0	0-22	7,93 ± 3,073	8,0	0-12	13,79 ± 4,689	15,0	0-20
Dahili Klinikler	13,44 ± 4,744	14,0	1-22	8,48 ± 3,059	9,0	0-12	15,32 ± 3,779	16,0	3-20
p*		0,048			0,143		0,014		
Klinik Deneyim Süresi									
1-5 yıl	11,73 ± 4,799 ^c	12,0	0-22	7,73 ± 3,193 ^c	8,0	0-12	13,84 ± 4,595 ^c	15,0	0-20
6-10 yıl	13,92 ± 4,338 ^d	15,0	0-22	8,66 ± 2,723	9,0	0-12	15,31 ± 4,042 ^d	16,0	1-20
11 yıl ve üzeri	14,48 ± 4,511 ^d	15,0	4-22	9,65 ± 2,424 ^d	11,0	4-12	15,43 ± 3,703	15,0	8-20
p**		0,000			0,007		0,037		
Steroid Tedavisi ile İlgili Eğitimi Alma Durumu									
Eğitim Almış	12,78 ± 4,986	13,0	0-20	8,26 ± 3,103	8,0	0-12	14,17 ± 4,929	15,0	0-20
Eğitim Almamış	12,45 ± 4,733	13,0	0-22	8,10 ± 3,073	9,0	0-12	14,39 ± 4,307	15,0	0-20
p*		0,409			0,681		0,993		

* Mann-Whitney U Test, ** Kruskal Wallis Test, p < 0.05

^{a,b} Steroid tedavisi hemşire bilgi anketi bölümleri puan ortalamaları bakımından anlamlı farklılık gösteren gruplar^{c,d} Steroid tedavisi hemşire bilgi anketi bölümleri puan ortalamaları bakımından anlamlı farklılık gösteren gruplar

Tablo 3.8.'deki hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile STHB Anketi bölümleri karşılaştırıldığında; kadın hemşirelerin anketin tüm bölümlerinden erkek hemşirelerden daha yüksek puan aldığı her bölüm için bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırası ile: $p=0,030$, $p=0,001$, $p=0,023$). Hemşirelerin eğitim durumları ile anketten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin lise ve önlisans mezunu hemşirelerden daha yüksek puan aldığı belirlendi ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (sırası ile: $p=0,006$, $p=0,000$, $p=0,004$). Farkın genel bilgi bölümü puanları açısından lise ile lisans mezunu hemşireler arasında, komplikasyonlara yönelik bilgi ve hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi bölümleri puanları bakımından ise lise ile lisans mezunları arasında ve önlisans ile lisans mezunları arasındaki puan ortalamalarındaki farktan kaynaklandığı belirlendi. Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ile anketten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında 11 yıl üzeri çalışanlar, 6-10 yıl ve 1-5 yıl çalışanlardan daha yüksek puan almıştır ve bu puanlar istatistiksel olarak anlamlıdır (sırası ile $p=0,001$, $p=0,008$, $p=0,012$). Farkın hemşirelerin komplikasyonlara yönelik bilgi bölümü puanları açısından 1-5 yıl çalışanlar ile 11 yıl ve üzeri çalışanlar arasında, genel bilgi bölümü ve hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi bölümü açısından ise 1-5 yıl ile 6-10 yıl çalışanlar arasında ve 1-5 yıl ile 11 yıl ve üzeri çalışanlar arasındaki puan ortalamalarındaki farktan kaynaklandığı belirlendi. Hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile anketten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, anketin tüm bölümlerinden dahili kliniklerde çalışan hemşireler cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerden daha fazla puan almıştır. Ancak bu fark sadece genel bilgi bölümü ve hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi bölümü puanları açısından istatistiksel olarak anlamlıdır (sırası ile $p=0,048$, $p=0,014$). Hemşirelerin klinik deneyim süresi ile anketten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, 11 yıl üzeri çalışanların, 6-10 yıl ve 1-5 yıl çalışanlardan daha yüksek puan aldığı belirlendi ve bu puanların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (sırası ile $p=0,000$, $p=0,007$, $p=0,037$). Farkın komplikasyonlara yönelik bilgi bölümü puanları açısından 1-5 yıl çalışanlar ile 11 yıl ve üzeri çalışanlar arasında, hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi bölümü açısından 1-5 yıl ile 6-10 yıl çalışanlar arasındaki farktan kaynaklandığı, genel bilgi bölümü açısından ise 1-5 yıl ile 6-10 yıl

Çalışanlar arasında ve 1-5 yıl ile 11 yıl ve üzeri çalışanlar arasındaki puan ortalamalarındaki farktan kaynaklandığı belirlendi. Hemşirelerin steroid eğitimi alma durumları ile bilgi puanları karşılaştırıldığında anketin bütün bölümlerinde, daha önceden steroid tedavisine ilişkin eğitim alan hemşireler ile eğitim almayan hemşirelerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görölmektedir.



4. TARTIŞMA

Glukokortikoidler, antiinflamatuvar, antiallerjik ve immunsupresif etkileri olan, adrenal korteks tarafından salgılanan steroid yapılı hormonlardır (Özkan ve ark. , 2014). Majör glikokortikoid kortizol'dür (Olgun, 2011), sistemik tedavide kullanılan glukokortikoidler ise kortizolün metabolitidir (Gün, 2014). Ekzojen steroid adı verilen bu sentetik glukokortikoidler alerjik reaksiyonlar, astım alevlenmeleri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, dermatolojik hastalıklar, oftalmolojik, romatolojik, hematolojik hastalıklar ve gastrointestinal bozukluklar gibi pek çok hastalıkta kullanılır (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008; Liu et al. ,2013; Rice et al. ,2017). Dünya da her yıl 10 milyondan fazla steroid ilaç reçete edilmektedir (Warrington and Bostwick, 2006). Steroid ilaçlar tahmini olarak bir milyon Amerikalı tarafından kronik olarak kullanılmaktadır (Pisu et al. , 2005). Overman et al. (2013) çalışmasında ABD'de oral glukokortikoid kullanımının 4 yıldan fazla olduğu ve popülasyonun % 65,2' sinin 90 gün boyunca glukokortikoid tedavisi aldığı belirtilmektedir. Pisu ve ark. (2005) steroid tedavisi sonucu ortaya çıkan maliyetleri inceledikleri çalışmada, glukokortikoid kullanan hastaların kullanmayanlara göre ortalama 445 dolar daha fazla harcadıkları belirtilmiştir.

Güçlü terapötik etkilerine rağmen, bu ajanların uzun süreli sistemik (oral veya parenteral) kullanımının çeşitli fizyolojik ve psikolojik yan etkileri vardır (Warrington and Bostwick, 2006). Özellikle hiperglisemi ve diyabet başta olmak üzere osteoporoz, hipertansiyon, oral kandidiyaz, miyopati, dislipidemi ve cushingoid görünüm (aydede yüzü, ensede bufalo hörgücü görüntüsü, ince ekstremiteler), jinekomasti, hirsutizm, immün baskılanma ve yara iyileşmesinde gecikme, psikiyatrik rahatsızlıklar, katarakt ve glokom gibi pek çok yan etkinin ortaya çıkmasına neden olur (Fsadni, 2015; Rice et al. , 2017; Liu et al. , 2013). Fsadni (2015) nin kanser hastalarında steroid tedavisinin yan etkilerini incelediği çalışmada, 2 haftadan daha uzun süre steroid kullanan hastalarda en sık görülen yan etkinin sırası ile dispepsi, proksimal miyopati, hiperglisemi ve oral kandidiyazis olduğu bildirilmiştir.

Glukokortikoid kullanımı HHA aksını baskılar. Baskılamanın derecesi glukokortikoidin, kullanım süresi ve ilaç dozu ile ilişkilidir. Sistemik glukokortikoid kullanımı beş günden daha kısa süreli ise çoğunlukla HHA aksını baskılamaz (Sungur, 2005). Guidry et al. (2009)'ın çalışmasında ortalama steroid tedavisi süresi ile yaşanan yan etki sayısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. 3 ay veya daha az süreyle steroid tedavisi alan hastalar ortalama 8,5 yan etki; 4-6 ay, 11,3 yan etki; 7-12 ay, 12,4 yan etki ve 12 aydan fazla, 13,8 yan etki yaşadığını bildirmiştir.

Steroid tedavisinin yan etkilerinin azaltılması iyi bir hasta eğitimi ile mümkün görülmektedir. Fsadni, (2015)'nin çalışmasında, özellikle steroid tedavisinin yan etkilerinden olan hiperglisemi ve oral kandidiyazis için düşük doz steroid tedavisi ve uygun hasta eğitimi gibi önlemlerle bu yan etkilerin azaltılabileceği belirtilmiştir. Hemşireler; sağlık hizmeti veren kuruluşlarda bireyi tüm boyutları ile ele alan en önemli sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle, sağlık eğitimiyle ilgili etkinliklerde önemli rolleri vardır (Öz Alkan, 2016). Sağlıklı ya da hasta bireylere doğru bilgi, beceri ve davranış alışkanlıkları kazandırmayı amaçlayan hasta eğitimi, profesyonel hemşirenin eğitici rolü kapsamındadır (Şenyuva ve Taşocak, 2007). Hemşireler hastalarla uzun süre vakit geçirdiği için tedavileri hakkında bilinçli kararlar vermelerini sağlamak için ideal bir konumdadırlar (Radley, 2004). Hasta eğitiminin yanı sıra hastaların tedaviye uyumu ve tedavi etkinliğinin izlemi de hemşirenin sorumlulukları arasındadır (Tülek, 2007). Hastaların ilaçlarına uyumlarının sağlanması, ilaçların terapötik etkinliklerinin artırılması, kişinin iyilik halinin geliştirilmesi, ilaçların yan etkilerinin önlenmesi ve ilgili ilaçlara ait maddi kaybın azaltılması bakımından önemlidir (Özen, 2014). Literatürde hastaların neredeyse yarısının çeşitli nedenlerle ilk 6 ay içinde tedaviyi kestikleri bildirilmektedir (Tülek, 2007). Talas ve Pınarcı (2010)'nın çalışmasında steroid tedavisi alan bireylerin tedaviye uyumu incelenmiştir. Çalışmada steroid kullanımına ilişkin bilgilendirildiğini ifade eden hastaların; ilaç dozunu hesaplama, steroid alımını sonlandırma, vücut ağırlığını izleme ve bunun ilaçla olan ilgisini bilme, enfeksiyonlu bireylerden uzak durma ve sebebini bilme oranları bilgilendirilmeyen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Etkin hasta eğitimi ve hastaların tedaviye uyumunun sağlanmasında kilit noktada bulunan hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Steroidler, kullanıldıkları çoğu hastalıkta güçlü terapötik etki gösterdikleri için tedaviden kısa sürede etkili sonuç alınabilmektedir (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008). Ancak klinik kullanımlarında veya tedavinin sonlandırılması durumunda yaşamı tehdit eden boyutlara ulaşabilecek çok sayıda ciddi yan etkiye de neden olabilirler (Samancı ve Balcı, 2001). Steroid tedavisinin etkinliği uygun hemşirelik yaklaşımı ve hasta eğitimi ile artırılabilirken, tedaviden kaynaklanabilecek bazı yan etkiler önlenabilir veya azaltılabilir (Talas ve Pınarcı, 2010). Çalışmamızda hemşireler STHB Anketinin tedaviye ilişkin genel bilgi bölümünden 22 puan üzerinden $12,52 \pm 4,779$, anketin steroid tedavisinin komplikasyonlarına yönelik bilgi bölümünden 12 puan üzerinden $8,13 \pm 3,074$, anketin steroid tedavisinde hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi bölümünde ise 20 puan üzerinden $14,34 \pm 4,434$ puan almışlardır. Hemşireler tüm bölümlerden ortalamanın üzerinde puan almışlardır. Baklacioğlu (1995)'nin hemşirelerin, steroid alan hastanın bakımına ilişkin bilgileri konusunda yaptıkları çalışmalarında da hemşirelerin %58,6'sının bilgi puanları ortalamanın üzerindedir. Çalışmamızda hemşireler "Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi"nin hemşirelik uygulamaları bölümünden diğer bölümlere oranla daha yüksek puan almışlardır. Bu sonucun çalışmanın özellikle klinikte çalışan hemşirelerle yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kortizolun major sentetik analogları olan prednizon, prednizolon, metilprednizolon, triamsinolon, deksametazon ve betametazon klinikte en sık kullanılan steroid formlarıdır (Samancı ve Balcı, 2001; Grover et al. , 2007; Özen, 2014; Turgay, 2014). Çalışmamızda hemşirelere çalıştıkları kliniklerde kullanılan steroid ilaçlar sorulduğunda; en fazla sırasıyla %84,3 deksametazon, %70,9 metilprednizolon, %37,5'i prednizolon, %10,3'ü triamsinolon ve %6,5'i betametazon kullanıldığı belirtmiştir. Liu et al.(2013) klinikte en çok kullanılan sistemik glukokortikoidin prednisone olduğunu uzun süreli tedavilerde ise deksametazon tercih edildiğini bildirmiştir. Overman et al. (2013) da benzer şekilde en çok

kullanılan oral glukokortikoidlerin sırasıyla prednizon (% 76,6), metilprednizolon (% 9,1) ve hidrokortizon (% 6,7) olduğunu bildirmiştir. Çalışma sonucumuz literatür ile benzerlik göstermemektedir. Kliniklerde en fazla deksametazonun kullanılıyor olması, deksametazonun mineralokortikoid etkisinin olmaması sebebiyle daha az ödem yapması ve antiinflamatuvar etkisinin diğerlerine oranla daha yüksek olmasından (Özen, 2014) ve kliniklerde daha çok steroid ilaçların intravenöz formlarının tercih edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca çalışma evrenimizi tek bir hastanenin oluşturması çalışma sonucunu etkilemektedir.

Steroid ilaçlar etki sürelerine göre üç gruba ayrılmaktadır (Griffiths and Jordan, 2002). Steroid ilaçların etki süreleri ile ilgili ifadeleri içeren “Kortizonun yarılanma ömrü <12 saat olan kısa etkili bir steroiddir”, “Deltacortril (prednizolon), prednol-L (metilprednizolon) orta etkili (12-36 saat) steroidlerdir”, “Dekort (deksametazon) yarılanma ömrü >36 saat olan uzun etkili bir steroiddir” maddelerine hemşireler sırasıyla %44,1, %56,6, %36,0 doğru cevap vermişlerdir. Kliniklerde deksametazon (% 84,3) ve metilprednizolon (%70,9) yüksek bir oranda kullanılmasına rağmen hemşirelerin ilaçların etki süresi ile ilgili bilgi düzeyleri düşüktür. Hemşirelerin bu ilaçların hekimler tarafından order edildiği için bu cevabı vermiş oldukları ancak ilaca ilişkin özellikli bilgilerinin yeterli olmadığı düşünülmektedir. Literatürde, hemşirelerin (% 47) mezun oldukları okullarda aldıkları farmakoloji eğitimini yetersiz buldukları ve ilaç uygulama sürecinde kendilerini sadece uygulayıcı olarak gördükleri (%79,5) belirtilmiştir (Işıklı, 2006).

Glukokortikoidler romatolojik, dermatolojik, hematolojik, oftalmolojik, pulmoner ve gastrointestinal bozukluklar gibi pek çok tıbbi durumda etkili olan ilaçlardır (Mahdy et al. , 2017). Steroid tedavisinin kullanım alanları ile ilgili bilgileri içeren “Steroidlerin tedavide kullanım endikasyonları, güçlü antiinflamatuvar ve immünsüpresif etkileridir” (%67,0), “Steroidler alerjik ve otoimmün hastalıklarda kullanılabilir”(%79,7), “Steroidler, romatolojik ve nörolojik hastalıklarda kullanılabilir”(%69,0), “Steroidler romatoid artrit (RA), deri enflamasyonları gibi durumlarda kullanılabilir” (%69,7), “Beyin tümörleri, spinal kord yaralanmaları gibi durumlarda steroid tedavisinden yararlanır”(%61,7) maddelerine yüksek oranda

doğru yanıt verilmiştir. Ancak yine steroid ilaçların kullanım alanları ile ilgili olan “Bir hormon salgılanma bozukluğu olan Addison hastalığında steroid tedavisi kullanılmalıdır” ifadesine hemşirelerin %43,7’si doğru cevap vermiştir. Sonuçta hemşirelerin çoğunluğunun steroidlerin genel kullanım alanlarını bildikleri ancak hastalıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir.

Steroid tedavisinin ağrı oluşumunu engellemedeki rolü doku inflamasyonu ve ödemi önlemeleridir (Ateş Önal, 2006). Steroid tedavisi sıklıkla kronik ağrı için, özellikle de iltihaplı ağrı hallerinde kullanılır (Margolin et al. , 2007). Ağrı reseptörlerinin aktivasyonunda azalma sağlayarak kanser ağrıları gibi kronik ağrıların hafifletilmesinde de kullanılmaktadır (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008). Steroid ilaçların ağrı yönetiminde kullanımı ile ilgili “Steroidler kronik ağrıların (kanser ağrıları gibi) hafifletilmesinde kullanılabilir”, “Ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetiminde kısa etkili steroid ilaçlar kullanılmalıdır” maddelerine sırasıyla %44,1, % 41,0 ile düşük oranda doğru cevap verilmiştir. Bu sonuç hemşirelerin ağrı yönetiminde steroid ilaçların kullanımının önemini bilmediklerini düşündürmektedir.

Gün içi ritimde kortizol sentezi sabah erken saatlerde en yüksek seviyede olduğundan, steroid ilaçlar bu saatlerde verilirlerse vücuttaki sentezi daha az inhibe ederler (Akı, 2007). Hemşireler “Vücutta kortizol salgılanma hızı gece yarısı ile sabah 9 arasında en fazladır” ifadesini %73,6 ile yüksek oranda doğru bilmişlerdir. Steroid tedavisi alan hastanın eğitiminde hemşirelerin öncelik sıralamalarına bakıldığında ise; hemşirelerin %62,1’i “steroid ilacın sabah saat dokuzdan önce alınması gerektiği” maddesine birinci önceliği vermiştir. Hemşirelerin hasta eğitiminde bu maddeyi birinci öncelikte tercih etmeleri ve nedenini bilme oranları yüksektir. Steroid tedavisinin verilme zamanı ve nedenini bilme farkındalıklarının yüksek olması tedavinin yarar sağlayabilmesi yönünden önemlidir.

Steroid tedavisi alan hastanın eğitiminde hemşirelerin öncelik sıralamalarında “uzun dönem tedaviden kaynaklanabilecek osteoporoz gelişme riski” maddesini birinci öncelik olarak tercih eden olmamıştır. Oysaki osteoporoz, glukokortikoidlerin büyük oranda önlenebilen bir yan etkisidir (Çiftçi ve ark. , 2017). Gudbjornsson ve

ark. (2002), oral kortikosteroid kullanan hastaların %26'sinde osteoporoz ortaya çıktığını bulmuşlardır. Literatürde osteoporozun önlenmesi için en düşük dozda ve en kısa süreli steroid kullanılması sağlanması, egzersiz önerilmesi, beslenmenin dengeli olması, alkol ve sigara kullanımının önlenmesi ve kalsiyum, D vitamini desteği yapılması gibi önlemler yer almaktadır (Çiftçi ve ark. , 2017). Steroid tedavisi alan hastanın eğitiminde hemşirelerin öncelik sıralamalarında hemşirelerin %28,0'i "sodyum, alkol ve kafein alımını kısıtlaması gerektiği" maddesini ikinci önceliğe, "infeksiyonu olan kişilerle temas etmemesi gerektiği" maddesini %24,7 ile üçüncü önceliğe, "yüksek doz tedaviye bağlı oluşabilecek yan etkiler (kilo artışı, ödem, cushing)" maddesini %25,2 ile dördüncü öncelikte tercih etmişlerdir. "Uzun dönem tedaviden kaynaklanabilecek osteoporoz gelişme riski" maddesi %37,2 ile en fazla yedinci sırada tercih edilmiş, aynı madde sırasıyla %27,3 ve %20,8 ile beşinci ve altıncı sırada da tercih edilmiştir.

Tedavinin komplikasyonlarından olan ve ilk önceliklerde tercih edilmesi gereken "ilaçlarını düzenli alması ve ilacın bırakılması gerektiğinde aşamalı olarak azaltılarak bırakılması gerektiği" maddesi %25,1 ile yedinci sırada tercih edilmiştir. Hemşireler tedavi uygulama zamanı ile ilgili olan "steroid ilacın sabah saat dokuzdan önce alınması gerektiği" maddesine %62,1 ile birinci önceliği verirken diğer maddelerde ki tercih oranının düşük olması hemşirelerin hasta eğitimine gerekli önemi vermediklerini düşündürmektedir. Sağlık bakım sisteminde hemşirenin rolleri arasında bu kadar önemli bir yere sahip olan hasta eğitiminin istenilen düzeyde yapılmadığı görülmektedir (Şenyuva ve Taşocak, 2007). Literatürde pek çok kaynakta hemşirelerin eğitmen ve danışman rollerini yerine getirmede başarısız olmasının nedeni olarak, ilaçlar hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları ve iş yükünün fazla olması gibi gerekçeler gösterilmektedir (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2010). Yıldırım ve ark. (2017)'nin çalışmalarında hemşirelerin günlük çalışma düzeninde yaptıkları faaliyetler sıralamasında ilaç tedavisi birinci sırada, hasta eğitimi yedinci sırada yer almaktadır. Babacan ve Ulupınar Alıcı (2008)'nin çalışmalarında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Bir günlük mesai içinde hemşirelerin yaptıkları faaliyetler arasında, ilk sırada ilaç tedavisi (%67,3), beşinci sırada hasta eğitimi (%25,9) yer almaktadır. Şenyuva ve Taşocak (2007)'in çalışmalarında hasta

eğitimi ile ilgili olarak dikkat çeken diğer bir nokta da, hemşirelerin bir kısmının hasta eğitimini kendi rolleri olarak görmediği, kendi rolü olduğunu kabul eden hemşirelerin bazılarının ise hasta eğitimi konusunda kendilerini yeterince hazır hissetmediği sonucuna ulaşılmasıdır. Talas ve Pınarcı (2010) 'nın çalışmasında, steroidle ilgili eğitim aldığını ifade eden hastaların %55,6'sının bu bilgileri hemşirenin, %44,4'ünün hekimin verdiğini söylemiştir. Ancak bireylerin steroid tedavisine ilişkin bilgi almak istedikleri meslek grubunu %44,1'i hekim ve hemşire, %11,8'ini hemşire oluşturmaktadır. Literatürde, hastaların danışmanlık almak istedikleri meslek grubunun çoğunlukla hekimler olmasının nedeni, hemşirelerin eğitici rolünün bilinmemesinden ve hemşirelerin bilgi alma konusunda tek başına yeterli görülmemesinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Talas ve Pınarcı, 2010).

Cushing hastalığı, ACTH salgılayan bir hipofiz adenomundan kaynaklanır ve her yıl milyonda 1,2-2,4 hastada ortaya çıktığı bildirilmiştir (Broersen et al. , 2018). “Cushing sendromu kortizon tedavisinin özellikle ilk 2 ayında gelişir” maddesine hemşirelerin %66,7'si “Fikrim yok” yanıtını vermişlerdir. Dolayısı ile fikrim yok ifadesi bilmediklerini düşündürmektedir. Ayrıca hemşireler hasta eğitim önceliğinde “yüksek doz tedaviye bağlı oluşabilecek yan etkiler (kilo artışı, ödem, cushing)” maddesini %25,2 ile dördüncü öncelikte tercih etmişlerdir. Hematoloji hastalarında steroid kullanımının psikiyatrik yan etkilerinin incelendiği nitel bir çalışmada hastalar en çok aşırı kilo alımı ve şişkinlik sebebiyle vücut imajı değişiklikleri konusundaki sıkıntılarını belirtmişlerdir Hemşirelerin hastalara steroid tedavisinin yan etkileri konusunda gerekli eğitimi vermesi hastaların bu yan etki ile başa çıkmalarını kolaylaştıracaktır (Clifton et al. , 2018).

Glukokortikoid hormonlardan, başlıcası olan kortizolün glikoz intoleransı ve hipertansiyona neden olduğu bilinmektedir (Gür ve ark. , 2015). Literatürde steroid tedavisinin yan etkileri arasında hipergliseminin (%43,6) yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir (Fsadni, 2015). Talas ve Pınarcı (2010) çalışmalarında hastalara kan basıncını izleme nedeni sorulmuş ve hastaların %82,2'sinin neden tansiyon takibi yapması gerektiğini bilmediği sonucuna ulaşılmıştır. Özen (2014) çalışmasında ise hastaların %16,6'sı kan basıncı yükselmesinden, %7,8'i diyabet gelişmesinden

steroid ilaçları sorumlu tuttuğu belirtilmiştir. Hastaların bu konudaki bilgi durumları düşüktür. Bizim çalışmamızda hemşirelerin %87,0'ı “Steroid tedavisi, glukoz yapımı (glukoneogenezisi) ve insüline karşı periferik direnci artırarak hiperglisemiye neden olabilir”, %81,6'sı “Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; kan basıncı takibi yapılması önemlidir.” maddelerine yüksek oranda doğru yanıtlamışlardır. Hemşirelerin steroid tedavisinin, hiperglisemi ve hipertansiyona sebep olduğunu yüksek oranda bilmelerine rağmen literatürde hastaların bilgi durumlarının düşük olması hasta eğitime gerekli önemin verilmediğini düşündürmektedir. Ayrıca çalışmamızda hasta eğitim önceliğinde “Hipertansiyon ve diyabet gelişme riski” eğitiminin altıncı sırada tercih edilmesi düşüncemizi kanıtlar niteliktedir.

Steroid tedavinin aniden sonlandırılması hipotansiyon, hipoglisemi, halsizlik, bulantı, kusma gibi akut adrenal korteks yetmezlik belirtilerinin ortaya çıkmasına sebep olabilir (Karadakovan, 1989). Literatürde her 1000 kişiden yedisine uzun süreli oral kortikosteroid tedavisi verildiği, bunun da adrenal kriz riskini 100 kat artırdığı belirtilmektedir (Gudbjornsson et al. , 2002). Çalışmamızda hemşirelerin %60,9'u “Steroid tedavisinin sonlandırılmasında, hastaya uygulanan ilaç dozunun azaltılarak, idame tedavi süresi kadar steroid tedavisine devam edilmelidir”, %74,3'ü “Uzun süreli steroid tedavisi uygulanan bir hastada tedavinin aniden kesilmesi akut renal yetmezliğe neden olabilir”, %56,7'si “Steroid kullanan hastalarda hipotansiyon, hipoglisemi, halsizlik, bulantı - kusma, kas ve eklem ağrılarının görülmesi adrenal yetmezliğin belirti ve bulgularıdır” ifadelerini doğru cevaplamıştır. Ancak hemşirelere steroid tedavisi alan hastanın eğitim önceliğinde “İlaçlarını düzenli alması ve ilacın bırakılması gerektiğinde aşamalı olarak azaltılarak bırakılması gerektiği” maddesi %25,1 ile sonuncu sırada yer almaktadır. Hemşireler adrenal yetmezlik belirti ve bulgularını biliyor olmalarına rağmen eğitim önceliğinde bu bilgiyi son sırada tercih etmeleri aslında bu konunun öneminin farkında olmadıklarını ortaya koymaktadır. Literatürde hemşirelerin steroid tedavisinin sonlandırılmasına ilişkin bilgi durumlarını inceleyen çalışmaya rastlanılamadığı için hastaların steroid alımını sonlandırmaya ilişkin bilgi durumlarına bakıldığında Talas ve Pınarcı (2010)'nın çalışmasında hastaların %68,6'sı, Özen (2014)'in çalışmasında

hastaların %83,9'u ilacın doktora danışmadan ve/veya ani olarak kesilmemesi gerektiğini bildiklerini ifade etmişlerdir.

Literatürde kısa süreli kortikosteroid uygulamalarında mani ve hipomani gibi duygu durum değişiklikleri gözlenirken uzun süreli kortikosteroid uygulamalarında depresif belirtilerin ortaya çıktığı belirtilmektedir (Bolu ve ark. , 2013). Hemşirelerin %47,5'i "Steroid kullanan hastalarda davranış bozukluğu gibi yan etkiler görülebilir" maddesini doğru yanıtlamıştır. Hemşirelerin bu konudaki bilgi durumları düşüktür. Steroidlere bağlı psikiyatrik yan etkilerin dikkatle takip edilmesi önemlidir. Hastalara ve yakınlarına steroid tedavisinin psikiyatrik sorunlara sebep olabileceği açıklanmalıdır (Palloş, 2018).

Steroidler kan şekeri seviyesini yükselteceği için hastaya uygulanan diyet karbonhidrat bakımından zayıf olmalıdır. Hastalarda iştah artışı olabileceğinden yağ kısıtlaması yapılmalıdır, ayrıca ödem artışına engel olmak için tuz kısıtlaması da yapılmalıdır (Palloş, 2018). Hemşireler hasta diyetiyle ilgili olan, "Steroid tedavisi uygulanan hastalara sodyum içeren besinleri az tüketmesi gerektiği anlatılmalıdır" (%72,4) "Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri karbonhidratlardan fakir olmalıdır" (%68,6) "Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri hayvansal yağlardan fakir olmalıdır" (%60,2) ifadeleri yüksek oranda doğru yanıtlamışlardır. Özen (2014) çalışmasında, hastalara kendilerine yasaklanan yiyecekler sorulmuş ve hastaların %67,4 tuzlu, %20,7'ı yağlı, 13,5'si hamur işi ve 10,4'si şekerli yiyeceklerin yasaklandığını belirtmiştir. Hemşirelerin hasta diyetine ilişkin bilgilerinin yüksek olduğu ancak literatürde hastaların daha çok tuzlu gıdalardan uzak durmaları konusunda bilgi sahibi oldukları görülmektedir.

Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile "Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi" bölümleri karşılaştırıldığında; kadın hemşirelerin anketin tüm bölümlerinden erkek hemşirelerden daha yüksek puan aldığı her bölüm için bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırası ile: $p=0,030$, $p=0,001$, $p=0,023$). Bu durumun araştırmaya dahil edilen hemşirelerin %77,8'inin kadın, %22,2'sini erkek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin eğitim durumları ile anketten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin lise ve önlisans mezunu hemşirelerden daha yüksek puan aldığı belirlendi ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (sırası ile: $p=0,006$, $p=0,000$, $p=0,004$). Farkın genel bilgi bölümü puanları açısından lise ile lisans mezunu hemşireler arasında, komplikasyonlara ve hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi bölümleri puanları bakımından ise lise ile lisans mezunları arasında ve önlisans ile lisans mezunları arasındaki puan ortalamalarındaki farktan kaynaklandığı belirlendi. Bu sonuç eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı sonucunu ortaya koymaktadır. Baklacioğlu (1995)'nin çalışma sonucuna göre hemşirelerin eğitim düzeyinin yükselmesi steroidlere ilişkin bilgi puanlarını arttırmaktadır. Küçükakça (2013)'nin çalışmasında da benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça hemşirelerin yüksek riskli ilaç bilgi düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve klinik deneyim süresi ile anketten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında 11 yıl üzeri çalışanlar, 6-10 yıl ve 1-5 yıl çalışanlardan daha yüksek puan almıştır ve bu puanlar istatistiksel olarak anlamlıdır. Baklacioğlu (1995) bizim çalışmamızdan farklı olarak hemşirelerin çalışma süresinin steroidlere ilişkin bilgi puanlarını etkilemediği sonucuna ulaşmıştır. Işıklı (2006)'nın çalışmasında ise hemşirelerin meslekte çalışma süresi arttıkça farmakoloji bilgi düzeyi artmaktadır. Bu sonuç çalışmamızda ki sonuçla uyumludur.

Hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile anketten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, anketin tüm bölümlerinden dahili kliniklerde çalışan hemşireler cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerden daha fazla puan almıştır. Ancak bu fark sadece genel bilgi bölümü ve hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi bölümü puanları açısından istatistiksel olarak anlamlıdır (sırası ile $p=0,048$, $p=0,014$). Baklacioğlu (1995) çalışmasında ise çalışılan kliniklerin hemşirelerin steroidlere ilişkin bilgi puanlarını etkilemediği sonucuna ulaşmıştır.

Hemşirelerin steroid eğitimi alma durumları ile bilgi puanları karşılaştırıldığında anketin bütün bölümlerinde, daha önceden steroid tedavisine

ilişkin eğitim alan hemşireler ile eğitim almayan hemşirelerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Bu durumun steroid tedavisine ilişkin eğitim alan kişi sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi ve dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptığımız bu çalışmada, araştırmaya dahil edilen hemşirelerin çoğunluğunu, kadın hemşireler ve lisans mezunu hemşireler oluşturmaktadır. Hemşirelerin büyük çoğunluğu mezuniyet sonrası steroid ilaçlara ilişkin herhangi bir eğitim almamıştır. Kliniklerde en fazla deksametazon ile metilprednizolon kullanıldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” nin genel bilgi bölümünden 22 puan üzerinden $12,52 \pm 4,779$, komplikasyonlarına yönelik bilgi bölümünden 12 puan üzerinden $8,13 \pm 3,074$, hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi bölümünde ise 20 puan üzerinden $14,34 \pm 4,434$ puan aldıkları saptanmıştır. Hemşirelerin anketin bütün bölümlerinden ortalamanın üzerinde puan almalarına rağmen, steroid ilaçların etki süresi ve kullanım alanlarına ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerden steroid tedavisi alan hastanın eğitiminde öncelik sıralaması yapmaları istenmiş ve hemşirelerin steroid ilaçların uygulanma zamanına ilişkin eğitime birinci önceliği verdiği ancak ilaçların yan etkileri ve tedaviyi sonlandırmaya ilişkin eğitimleri sonraki sıralamalarda tercih ettiği belirlenmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin hasta eğitimine gerekli önemi vermedikleri saptanmıştır. Anketin tüm bölümlerinden kadın hemşirelerin erkek hemşirelerden daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin bilgi puanlarının, lise ve önlisans mezunu hemşirelerin bilgi puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve klinik deneyim süresi arttıkça bilgi puanlarının da arttığı belirlenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunun cerrahi kliniklerde çalıştığı ancak anketin tüm bölümlerinden dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerden daha fazla puan aldığı saptanmıştır. Steroid tedavisine ilişkin daha önceden eğitim alan hemşirelerin puan ortalamaları ile eğitim almayan hemşirelerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar neticesinde;

- Hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeylerini artırmak amacıyla hizmet içi eğitim çalışmalarının düzenlenmesi ve sürekliliğinin sağlanması,
- Hemşirelerin iş yüklerini azaltmak amacıyla istihdam artışının sağlanması ve hemşirelerin hasta eğitimindeki rolünün ön plana çıkarılması,
- Lise mezunu hemşirelerin lisans eğitimine özendirilmesi,
- Steroid tedavisi alan hasta bakımı için, hastanın klinik durumuna ve kullanılan steroid ilaca özgü standart protokoller belirlenmesi ve bu protokollere uyulması,
- Hasta eğitimi için steroid tedavisinin uygulanma zamanı, etkileri, yan etkileri, hasta diyeti, tedavinin nasıl sonlandırılması gerektiği gibi bilgileri içeren hasta eğitim kartlarının hazırlanması,
- Literatürde bu konuya dair sınırlı çalışma bulunması sebebiyle farklı hastane ve kliniklerde benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

ÖZET

Cerrahi ve Dahili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Steroid Tedavisine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Bu çalışma, cerrahi ve dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Cerrahi ve Dahili Klinikleri' nde çalışan 326 hemşireden araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli yada raporlu olmayan ve toplam 261 hemşireyle 7 Şubat – 6 Mart 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma verileri, “Kişisel Bilgi Formu” ve “Genel Bilgi”, “Komplikasyonlar” ve “Hemşirelik Uygulamaları” bölümlerini içeren toplamda 3 bölüm ve 54 maddeden oluşan “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” kullanılarak toplanmıştır.

Araştırma bulguları incelendiğinde, hemşirelerin %63,6'sının cerrahi kliniklerde, %36,4'ünün dahili kliniklerde çalıştığı, %20,7'sinin mezuniyet sonrası steroid ilaçlara ilişkin eğitim aldığı saptanmıştır. Hemşirelerin anketin tedaviye ilişkin genel bilgi bölümünden ortalama $12,52 \pm 4,7$, steroid tedavisinin komplikasyonlarına yönelik bilgi bölümünden ortalama $8,13 \pm 3,1$, steroid tedavisinde hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi bölümünde ise ortalama $14,34 \pm 4,4$ puan aldığı ve hemşirelerin anketin bütün bölümlerinden ortalamanın üzerinde puan aldığı belirlenmiştir. Anketin tüm bölümlerinden dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerden daha fazla puan aldığı, lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin bilgi puanlarının, lise ve önlisans mezunu hemşirelerin bilgi puanlarından daha yüksek olduğu, hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve klinik deneyim süresi arttıkça bilgi puanlarının da arttığı belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda hemşirelerin bilgi puanlarının ortalamanın üzerinde olduğu ancak hasta eğitimine gerekli önemin verilmediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Steroid Tedavisi, Kortikosteroid, Hemşirelik, Hasta Eğitimi, Bilgi Düzeyi.



SUMMARY

Determining the Knowledge Levels of Nurses Working in Surgery and Internal Clinics Concerning Steroid Treatment

This study was conducted for the purpose of determining the knowledge levels of surgical nurses and internal clinics nurses concerning steroid treatment.

This descriptive study was carried out with a total of 261 nurses between February 7th – March 6th, 2019, who agreed to participate in the study and were neither on leave nor on sick leave between the aforementioned dates, among 326 nurses working in the Surgery and Internal Clinics of Afyon Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Research and Application Hospital. Study data were collected using a “Questionnaire Form for Nurse’s Knowledge of Steroid Treatment”, which includes the sections of “Personal Information Form”, “General Information”, “Complications” and “Nursing Practices” and consists of a total of 3 sections and 54 items.

Examining the study findings; it was determined that 63,6% worked in surgery clinics and 36,4% in internal clinics, 20,7% had trained on steroid drugs after graduation. It was determined that the nurses obtained mean $12,52 \pm 4,7$ points from the section of general information about mean $8,13 \pm 3,1$ points from the section of information about complications of the steroid treatment; mean $14,34 \pm 4,4$ points from the section of information about nursing practices in the steroid treatment and the nurses obtained scores above average from all of the sections of the questionnaire. It was determined that the nurses working in internal clinics obtained higher scores from all of the sections of the questionnaire than the nurses working in surgery clinics; the nurses with bachelor’s degree and postgraduate degree had higher knowledge scores than the nurses who were high school graduates and had associate degree; and as the nurses’ length of working in the profession and length of clinical experience increased, the knowledge scores increased.

As a result of the study, it was found that the nurses' knowledge scores were above average; however, patient training was not given the required priority.

Keywords: Steroid Treatment, Corticosteroid, Nursing, Patient Training, Knowledge Levels.



KAYNAKLAR

- ABRAMS, A.C. (2001). Clinical Drug Therapy Rationales for Nursing Practice. Erişim [https://www.academia.edu/28168449/The_Clinical_Drug_Therapy_Rationales_for_Nursing_Practice]. Erişim tarihi: 01.07.2019
- Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Kılavuzu (2018). Erişim [www.turkendokrin.org]. Erişim tarihi: 09.10.2018
- AKDENİZ, M. (1998). Konjenital Adrenal Hiperplazili 114 Vakanın Retrospektif Değerlendirmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul
- AKI, G. (2007). Yüksek Doz Metilprednizolon Tedavisi Alan Multipl Skleroz Hastalarında Bu Tedavinin Erken Dönemde Bilişsel Testlere (P300-P50) Etkisi. Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
- ALVES, C. , VICENTE ROBAZZI, TC. , MENDONCA, M. (2008). Withdrawal From Glucocorticosteroid Therapy: Clinical Practice Recommendations. JPediatr(RioJ), 84(3):192-202
- American Brain Tumor Association (ABTA) (2016). Erişim [<https://www.abta.org/wp-content/uploads/2018/03/steroids-brochure.pdf>]. Erişim tarihi:09.04.2019
- ANDIRAN, F. (2016). Adrenal Tümörler. Çocuk Cerrahisi Dergisi 30(5): 503-511
- ARVAS, A. (2014). İmmün Baskılanması Olan Hastaların Aşılması. Türk Ped Arş, 49: 181-185
- ATEŞ ÖNAL, S. (2006). Analjezik Adjuvanlar. Ağrı, 18(4): 10-23
- BABACAN, E. , ULUPINAR ALICI, A. (2008). Hemşirelerin Hasta Eğitimi ile İlgili Düşünce ve Uygulamaları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 5(2): 29-36
- BAKLACIOĞLU, B. (1995). Hemşirelerin Steroid Alan Hastaların Bakımına İlişkin Bilgileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- BALCI ALPARSLAN, G. , KAPUCU, S. (2008). Steroidlerin Kullanımında Hemşirenin Sorumlulukları. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 77-84

- BALCI ALPARSLAN, G. , KAPUCU, SS. (2010). The Changes and Difficulties Experienced by Patients Using Steroids. *Journal of Renal Care*, 36(2): 81-89
- BELLIEU, J. , EMMS, H. , RIMMER, T. , MURRAY, A. Erişim [<https://www.nwscnsenate.nhs.uk/files/2814/3394/6186/Corticosteroids.pdf>]. Erişim tarihi: 07.10.2018
- BOLU, A. , ERDEM, M. , YALÇIN, F. , GÜNAY, H. (2013). Steroid Kullanımına Bağlı Ortaya Çıkan Mani Olgusu. *Journal of Mood Disorders*, 3(2):74-76
- BROERSEN, LHA. , MEGHNA, JHA. , BIERMASZ, NR. , PEREIRA, AM. , DEKKERS, OM. (2018). Effectiveness of Medical Treatment for Cushing's Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pituitary*, 21: 631-641
- BROWN, ES. (2009). Effects of Glucocorticoids on Mood, Memory, and the Hippocampus. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1179: 41-55
- CLIFTON, D. , ROSS, M. , O'CALLAGHAN, C. (2018). Psychiatric Sequelae of Corticosteroid Use in Hematology in Australia: A Qualitative Study. *Nurs Health Sci.*, 20: 125-131
- ÇİFTÇİ, S. , ÖNCÜ ALPTEKİN, J. , DUMAN, Z. , MERT, C. , TERLEMEZ. R. , YILMAZ, F. , KURAN, B. (2017). Uzun Dönem Glukokortikoid ve Siklosporin-A Kullanımına Sekonder Gelişen Osteoporotik Vertebra Fraktürleri: Olgu Sunumu. *Türk J Osteoporos*, 23: 75-78
- ÇÖKMÜŞ, FP. , AŞÇIBAŞI, K. , SARIKAVAK. T. , ÖZMEN. E. (2016). Sistemik Kortikosteroid Kullanımına İkincil Gelişmiş Bir Psikotik Bozukluk. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 17: 74-76
- DAVIS, LL. (1992). Instrument Review: Getting the Most From a Panel Of Experts. *Applied Nursing Research*, 5: 194-197
- DORFF, TB. , CRAWFORD ED. (2013). Management and Challenges of Corticosteroid Therapy in Men With Metastatic Castrate-Resistant Prostate Cancer, Published by Oxford University Press on Behalf of the European Society for Medical Oncology, 24: 31-38
- FAIMAN, B. , BILOTTI, E. , ROGERS, K. (2008). Steroid-Associated Side Effects. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3); 53-63
- FSADNI, CJ. (2015). A Study on the Management of Corticosteroid Side Effects in Cancer Patients, *The Journal of the Malta College of Family Doctors*, 4(3): 18-30

- GRIFFITHS, H. , JORDAN, S. (2002). Corticosteroids: İmplications for Nursing Practice. Nursing Standard, 17(12): 43-53
- GROVER, VK. , BABU, R. , BEDI, SPS. (2007). Steroid Therapy – Current Indications in Practice. Indian Journal of Anaesthesia, 51(5): 389-393
- GUDBJORNSSON, B. , JULIUSSON, UI. , GUDJONSSON, FV. (2002). Prevalence of Long Term Steroid Treatment and the Frequency of Decision Making to Prevent Steroid İnduced Osteoporosis in Daily Clinical Practice. Ann Rheum Dis, 61: 32–36
- GUIDRY, JA. , GEORGE, JN. , VESELY, SK. , KENNISON, SM. , TERRELL, DR. (2009). Corticosteroid Side-Effects and Risk for Bleeding in İmmune Thrombocytopenic Purpura: Patient and Hematologist Perspectives. European Journal of Haematology, 83: 175-182
- GÜN, F. (2014). İdrar ve Serum Kortizol ve Kortizon Seviyelerinin Ölçümünde Immunoassay ve Sıvı Kromatografi-Sıralı Kütle Spektrometre (Lc-Ms/Ms) Metotlarının Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Konya
- GÜR, C. , BOZ, M. , MÜDERRİSOĞLU, C. , POLAT, H. (2015). İnsülin Direnci ve Kortizol Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. İstanbul Med J, 16: 73-76
- HATİPOĞLU, N. , KURTOĞLU, S. , KESKİN, M. , KENDİRCİ, M. (2007). Topikal Steroid Kullanımına Bağlı İyatrojenik Cushing Sendromu. Erciyes Tıp Dergisi, 29(2): 155-158
- HİZ, Ö. , KARASLAN, G. , YAZMALAR, L. , TEKEOĞLU, İ. (2008). Uzun Dönem Glukokortikoid Kullanımına Bağlı Gelişen Manifest Osteoporoz ve Sağ Femur Başı Avasküler Nekroz Birlikteliği: Olgu Sunumu. Van Tıp Dergisi, 15(3): 90-94
- HOPKINS, RL. , LEINUNG, MC. (2005). Exogenous Cushing's Syndrome and Glucocorticoid Withdrawal. Endocrinol Metab Clin N Am, 34: 371-384
- İŞIKLI, D. (2006). Hemşirelerin Farmakoloji Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Farmakoloji ve Toksikoloji (Vet) Anabilim Dalı, Konya
- KARADAKOVAN, A. (1989). Kortikosteroid Sağaltımının Yan Etkileri ve Hemşirenin Sorumlulukları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 5(3): 51-56
- KILIÇ, S. (2016). Cronbach'ın Alfa Güvenirlik Katsayısı. Journal of Mood Disorders (JMOOD), 6(1): 47-48

- KÜÇÜKAKÇA, G. (2013). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Yüksek Riskli İlaç Uygulamaları Konusundaki Bilgi Durumlarının ve İlaç Hatalarıyla İlgili Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum
- LIU, D. , AHMET, A. , WARD, L. , KRISHNAMOORTHY, P. , MANDELCORN, ED. , LEIGH, D. , BROWN, JP. , COHEN, A. , KIM, H. (2013). A Practical Guide to the Monitoring and Management of the Complications of Systemic Corticosteroid Therapy. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology* , 9: 30
- LONGUI, CA. (2007). Glucocorticoid Therapy: Minimizing Side Effects. *J Pediatr (Rio J)*, 83(5): 163-171
- MAHDY, A. , HUSSAIN, N. , KHALIDI, DA. , SAID, ASA. (2017). Knowledge, Attitude, and Practice Analysis of Corticosteroid Use Among Patients: A Study Based in the United Arab Emirates. *Natl J Physiol Pharm Pharmacol*, 7(6): 562-568
- MARGOLIN, L. , COPE, DK. , BAKST-SISSER, R. , GREENSPAN, J. (2007). The Steroid Withdrawal Syndrome: A Review of the Implications, Etiology, and Treatments. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2): 224-228
- MCGEE, H. (2013). Guideline: Use of Steroids in Palliative Care. Erişim [https://www.academia.edu/11937987/Guideline_Use_of_Steroids_in_Palliative_Care]. Erişim Tarihi: 23.09.2018
- NICOLSON, NA. (2007). Measurement of Cortisol. *Semantic Scholar*, 45370: 37-73
- NOWAK, K. , PAPIERSKA, L. (2014). Prevention and Monitoring of the Side Effects of Chronic Corticosteroid Therapy. *Postępy Nauk Medycznych*, t. XXVII, 12: 852-859
- NUR, B. , KARAGÜZEL, G. , TÜRKKAHRAMAN, D. , AKÇURİN, S. , BİRCAN, İ. (2007). Topikal Steroid Kullanımına Bağlı İatrojenik Cushing Sendromu: İki Vakanın Takdimi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 50: 125-128
- OLGUN, N. (2011). Adrenal Bez Hastalıkları. KARADAKOVAN, A. , ETİ ASLAN, F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Kitabı, Nobel Kitabevi, 2. Baskı, ss. 881-891
- OVERMAN, RA. , YEH, JY. , DEAL, CL. (2013). Prevalence of Oral Glucocorticoid Usage in the United States: A General Population Perspective. *Arthritis Care & Research*, 65(2): 294-298
- ÖZ ALKAN, H. (2016). Hasta Eğitimi ve Davranış Değişikliği Geliştirme. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(2) :41-47

- ÖZEN, A. (2014). Kortikosteroid Kullanan Hastaların Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara
- ÖZKAN, MTA. , YENER, AÜ. , KORKMAZ, K. , ÇİÇEK, ÖF. (2014). Steroidler ve Kalp Cerrahisinde Klinik Etkileri-Son Yıllara Ait Bir Derleme. *Anatol J Clin Investig*, 8(3): 140-143
- PAI, YC. (2010). The Need for Nursing Instruction in Patients Receiving Steroid Pulse Therapy for the Treatment of Autoimmune Diseases and the Effect of Instruction on Patient Knowledge. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11: 217
- PALLOŞ, A. (2018). Nursing Care For Patients Undergoing Glucocorticoid Therapy. *Recent Developments in Nursing and Midwifery*. Ed: OZCANARSLAN, F. , LUKPANOVNA SHAPEKOVA, N. , SANCAR, B. , ÖZDEMİR, A. Cambridge Scholars Publishing, ss. 2-17
- AKBAYRAK, N. , ERKAL İLHAN, S. , ANÇEL, G. , ALBAYRAK, A. (2007). Hemşirelik Bakım Planları Kitabı, Alter Yayıncılık, 1. Basım, Ankara
- PISU, M. , JAMES, N. , SAMPSEL, S. , SAAG, KG. (2005). The Cost of Glucocorticoid-Associated Adverse Events in Rheumatoid Arthritis. *Rheumatology*, 44: 781-788
- RADLEY, K. (2004). NICE Guidance on Use of Topical Corticosteroids in Atopic Eczema. *Nursing Times*, 100(38): 26–27.
- RICE, JB. , WHITE, AG. , SCARPATI, LM. , WAN, G. , NELSON, WW. (2017). Long-term Systemic Corticosteroid Exposure: A Systematic Literature Review, *Clinical Therapeutics*, 39(11): 2216-2229
- SALERNO, A. , HERMANN, R. (2007). Efficacy and Safety of Steroid Use for Postoperative Pain Relief, *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 88(6):1361–1372
- SAMANCI, N. , BALCI, N. (2001). Kortikosteroidler ve Klinikte Kullanımları. *T Klin Tıp Bilimleri*, 21: 131-140
- SARGIN, H. , BULUT, G. (2002). Steroid Kullanımı ve Osteoporoz. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 8(2): 147-149
- SHAIKH, S. , VERMA, H. , YADAV, N. , JAUHARI, M. , BULLANGOWDA, J. (2012). Applications of Steroid in Clinical Practice: A Review. *ISRN Anesthesiology*, 1-11

STURMHOFEL, SH. , BARTHE, A. (1998). The Endocrine System. Alcohol Health & Research World, 22(3): 153-164

SUNGUR, M. (2005). Kritik Hastada Adrenal Yetmezlik. Yoğun Bakım Dergisi, 5(3):167-173

ŞAVLUK, ÖF. , BAYSAL, A. , ERBAŞ, M. , TOMAN, H. , DALDAL, E. (2013). Dejeneratif Diz Osteoartriti (OA) Olan Hastalarda İntraartiküler Steroid Uygulamasının Etkinliği, Düzce Tıp Dergisi, 15(2): 27-31

ŞENDUR, ÖF. , AYDENİZ, A. (2003). Romatoid Artrit Ve Kortikosteroidler. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 4(3) : 33 – 39

ŞENYUVA, E. , TAŞOCAK, G. (2007). Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri ve Hasta Eğitim Süreci. İ.Ü.F.N. Hem. Derg, 15(59) : 100-106

TALAS, MS. , PINARCI, E. (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Steroid Kullanımına Uyumunun Değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi, 37(4): 385-393

TANRIÖVER, N. , GÜNALDI, Ö. , KURUOĞLU, E. (2014). Cushing Hastalığı ve Cerrahi Tedavisi. Türk Nöroşir Derg, 24(3): 83-92

TAYLAN, S. , ALAN, S. , KADIOĞLU, S. (2012). Hemşirelik Roller ve Özerklik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 3: 66-74

TURGAY, M. Kortikosteroidler. Erişim [<http://ichastaliklariromatoloji.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/02/Kortikosteroidler.pdf/>]. Erişim tarihi: 01.10.18

TÜLEK, Z. (2007). Multipl Sklerozlu Hastanın Hemşirelik Bakımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2): 25-32

WALJEE, A. , ROGERS, M. , LIN, P. , SINGAL A. , STEIN, J. , MARKS, R. , AYANIAN, J. , NALLAMOTHU, B. (2017). Short Term Use of Oral Corticosteroids and Related Harms Among Adults in the United States: Population Based Cohort Study. BMJ, 357: 1415

WARRINGTON, TP. , BOSTWICK, JM. (2006). Psychiatric Adverse Effects of Corticosteroids. Mayo Clin Proc, 81(10): 1361-1367

YILDIRIM, N. , ÇİFTÇİ, B. , KAŞIKÇI, M. (2017). Hemşirelerin Hasta Eğitimi Verme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Atatürk İletişim Dergisi, 14: 217-230

ÖZGEÇMİŞ

Merve AKPINAR YILMAZ 20/06/1994 tarihinde Afyonkarahisar/Merkez’de doğdu. 2016 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi Afyon Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. Yüksek lisans eğitimine 2016 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda başladı.

İş deneyimleri;

- Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi-Acil Servis Hemşiresi (2017-halen devam etmekte)

Katıldığı Eğitim ve Sempozyumlar;

- 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (2014/ Trabzon)
- 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (2015/ Kayseri)
- 1.Ebelik ve Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu (2016/ Afyonkarahisar)
- Ameliyathane Hemşireliği Okulu (2017/Afyonkarahisar)
- Klinikte Kan Bileşenleri Kullanımı Eğitim Sempozyumları (2017/ İstanbul)
- 18.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (2019/ Afyonkarahisar)

Yayınlanan Çalışmalar ve Basılan Bildiriler;

- Yeliz Ciğerci, Merve Akpınar, Esra Dayangan, Ceylan Keskin, Ayşe Serin, Semra Atasayar, Sağlık Yüksekokulu’nda Okuyan 4. Sınıf Öğrencilerinin, 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 1-3 Mayıs 2014,Trabzon
- Yeliz Ciğerci, Gülbahar Beştepe, Merve Akpınar, Esra Dayangan, Ceylan Keskin, Ameliyathane Hemşirelerinin İntraoperatif Dönem Hasta Bakımı Bilgi Düzeyi, 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 22-26 Nisan 2015, Kayseri

- Ciğerci, Y. , Akpınar, M. , Dayangan, E. , Kesgin, C. , Serin, A. , Atasayar, S. Sağlık Yüksekokulunda Okuyan 4. Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Örgütlenmeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14 (1): 1-5, 2017. doi:10.5222/HEAD.2017.001
- Ciğerci, Y. , Akpınar, M. Knowledge Levels of Operating Room Nurses On The Patient Safety During The Intraoperative Period, 8th EORNA Congress, 4-7 Mayıs 2017, Rhodes Island, Greece



EKLER

EK-1

CERRAHİ VE DAHİLİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN STEROİD TEDAVİSİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Sayın Katılımcı; Bu anket ile sizin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeyiniz belirlenmek istenmektedir. Vereceğiniz cevaplar bilimsel amaçlı kullanılacağı için isim belirtmenize gerek yoktur. Cevaplarınızın doğruluğu araştırmanın geçerliği ve güvenilirliği ile doğrudan ilintilidir. Değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür eder saygılar sunarız.

Bölüm 1: Sosyo-demografik Özellikler

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek
3. Eğitim durumunuz
a) Lise b) Ön lisans c) Lisans d)Yüksek lisans e) Doktora
4. Çalışma yılınız
a) 1-5 yıl b) 6-10 yıl c) 11-15 yıl d) 16-20 yıl e) 21 ve üzeri
5. Çalıştığınız klinik
6. Klinik deneyim süreniz
1-5 yıl b) 6-10 yıl c) 11-15 yıl d) 16-20 yıl e) 21 ve üzeri
7. Mezuniyet sonrası steroid ilaçlara ilişkin eğitim aldınız mı?
a) Evet b) Hayır
8. Eğitim aldıysanız nerede aldığınızı belirtiniz.....
9. Kliniğinizde kullanılan steroid ilaçlar nelerdir, işaretleyiniz.
a) Prednizolon (Deltacortil)
b)betametazon (Celestone)
c)deksametazon (Dekort, Onadron, Ultralan)
d) metilprednizolon (Depo-medrol, Prednol)
e) triamsinolon (Kenacort-A, Sinakord-A)
10. Steroid tedavisi alan hasta eğitiminde nelere öncelik veriyorsunuz **ÖNEM SIRASINA GÖRE NUMARALANDIRINIZ.**
(....) Steroid ilacını sabah saat 9'dan önce alması gerektiği
(....) Sodyum, alkol ve kafein alımını kısıtlaması gerektiği9/
(....) Enfeksiyonu olan kişilerle temas etmemesi gerektiği
(....) Yüksek doz tedaviye bağlı oluşabilecek yan etkiler (kilo artışı, ödem)
(....) Uzun dönem tedaviden kaynaklanabilecek osteoporoz gelişme riski
(....) Hipertansiyon ve diyabet gelişme riski
(....) İlaçlarını düzenli alması ve ilacın bırakılması gerektiğinde aşamalı olarak azaltılarak bırakılması gerektiği

Bölüm 2: Steroid Tedavisine İlişkin Genel Bilgi İfadeleri

	Lütfen aşağıdaki sunulan maddelere ilişkin katılım düzeyinizi belirtiniz.	KATILYORUM	KATILMIYORUM	FİKRİM YOK
1	Kortikosteroidler, adrenal korteks(böbrek üstü bezleri) tarafından salgılanan steroid yapılı hormonlardır.			
2	Kortizol olarak bilinen glukokortikoidler adrenal korteksten salgılanır.			
3	Kortizonun yarılanma ömrü <12 saat olan kısa etkili bir steroiddir.			
4	Deltacortril (prednizolon), prednol-L (metilprednizolon) orta etkili (12-36 saat) steroidlerdir.			
5	Dekort (deksametazon) yarılanma ömrü >36 saat olan uzun etkili bir steroiddir.			
6	Steroidlerin tedavide kullanım endikasyonları, güçlü antiinflamatuvar ve immünsüpresif etkilidir.			
7	Steroidler alerjik ve otoimmün hastalıklarda kullanılabilir.			
8	Steroidler, romatolojik ve nörolojik hastalıklarda kullanılabilir.			
9	Bir hormon salgılanma bozukluğu olan Addison hastalığında steroid tedavisi kullanılmamalıdır.			
10	Steroidler romatoid artrit (RA), deri enflamasyonları gibi durumlarda kullanılabilir.			
11	Beyin tümörleri, spinal kord yaralanmaları gibi durumlarda steroid tedavisinden yararlanılır.			
12	Steroidler kronik ağrıların (kanser ağrıları gibi) hafifletilmesinde kullanılabilir.			
13	Ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetiminde kısa etkili steroid ilaçlar kullanılmalıdır.			
14	Hipofiz tümörü sebebiyle cerrahi girişim geçirecek hastaya ameliyat öncesi dönemde steroid ilaçlar başlanmalıdır.			
15	Vücutta kortizol salgılanma hızı gece yarısı ile sabah 9 arasında en fazladır.			
16	Steroid tedavisi uygulanan bir hastaya, tedaviye ek olarak diüretik tedavi de başlanmalıdır.			
17	Steroid tedavisi midede peptik ülser gelişimini artırdığı için H2 reseptör antagonisti (ulcuran, famodin) yada proton pompa inhibitörü (nexium,lansor) ilaçlar ile birlikte verilmelidir.			
18	Steroid kullanan hastalarda hipotansiyon, hipoglisemi, halsizlik, bulantı - kusma, kas ve eklem ağrıların görülmesi adrenal yetmezliğin belirti ve bulgularıdır.			
19	Cushing sendromu kortizon tedavisinin özellikle ilk 2 ayında gelişir.			
20	Steroid tedavisinin sonlandırılmasında, hastaya uygulanan ilaç dozunun azaltılarak, idame tedavi süresi kadar steroid tedavisine devam edilmelidir.(örneğin; 3 ay idame tedavi ardından 3 ay daha tedaviye devam edilmeli)			
21	2 hafta süre ile uygulanan bir steroid tedavisi sonrası adrenal korteks 1 yıla kadar baskılanabilir.			
22	40 mg ve üzeri prednisolon ilaç uygulaması yüksek doz steroid tedavisidir.			

Bölüm 3: Steroid Tedavisinin Komplikasyonlarına Yönelik Bilgi İfadeleri

	Lütfen aşağıdaki sunulan maddelere ilişkin katılım düzeyinizi belirtiniz.	KATILYORUM	KATILMIYORUM	FİKRİM YOK
1	Steroid tedavisi, hastada santral obesite ve aydede yüz gelişmesine neden olabilir.			
2	Steroid tedavisi hastada ödeme neden olabilir			
3	Steroid tedavisi, glukoz yapımı (glukoneogenezisi) ve insüline karşı periferik direnci artırarak hiperglisemiye neden olabilir.			

4	Steroid tedavisi alan hastalarda kemik yoğunluğu azaldığı için osteoporoz gelişebilir.			
5	Steroid kullanımı organizmadan potasyum atılımını artıracağından hipokalemi gelişebilir.			
6	Steroid kullanan hastalarda davranış bozukluğu gibi yan etkiler görülebilir.			
7	Steroid tedavisi alan erkek hastalarda jinekomasti, (kadın tipi meme dokusu oluşumu) görülebilir.			
8	Steroid kullanan kadın hastalarda hirsutizm (tüylenme) ortaya çıkabilir.			
9	Steroid kullanan hastalarda kollajen yıkımının artması sonucu yaraların iyileşmesi gecikebilir.			
10	Uzun süre ve yüksek doz steroid kullanımı, çocuklarda büyümeyi geciktirebilir.			
11	Steroid kullanan hastalar, steroidlerin immün sistemi baskılaması nedeniyle enfeksiyonlara (özellikle viral ve mantar enfeksiyonlarına) açık hale gelir.			
12	Uzun süreli steroid tedavisi uygulanan bir hastada tedavinin aniden kesilmesi akut renal yetmezliğe neden olabilir.			

Bölüm 4: Steroid Tedavisinde Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi İfadeleri

	Lütfen aşağıdaki sunulan maddelere ilişkin katılım düzeyinizi belirtiniz.	KATILYORUM	KATILMIYORUM	FİKRİM YOK
1	Steroid tedavisi uygulanan hastalarda aldığı-çıkarıldığı takibi yapılmalıdır.			
2	Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; günlük kilo takibi yapılmalıdır.			
3	Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; kan şekeri takibi sık yapılmalıdır.			
4	Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; kan basıncı takibi yapılması önemlidir.			
5	Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; ilaçların tedavi saati sabah erken saatlere planlanmalıdır.			
6	Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; oral yoldan uygulanan ilaçlar yemeklerden sonra verilmelidir.			
7	Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri karbonhidratlardan fakir olmalıdır.			
8	Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri hayvansal yağlardan fakir olmalıdır.			
9	Steroid tedavisi uygulanan hastalara sodyum içeren besinleri az tüketmesi gerektiği anlatılmalıdır.			
10	Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri potasyum içeren besinler yönünden zengin olmalıdır.			
11	Topikal steroid tedavisinde, ilaç uygulandıktan sonra üzeri kapatılmamalıdır.			
12	Steroid tedavisi uygulanan hastalara enfeksiyonu olan kişilerle temas etmemesi gerektiği anlatılmalıdır.			
13	Steroid tedavisi uygulanan hasta, düşme riski yönünden değerlendirilmeli ve travmalardan korunmalıdır.			
14	Steroid tedavisi uygulanan hasta, tedavi süresince peptik ülser ve mide kanaması belirtileri yönünden gözlenmelidir.			
15	Steroid tedavisi uygulanan hasta hipokalemi belirti ve bulguları yönünden izlenmelidir.			
16	Yüksek doz steroid uygulanırken hasta kalp ritmi açısından monitörize edilmelidir.			
17	Steroid tedavisi uygulanan hastaya, ilaç kullanımı nedeniyle, korneada herpes ve fungal enfeksiyon gelişebileceği anlatılmalıdır.			
18	Adrenal bez cerrahisi geçirmiş hastalarda ani hipotansiyon riskine karşı dikkatli olunmalıdır.			
19	Adrenal tümör sebebiyle cerrahi girişim geçiren hastaya, ömür boyu ilaç kullanmasının gerekliliği açıklanmalıdır.			
20	Çocuk hastalarda sistemik etkili steroid tedavisi sonrası, en az 1 ay canlı aşı yapılmamalıdır.			

EK-2 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Afyon Kocatepe Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Merve AKPINAR YILMAZ tarafından yürütülen “Cerrahi ve Dahili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Steroid Tedavisine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı cerrahi ve dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika (süreyi saat veya dakika olarak belirtebilirsiniz) ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Cerrahi ve Dahili Klinikler’inde çalışan araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli yada raporlu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin tamamı katılacaktır.¹ Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya mrveakpnr@hotmail.com e-posta adresi ve 0506 379 42 71 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcılar İçin:

Katılımcının²:

Adı-Soyadı:

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

EK-3

T.C. AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ	
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURUL KARARLARI	
TOPLANTI SAYISI:01	KARAR TARİHİ:08.01.2019
KARAR 2019/2 Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Merve AKPINAR YILMAZ'ın "Cerrahi ve Dahili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Steroid Tedavisine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tezi kapsamında kullanacağı veri toplama araçlarının, etik açıdan sakıncalı olmadığına, katılanların oy birliği ile karar verildi.	
 Prof.Dr. İzzet Selçuk BİRİCİK Sosyal ve Beşeri Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu Başkan Vekili	

EK-4

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/12/2018-E.18004



T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi



Sayı : 70847213-044-E.
Konu : Anketler

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Afyon Sağlık Yüksekokulu

İlgi : Bila tarihli yazınız.

İlgi tarihli yazınıza istinaden Dr.Öğrt.Üy. Yeliz CİĞERCİ'nin danışmanlığında yürütülecek olan "Cerrahi ve Dahili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Steroid Tedavisine İlişkin Bilgi Düzeylerinin belirlenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasının klinik hemşirelerine uygulama isteğiniz Başhekimliğimizce uygun görülmüş olup, çalışmanıza etik kurul onayı aldıktan sonra başlanması hususunda;

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Doç.Dr. İbrahim KELEŞ
Başhekim

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://ebys.aku.edu.tr/enVision/Dogrula/L94S45E>

Adres: Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği
Ali Çetinkaya Kampüsü Dörtüol Mah. 2078 sok. N:3 03200 Afyonkarahisar
Telefon : 444 03 04 Faks: 0 272 246 33 22 E-posta: bashekimlik@aku.edu.tr

Bilgi için: Handan Erdoğan
Unvanı: Büro Personeli



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.