

## Nadir Görülen Bir Hastalık: Granüloatozisli Polianjitis Olgusu ve Hemşirelik Yaklaşımı

Nur BAŞAK <sup>1</sup>, Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN <sup>2</sup>

### ÖZ

Granüloatoz polianjitis; sistemik, idiyopatik ve nekrotizan granüloatoz ile karakterize bir akciğer vaskülitidir. Diğer vaskülitlerle karşılaştırıldığında, akciğerlerdeki tutulumu daha agresif ve yaygındır. Sınırlı tutulumunda sadece solunum organlarını, yaygın tutulumunda ise sıklıkla böbrekleri ve hatta tüm organları etkileyebilmektedir. Prevalansı yüz bin bireyde üç olan granüloatoz polianjitis, uzun süre semptomsuz seyredabilmektedir. Kronik ve tekrarlayıcı bir hastalık olmakla birlikte, çok hızlı ilerleyip mortaliteye neden olabilmektedir. Kronik hastalıklarda bireylerin hastalığa adaptasyonunu sağlama, remisyonu sürdürme ve yaşam kalitesini artırma amacıyla hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Roper-Logan-Tierney'in Günlük Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'ne göre ele alınan nadir görülen bu olgunun analizinde, bağımsızlığın sağlandığı, hastaya uygun bir hemşirelik planının oluşturulduğu bir yaklaşım aktarılmaktadır. Bu model, 12 temel yaşam alanını içermekte ve hasta/sağlıklı bireylere yönelik olarak sağlığın korunması ve geliştirilmesini amaçlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Granüloatozisli polianjitis; hemşirelik teorisi; hemşirelik; hemşirelik bakımı; olgu raporu.

### A Rare Disease: Polyangiitis Case with Granulomatosis and Nursing Approach

#### ABSTRACT

Granulomatous polyangiitis is a systemic, idiopathic and necrotizing granulomatous lung vasculitis. Compared to other vasculitis, its involvement in the lungs is more aggressive and widespread. In limited involvement, it can affect only respiratory organs, and in common, kidneys and even whole organs. The prevalence of Granulomatous polyangiitis is three in one hundred thousand and remain asymptomatic for a long time. Although it is a chronic and recurrent disease, it can progress quickly and cause mortality. Nurses have important responsibilities in order to adapt, maintain remission and improve the quality of life in chronic diseases. In the analysis of this rare case, which is handled according to the Nursing Model Based on the Daily Life Activities of Roper-Logan-Tierney, an approach that provides independence and creates an appropriate nursing plan for the patient is conveyed. This model includes 12 basic living spaces, aims to protect and improve health for patients/healthy individuals.

**Keywords:** Granulomatosis with polyangiitis; nursing theory; nursing; nursing care; case report.

#### GİRİŞ

Wegener granüloatozünü olarak bilinen ve 2011 yılından bu yana polianjitis ilişkili granüloatoz ya da granüloatozisli polianjitis (GPA) olarak tanımlanan tablo akciğerin nadir hastalıklarından biri olup; multisistemik, idiyopatik ve nekrotizan granüloatoz ile karakterize bir vaskülitir. Küçük (venül, arteriol ve kapillerler) ve orta çap arterleri tutan, başlıca üst ve alt solunum yollarını ve böbreği etkileyen bir vaskülit tipidir. Sınırlı tutulumunda sadece solunum organlarını, yaygın tutulumunda ise sıklıkla böbrekleri ve hatta tüm organları etkileyebilmektedir (1-5). Diğer vaskülitlere nazaran akciğerlerdeki tutulumu daha agresif ve yaygındır. Kronik ve tekrarlayıcı bir hastalık olan GPA, çok hızlı ilerleyip mortalite ile sonuçlanabilmektedir (4,5). Avrupa Vaskülit Çalışma Grubu (European Vasculitis Study Group= EUVAS) hastalığın dönemlerini lokalize hastalık (üst ve alt solunum yollarına sınırlı), erken sistemik faz (organ yetmezliği olmaksızın) ve yaygın olarak tanımlamaktadır (6). Prevalansı 3/100.000 olarak GPA, uzun süre sessiz

1 İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye  
2 İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

seyredilebileceği gibi inflamasyonu tetikleyecek bir durumla karşılaşılması halinde hastalık yeniden tekrarlayabilir. Bu nedenle soğuk iklim olan bölgelerde daha sık görülmektedir. Kadın-erkek görülme oranı eşit olmakla birlikte, hastalık ortalama 40'lı yaşlarda daha sık ortaya çıkmaktadır (2,3,5,7,8).

Hemşirelik bakımı hastanın sağlık ve hastalık sürecini bütünsel olarak ele almaktadır. Geliştirilmiş olan hemşirelik modelleri, kliniklerde eskiye nazaran daha yaygın kullanılarak hastalara holistik bakım verme bakımından sağlık alanına büyük katkı sağlamaktadır. Özellikle kronik hastalıklarda adaptasyonu sağlama, remisyonu sürdürme ve yaşam kalitesini artırma amaçlı hemşirelere düşen sorumluluklar oldukça önemlidir. İngiltere'de, özellikle kamu sektöründe yaygın olarak kullanılan Roper-Logan-Tierney'in Günlük Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli (GYA) günlük yaşam aktivitelerine dayanan bir hemşirelik bakımı teorisi olup, modelin amacı, hastanın bakımı boyunca değerlendirilmesidir (9-12). İngiltere'de kontrol listesi olarak da kullanılan bu kuram, yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik girişimlerin yanı sıra hastanın bir hastalık, yaralanma, alevlenme dönemi ve benzeri başka bir nedenle hastaneye yatışı sonrası yaşam kalitesinin nasıl değiştiğini değerlendirmek amaçlı kullanılmaktadır. Hemşireler bu modeli hastanın günlük yaşam aktivitelerini baz alarak, göreceli olan bağımsızlığını ve bağımsızlık potansiyelini değerlendirmek için kullanmaktadır. Model, 12 temel yaşam alanını içermekle birlikte hem hasta bireylere hem de sağlıklı bireylere yönelik olarak sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacı çerçevesinde işlemektedir. Model; yaşam süresi, yaşam aktiviteleri, yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler, bağımlılık-bağımsızlık dizgesi ve yaşamda bireysellik olmak üzere beş ana bileşenden oluşan bu modelde yaşam aktiviteleri bileşeni de kendi içinde 12 bileşene (kendi içinde güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyinme, vücut sıcaklığının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlence, cinsellik, uyku ve dinlenme, ölüm) ayrılmaktadır (Tablo 1) (10-14).

**Tablo 1.** Roper-Logan-Tierney hemşirelik modeline göre günlük yaşam aktiviteleri

1	Güvenli Çevrenin Sürdürülmesi
2	İletişim
3	Solunum
4	Beslenme
5	Boşaltım
6	Bireysel Temizlik ve Giyim
7	Beden Isısının Kontrolü
8	Hareket
9	Çalışma ve Eğlence
10	Cinselliğin İfadesi
11	Uyku
12	Ölüm

Hastanın bağımsızlığı bakım süreci boyunca, tam bağımlılıktan tam bağımsızlığa kadar değişen bir süreklilik içinde ele alınmaktadır. Bu, hemşirenin hangi müdahalelerin bağımsızlığına yol açacağını veya hala var olan bağımlılığı dengelemek için hangi desteğin gerekli olduğunu belirlemesine yardımcı olur. Bu değerlendirme

ardından ise bağımsızlığı sağlayacak, hastaya uygun bir hemşirelik planı oluşturulmalıdır (11).

Kronik hastalıkların alevlenme dönemine giren bir hastanın yaşam kalitesi de etkilenmektedir (15). Yaşam kalitesi üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olduğu için Roper-Logan-Tierney Hemşirelik Modeli'nin kullanımının bu hastalıkta uygun olacağı düşünülmüştür. Bu makalede, yakın zamanda pnömoni görülmesi sonucu hastalığın tekrarlayarak eklem tutulumlarına neden olduğu nadir olarak bir GPA olgusunun hemşirelik yönetimi sunulmuştur. Hastadan sözlü izin alınarak bu makale kaleme alınmıştır.

## OLGU SUNUMU

Yaklaşık 13 yıl önce tanısı konulan pulmoner ve renal tutulumlu GPA hastası olduğu bilinen 40 yaşındaki erkek hasta, inatçı burun akıntısı, eklemlerde şiddetli ağrı ve hemoptizi yakınmaları ile İzmir'de bir eğitim ve araştırma hastanesinin acil servisine başvurmuştur. Acil servisteki sistematik muayene ve ilk müdahale sonrası romatoloji kliniğine sevk edilmiştir. Akciğerlerinde raller tipi solunum oksite edilen ve solunum güçlüğü yaşayan hastanın diğer sistematik bulgularına bakıldığında, görme ve işitmede bozukluk ve ciltte kuruluk dışında anormal bir bulgu saptanmamıştır.

Laboratuvar tetkiklerinde; sedimentasyon 80 mm/h, CRP 92,8 mg/L, lökosit 10,75 10<sup>9</sup>/L, trombosit 614 10<sup>9</sup>/L, AST 49 U/L, ALT 72 U/L, GGT 71 U/L, üre 15 mg/dL, kreatinin 1,45 mg/dL, eGFR 60 mL/dak/1,7 ve idrarda protein 64,6 mg/dL olarak ölçülmüştür.

Hastanın vital bulguları solunum 18/dk, vücut ısısı 36,8oC, kan basıncı 109/66 mmHg, nabız 77/dk olarak ölçülürken; hasta 50 kg ve 160 cm boy ile 19.53 beden kitle endeksine sahiptir.

10 gün öncesinde dış merkezde hemoptizi ve ateş yüksekliği nedeniyle pnömoni tedavisi almış, bronkoskopi yapılmış ve sağ alt lob tam tıkalı olarak görülmüştür. Bronkoskopiden alınan balgam örneğinde basil pozitif ve Polimeraz Zincir Reaksiyonu (Polymerase Chain Reaction | PCR) negatif olarak saptanmış olan hastanın akciğerlerinde yeni oluşan kaviteler nedeniyle tetkik edilmesi karar alınmıştır. Bilateral nazal pasaj endoskopiyle gözlenen ve aktif kanama ya da kanama şüphesi uyandırabilecek alan izlenmeyen hastaya pnömoni ön tanısı konularak kültür sonucu gelene kadar dördümlü antitüberküloz tedavisi (Etambutol 1000 mg 1x2, pirazinamid 500 mg 1x3, rifampisin 300 mg 1x2 ve izoniyazid 300 mg 1x1) başlanması planlanmış, bu süre zarfında hastanın romatolojik şikayetleri açısından steroid tedavisine devam edilmiş ve remisyonu sağlayabilmek için antibiyotik takviyesi yapılmıştır. Kültür sonucunun pozitif gelmesi üzerine hasta göğüs hastalıkları servisine sevk edilmiş ve tedavisi orada devam etmiştir.

## Ölünün Roper-Logan-Tierney Hemşirelik Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi

**1. Yaşam Süresi Bileşeni:** Yaşamı döllenmeden ölüme kadar süren süreç olarak kabul eden bu kuramda, günlük yaşam aktiviteleri yaşamın her döneminde fiziksel, psikolojik, sosyal-kültürel, çevresel ve politik-ekonomik gelişmelerin etkisinde olarak kabul edilmektedir (11,15). Ele aldığımız olgu 40 yaşında olup, literatürde belirtildiği yaş grubundadır.

**Tablo 2.** Roper-Logan-Tierney hemşirelik modeline göre belirlenen sorunlar ve hemşirelik tanıları

Modele Göre GYA	Sorunlar	Belirlenen Hemşirelik Tanıları
<b>Güvenli Çevrenin Sürdürülmesi</b>	Hasta, bulanık görmekten ve duymakta minimal olarak sorun yaşadığından yakınmıştır. Bunların dışında eklemelerinde 5/10 şiddetinde ağrısı olduğunu belirten ve ciltte kuruluk problemi olan hasta, intravenöz (IV) kateter ve monitörizasyon varlığından rahatsızlığını dile getirmiştir. İtahi Düşme Riski skoru 11'dir.	-Konforda Bozulma: Akut Ağrı -Düşme Riski -Kanama Riski -Deri bütünlüğünde bozulma riski -Vasküler travma riski
<b>İletişim</b>	IV kateter ve monitörizasyon varlığı, bulanık görme, duyu yitilmesinde azalma ve sosyalizasyon kaybına bağlı gelişen anksiyete problemleri saptanmıştır. Beck Anksiyete Ölçeği skoru 22 olarak değerlendirilmiştir.	-Anksiyete -Duyusal Algısal Değişimler (Görme, İşitme, Hareket Etme, Tat Alma, Dokunma)
<b>Solunum</b>	Hastanın solunumu 18/dk. Ara ara solunum güçlüğü yaşadığı ve raller tipi solunumu olduğu görülmüştür.	-Etkisiz Solunum Örüntüsü
<b>Beslenme</b>	Hasta steroid tedavisi gördüğü ve renal tutulumlu GPA tanısı olduğu için üremik 60 gr proteinli diyet tüketmektedir. Diyetini beğenmediği için hastada iştahsızlık gözlemlenmiştir.	-Beslenmede Dengesizlik: Beden Gereksiniminden Az
<b>Boşaltım</b>	Hastanın iştahsızlığına bağlı az beslenmesine sekonder olarak konstipasyon gelişmiştir.	-Konstipasyon
<b>Bireysel Temizlik ve Giyim</b>	Hastanın bireysel temizlik ve giyiminde bir problem görülmemiştir.	
<b>Beden Isısı</b>	Hasta mevsime ve oda sıcaklığına uygun giyinmiştir. Beden ısısı ortalama 36,5 – 37 °C olarak ölçülmüştür. Yüksek ateş öyküsüne bağlı risk ele alınmıştır.	-Hipertermi Riski
<b>Hareket</b>	Monitörizasyon ve IV kateter varlığına bağlı olarak hastada hareket kısıtlılığı meydana gelmiştir. Bunların dışında hastanın arada yaşadığı solunum güçlüğüne bağlı olarak hareket etmeye çekindiği gözlemlenmiştir.	-Aktivite İntoleransı -Yorgunluk
<b>Çalışma ve Eğlence</b>	Hastada uzun süreli hospitalizasyona bağlı gelişen anksiyete varlığı sorgulandığında sosyalizasyondan uzak kalma ve mesleki yeterliliğini yerine getirememeye sebepleri saptanmıştır.	-Etkisiz Rol Performansı
<b>Cinselliğin İfadesi</b>	Hasta, konu hakkında bilgi vermeyi reddetmiştir.	
<b>Uyku</b>	Uzun süreli hospitalizasyon ve konforda bozulmaya sekonder hasta gece uykusuzluk ve gün içinde buna bağlı yorgun hissettiğini belirtmiştir.	-Uyku Örüntüsünde Bozulma
<b>Ölüm</b>	Hasta ve ailesi, var olan tanıya ve komplikasyonlarına bilgisel olarak yeterli oldukları için herhangi bir manevi çekinme ya da korku yaşamamaktadır.	

GYA: Günlük Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli

**Tablo 3.** Roper-Logan-Tierney Hemşirelik Modeline Göre Hemşirelik Yönetimi

Modele Göre Temel İhtiyaçlar*	Hemşirelik Tanıları	Hemşirelik Girişimleri
<b>Güvenli Çevrenin Sürdürülmesi</b>	-Konforda Bozulma: Akut Ağrı	-Ağrının nedeni, yeri, niteliği ve şiddeti saptandı. ( <i>Eklemlerde 5/10 şiddetinde zonklayıcı tipte</i> ) -Dikkatin başka yöne çekilerek ağrının azaltılması sağlayacak yöntemler öğretildi. ( <i>Eşinin desteği ile kısa yürüyüşler, kitap okuma, resimlerdeki nesnelere sayma, bulmaca çözme gibi</i> ) -Yorgunluğun ağrı hissini arttırmasından dolayı gün içerisinde dinlenme fırsatları tanındı. -İhtiyaç halinde reçete edilen analjezik uygulandı. ( <i>500 mg parasetamol</i> )
<b>İletişim</b>	-Anksiyete	-Hastanın anksiyete düzeyi değerlendirildi. ( <i>Beck Anksiyete Ölçeği skoru 22-Orta düzey</i> ) -Anksiyete kesme teknikleri öğretildi. ( <i>Uzağa bakarak içinden 10'a kadar sayma, solunum egzersizi gibi</i> ) -Anksiyete nedenleri belirlenerek bunlar hakkında hasta ve hasta yakınları ile konuşuldu.
	-Duyusal Algısal Değişimler	-Ortamdaki aşırı gürültü ve ışık minimuma indirildi. ( <i>Hasta özel odaya alındı.</i> ) -Hastanın duyuşal değişimleri saptandı, nedeni açıklanarak konu hakkındaki huzursuzluğu ve endişesi azaltıldı. -Hastanın duyuşal değişimlerine bağlı gelişen huzursuzluğunun giderilmesi adına tedaviye ve öz bakımına katılımı bakımından desteklendi. ( <i>Banyoya eşinin desteği ile gitme ancak yüzünü kendisinin yıkaması, dişlerini yatak içi yerine banyoda fırçalama vb.</i> ) -Hasta travma riski bakımından değerlendirildi. ( <i>İtiki Düşme Riski skoru 11</i> )
<b>Solunum</b>	-Solunumu Sürdürmede Etkisizlik	-Hastanın solunumu hız, ritim, solunum sesleri, sekresyon özelliği ve yardımcı kasların katılımı bakımından değerlendirildi. ( <i>18/dk – Raller tipi solunum</i> ) -Hastanın hangi durumlarda solunum güçlüğü çektiği saptandı. ( <i>Genellikle hareket halinde</i> ) -Hasta monitörize edilerek takibi sağlandı. -Hastaya sekresyonu atmaya kolaylaştırmak adına solunum ve öksürük egzersizleri öğretildi.
<b>Beslenme</b>	-Beslenmede Dengesizlik: Beden Gereksiniminden Az	-Hastanın kilo ve boy takibi yapıldı. ( <i>BKİ:19,53</i> ) -Hasta aldığı steroid diyeti bakımından bilgilendirildi. -Hasta ve yakını iştahı kapatacak unsurlar bakımından bilgilendirildi. ( <i>Yemekten önce sıvı tüketimi, tatlı ve kafein gibi iştahı tıkayıcı gıdaların ya da içeceklerin tüketimi vb</i> ) -Günlük besin ihtiyaçlarına göre beslenmeye devam etti.
<b>Boşaltım</b>	-Konstipasyon	-Konstipasyona neden olabilecek risk faktörleri değerlendirildi. ( <i>Dengesiz beslenme, huzursuzluk, hareketsizlik</i> ) -Düzenli olarak barsak sesleri değerlendirildi. ( <i>4-5/dk</i> ) -Hastanın hastane dışı barsak alışkanlıkları değerlendirildi. -Tolere edebildiği ölçüde fiziksel aktivitesi arttırıldı.

**Tablo 3 (Devamı).** Roper-Logan-Tierney Hemşirelik Modeline Göre Hemşirelik Yönetimi

<b>Hareket</b>	-Aktivite İntoleransı	-Hastanın yapması gereken günlük aktiviteler belirlendi. -Hastanın aktivite yapmaya çekindiği konular belirlendi. ( <i>Solumun güçlüğü yaşaması</i> ) -Hastanın dinlenme ve aktivite halinde vital bulguları takip edildi. ( <i>Dinlenme halinde solumun 18/dk, kan basıncı 109/66 mmHg, nabız 77/dk; aktivite halinde solumun 21/dk, kan basıncı 132/86 mmHg, nabız 91/dk</i> ) -Hasta yakını ile iş birliği sağlanarak hareket etmesi için motive edildi.
	-Yorgunluk	-Bireyin yorgunluğunun nedeni ve şiddeti belirlendi. ( <i>Ağrı, hareket ve solumun kısıtlılığına bağlı yorgunluk, Rhoten yorgunluk skalasına göre 5</i> ) -Bireyin 24 saatlik zaman diliminde yorgunluk düzeylerini belirlemesi istendi, buna göre enerjiyi koruma metotları öğretildi. ( <i>Enerjinin en yüksek olduğu zamanlarda egzersiz ve gündelik işleri yapma, eşyaları yakına yerleştirme vb.</i> )
<b>Çalışma ve Eğlence</b>	-Etkisiz Rol Performansı	-Rol performans etkisizliğine neden olan sebepler saptandı. -Durumun iyileşebilir ve geçici olduğu hakkında hasta ve hasta yakını bilgilendirildi. -Hastada gelişen anksiyeteye müdahale edildi, hastanede yapabileceği aktiviteler açıklandı. ( <i>Kitap okumak, tolere edebildiği boyutlardaki egzersizler, bulmaca çözmek vb.</i> )
<b>Uyku</b>	-Uyku Örüntüsünde Bozulma	-Hastanın uyku düzeni değerlendirildi. -Uykuyu etkileyebilecek çevresel faktörler minimuma indirildi. ( <i>Hasta özel odaya alındı.</i> ) -Uykusunu bölebilecek ve uykuyu dalışını zorlandırabilecek durumlar hakkında hasta bilgilendirildi. ( <i>Gece uyumadan önce sıvı alımı, yemek yemek, kafein tüketimi vb.</i> ) -Hastanın gündüz uykularını engellemek için gün içerisinde yapabileceği aktivite ve egzersizler önerildi. -Hastaya ve yakınına uyku hijyeni eğitimi verildi.

**Tablo 4.** Hastanın hospitalizasyonu boyunca bağımlılık-bağımsızlık dizgesi

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Bağımlılık-Bağımsızlık Dizgesi									
	Tamamen Bağımlı					Tamamen Bağımsız				
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Güvenli çevre sürdürülmesi					■					
İletişim									■	
Solumun										■
Beslenme										■
Boşaltım							■			
Kişisel temizlik ve giyinme							■			
Vücut sıcaklığını kontrolü										■
Hareket				■						
Çalışma ve eğlenme				■						
Cinsellik					■					
Uyku ve dinlenme										■
Ölüm										■

**2. Günlük Yaşam Aktiviteleri Bileşeni:** Hastanın 12 alt alandan oluşan GYA bileşenine ait sorunlar ve bunlara yönelik planlanan hemşirelik tanıları Tablo 2’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Bireysel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü ve ölüm alanlarında herhangi bir sorun saptanmazken, diğer dokuz alana ait çeşitli sorunlar saptanmıştır (Tablo 2).

**3. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler Bileşeni:** Modele göre olguların yaşam aktiviteleri; fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, çevresel, politik ve ekonomik faktörlerden etkilenmektedir.

- **Biyolojik faktörler:** Pulmoner ve renal tutulumlu GPA, alevlenme, duyu bozuklukları, eklemelerde şiddetli ağrı, uykusuzluk, hareket kısıtlılığı, gereksinimden az beslenme, solunum güçlüğü ve raller varlığı, konstipasyon.
- **Psikolojik faktörler:** Uzun süreli hospitalizasyon, anksiyete, ailesel ve mesleki rollerini yerine getirememesi (Serbest meslek çalışanı, ücretsiz izinde olmasına bağlı maddi ve kendini “çalışmayı seven bir birey” olarak tanımlanmasına bağlı manevi etkilenme).
- **Sosyokültürel faktörler:** Hasta 12 yıldır var olan GPA konusunda bilinçli ve farkındalığı yüksek olduğu için bakım ve tedavi aktivitelerine katılıyor.
- **Çevresel faktörler:** Monitörize izlenmesi, IV kateter varlığı, gürültü, aydınlatma.
- **Politik ve ekonomik faktörler:** Hastanın sosyal güvencesi mevcut. Ciddi düzeyde bir ekonomik sorun yaşamıyor.

**4. Bağımlılık-Bağımsızlık Dizgesi Bileşeni:** Olgunun acil servise gelişine takiben romatoloji servisine yatışı günlük yaşam aktivitelerine katılım ve yapabilme durumu bağımlılık bağımsızlık dizgisini oluşturmuş ve buna yönelik değerlendirmeler Tablo 4’te verilmiştir.

**5. Yaşamda Bireysellik Bileşeni:** Olgunun GYA’lerini nasıl deneyimlediğine dair bilgiler önceki bileşenlerde aktarılmış olup; güvenli çevrenin sürdürülmesi, boşaltım, kişisel temizlik ve giyinme, hareket, çalışma ve eğlenme, cinsellik aktivitelerini bağımlı, iletişim, solunum, beslenme, vücut sıcaklığı kontrolü, uyku ve dinlenme, ölüm aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebildiği ancak bu aktivitelerin biyolojik, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve ekonomik birtakım faktörlerden etkilendiği görülmüştür.

Tüm bu bileşenler kapsamında GYA’lerine dayalı model baz alınarak hastanın geliş şikayetleri ve mevcut sorunları doğrultusunda hemşirelik girişimleri planlanmış ve Tablo 2’de sunulmuştur (20,21).

## TARTIŞMA

Wegener Granülomatozu (WG) ilk olarak 1931 yılında Klinger tarafından raporlanmış, ancak 1936 yılında Friedrich Wegener tarafından klinik ve patolojik olarak tanımlanmış, 1990 yılında da Amerikan Romatoloji Derneği (American College of Rheumatology - ACR) tarafından tanı kriterleri geliştirilmiştir (1-5):

1. **Anormal idrar sedimenti:** Eritrosit silendireleri ya da her alanda 5’ten fazla eritrosit varlığı
2. **Anormal akciğer grafisi:** Nodül, kavite ya da sabit infiltrasyonlar
3. **Oral ya da nazal inflamasyon varlığı:** Ağrılı veya ağrısız ülserler, pürülan veya kanlı burun akıntısı

**4. Biyopside granülatöz inflamasyon:** Histopatolojik olarak granülatöz iltihabın gösterilmesi

Solunum yollarının granülatöz inflamasyonu ve nekrotizan granülatöz ile karakterize, nadir görülen anti-nötrofil sitoplazmik antikoru (ANCA) ilişkili bir vaskülit çeşidi olan WG, 2011 yılında polianjitis ilişkili granülatöz ya da granülatözisli polianjitis (GPA) olarak yeniden adlandırılmıştır (4,16).

Son yıllardaki tedavi protokolleri ile 10 yıllık sağ kalım oranı %75 olarak hesaplanmıştır. Tedavi almayan hastada sağ kalım süresi yaklaşık beş ay, tedavi gören hastada sağ kalım oranı birinci yıl %90, ikinci yıl %87, beşinci yıl sonunda ise %76 olduğu görülmüştür. Bu nedenle GPA tedavisinde erken tanı ve tedavi mortalite oranını ciddi düzeyde düşürmekle birlikte yaygın tutulumu engellemekte, remisyona geçişi kolaylaştırmakta ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etki sağlamaktadır (5,7,16,17).

Organlara kan akışını kısıtlayan bu iltihaplanma, alt ve üst solunum yolları başta olmak üzere bütün organları, sıklıkla da böbrekleri etkileyebilir. Eğer tutulum sadece solunum yollarını etkilemiş ise “sınırlı GPA”, böbrekleri de etkilemiş ise “yaygın GPA” olarak adlandırılır. İdiyopatik ve multisistemik bir hastalık olan GPA, erken tanılarsa remisyonu sürdürmek mümkündür ancak belirgin alveoler hemoraji ve böbrek yetersizliği hastalığın mortalitesini ciddi düzeyde arttırmaktadır (7,10,17).

Kanlı ve iltihaplı, inatçı burun akıntısı, sinüzit, kulak enfeksiyonları, öksürük, hemoptizi, solunum güçlüğü, göğüs ağrısı, genel halsizlik hali, güçsüzlük, iştahsızlık, beklenmeyen kilo kaybı, eklemelerde iltihaplanmaya bağlı eklem ağrıları ya da şişlik, miksiyon problemleri (hematüri ya da ağrılı miksiyon vb.) ve cilt döküntüleri gibi bulgularla seyreden GPA, tutulum gösterdiği organ ya da organlara göre farklı semptomlar da gösterebilmektedir. Kesin tanı ise yüksek serum c-ANCA tespiti ve nekrotizan vaskülit ve granülatöz inflamasyon görülmesi ile konulmaktadır (5,8,18).

Ele aldığımız olgu da literatürde belirtildiği yaş aralığında olup; belirti ve bulguların tümünün görülmesiyle 2007 yılında ilk kez tanı almıştır. Yaygın GPA görülen olguda inatçı burun akıntısı, öksürük, hemoptizi, solunum güçlüğü, genel halsizlik, iştahsızlık, eklem tutulumlarına bağlı olarak eklem ağrıları ve ciltte kuruluk belirtileri kaydedilmiştir. Uzun süredir remisyonda olan hasta, pnömoni görülmesi sonrasında yeniden alevlenme dönemine girerek belirtilerinin şiddetlenmesiyle acil servise başvurmuştur.

Tedavi edilmediği ve remisyon sürdürülmediği takdirde GPA bütün sistemleri etkisi altına alabilir, hatta mortalite ile sonuçlanabilir. Tedavisiz olgularda ortalama sağ kalım süresi beş aydır. Tedavide standart olarak siklofosamid ve prednizolon kullanılmaktadır. Eğer hastalığı tetikleyen veya remisyonu sürdürmeye engel olan başka bir hastalık varsa, normal tedavi sürecinin yanında ortaklaşa metotlarla tedavi edilmelidir (3,5,7,8,18,19). Standart GPA tedavi prosedürü uygulanan ve geçmiş pnömoni tedavi öyküsü bulunan olguda, nüks şüphesiyle dördümlü tüberküloz tedavisi uygulanmıştır. GPA için sülfometaksazol-trimetoprim 400/80 mg 1x1 ve böbrek tutulumundan dolayı ramipril 10 mg 1x1 kullanılan

hastada, dörtlü tüberküloz tedavisine (HRZE | etambutol 1000 mg 1x2, pirazinamid 500 mg 1x3, rifampisin 300 mg 1x2 ve isoniyazid 300 mg 1x1) ek olarak kortikosteroid tedavisi de aldığı için 1x1 40 mg proton pompa inhibitörü de kullanılmıştır. On üç günlük tedavisi sonunda GPA remisyonu yeniden sağlanmış ancak tüberküloz tedavi etkinliğini görmek adına yapılan ARB (Balgamda Asidorezistan Basil) pozitif geldiği için hasta göğüs hastalıkları servisine sevk edilerek tedavisi orada devam etmiştir.

Sonuç olarak GPA nadir görülen, anormal seyredabilen, inflamasyon ve organ hasarı ile karakterize potansiyel hayatı tehdit eden bir hastalıktır. Belirsiz semptomlar tanı ve tedaviyi geciktirebilmektedir. Multisistemik tutulum gösterdiği için yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etkiye sahip olan GPA'da, günlük yaşam aktivitelerine dayalı Roper-Logan-Tierney Hemşirelik Modeli'nin kullanımının, bireyin holistik ve hümanistik bir yaklaşımla değerlendirilmesi, bu kapsamda bireyselleştirilmiş bir hemşirelik bakımının planlanması, kolay uygulanması nedeniyle uygun olduğu ve hastanın tedaviye katılımını arttırdığı görülmüştür. Çalışmanın sonucunda bu modelin, kullanımı nadir görülse de kronik hastalığı olan bireylerin hastalık yönetiminde ve hemşirelik bakımı planlamasında etkili ve kullanılabilir bir model olacağı düşünülmektedir. Ancak modelin daha fazla olguda kullanılarak etkinliği desteklenmelidir.

**Yazarların Katkıları:** Fikir /Kavram: N.B., B.N.O.U.; Tasarım: N.B., B.N.O.U.; Denetleme: N.B., B.N.O.U.; Kaynaklar: N.B., B.N.O.U.; Veri Toplama N.B., B.N.O.U.; Analiz ve Yorum N.B., B.N.O.U.; Literatür Taraması: N.B., B.N.O.U.; Yazıyı Yazan: N.B., B.N.O.U.; Eleştirel İnceleme: B.N.O.U.

#### KAYNAKLAR

1. Aydın Z, Gürsu M, Karadağ S, Uzun S, Tatlı E, Tayfur F, ve ark. Metastatik akciğer kanserini taklit eden wegenger granülozozu, plazmaferez uygulaması. *Med Bull Haseki*. 2010; 48: 85-8.
2. Hoffman GS, Kerr GS, Leavitt RY, Hallahan CW, Lebovics RS, Travis WD, et al. Wegenger granülozozu: An analysis of 158 patients. *Ann Intern Med*. 1992; 116: 488-98. doi: 10.7326/0003-4819-116-6-488.
3. Gómez-Gómez A, Martínez-Martínez MU, Cuevas-Orta E, Bernal-Blanco JM, Cervantes-Ramirez D, Martínez-Martínez R, et al. Pulmonary manifestations of granülozozu with polyangiitis. *Reumatología Clínica*. 2014; 10: 288-93. doi: 10.1016/j.reumae.2014.03.007.
4. Falk RJ, Gross WL, Guillevin L, Hoffman G, Jayne DRW, Jennette JC, et al. Granülozozu with polyangiitis (Wegenger's): an alternative name for Wegenger's granülozozu. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2011; 70: 704-5. doi: 10.1136/ard.2011.150714.
5. Düzgün N. Wegenger Granülozozu. *Romatoloji Kitabı*. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2014.p.348-52. Erişim tarihi: 12.12.2019. Erişim adresi: <http://ichastaliklariromatoloji.medicine.ankara.edu.tr>.
6. Jayne, D., FRCP European Vasculitis Study Group (EUVAS). Update on the European vasculitis study

- group trials. *Curr. Opin Rheumatol*. 2001; 13: 541-9. doi: 10.1097/00002281-200101000-00008.
7. Gopaluni S, Jayne D. Clinical trials in vasculitis. *Current Treatment Options in Rheumatology*. 2016; 2; 1-17. doi: 10.1007/s40674-016-0045-8.
8. Turhan U, Özkısa T, Kaçmaz B, İnan K, Tozkoparan E. Wegenger granülozozu. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*. 2017; 27(1): 69-72. doi: 10.5222/terh.2017.069.
9. Boğa Mert S, Köşgeroğlu N. Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeline göre zihinsel engelli bireylerin sorunları ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011; 4(1): 148-54.
10. Craven RF, Hirnle CJ. *Fundamentals of nursing. Human Healthand Function*. 4th ed. Lippincott. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2010. p. 126-37.
11. Jenkins J, Solomon J, Whittam S. *Applying the Roper, Logan, Tierney model in practice*. 2nd ed. Elsevier Limited; 2012. p. 446-53.
12. Roper N, Logan W, Tierney AJ. *The elements of nursing a model for nursing based on a model of living*. 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1996.
13. Pokorny ME. Nursing theorists of historical significance. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. *Nursing Theorists and Their Work*. 7th ed. USA: Mosby Elsevier; 2010. p. 63-5.
14. Bilgiç Ş, Çelikkalp Ü, Sarıkaya N. Nekrotizan fasiitli bir olgunun yaşam modeli doğrultusunda tanılanması. *GÜSBDD*. 2017; 6(4): 320-5.
15. Akça Ay F. Kuram nedir? Mesleki kuramlar ve teorisyenler. Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler. Akça Ay F, editör 3. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011. s.44-56.
16. Türkcapar N. Romatizmal hastalıklar ve merak ettikleriniz. *Wegenger Granülozozu*. [İnternet] [Güncelleme tarihi: 2015; Erişim tarihi: 12.12.2019]. Erişim adresi: <https://www.romatizmahastaliklari.com/wegenger-granulomatozu/>.
17. De Groot K, Harper L, Jayne DR, Flores Suarez LF, Gregorini G, Gross WL, et al. Pulse versus daily oral cyclophosphamide for induction of remission in antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis: A randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 670-80. doi: 10.7326/0003-4819-150-10-200905190-00004
18. Olivencia-Simmons I. Wegenger's granülozozu: Symptoms, diagnosis, and treatment. *American Academy of Nurse Practitioners*. 2007; 19: 315-20. doi: 10.1111/j.1745-7599.2007.00231.x
19. Bozkurt MT, Bozer M, Demirtaş A, Dönmez F, Göçer M, Hasanov E, ve ark. Solunum yollarını tutan Wegenger granülozozu; olgu sunumu. *Genel Tıp Derg*. 2016; 26(3): 100-2.
20. Carpenito-Moyet LJ, editor. *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. Lippincott, Philadelphia: Williams & Wilkins; 2006.
21. Vicdan AK, Karabacak BG, Alpar ŞE. 2012-2014 NANDA-I hemşirelik tanılarının yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeline göre sınıflandırılması. *International Journal of Human Sciences*. 2015; 12(2): 1626-36.