

# Sjögren Sendromlu Hastanın Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

## Nursing Care of a Patient with Sjögren's Syndrome Based on the Functional Health Pattern Model: A Case Report

Aysenur ATA<sup>1</sup>, Hamdiye Banu KATRAN<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup> Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

**Sorumlu Yazar:** Aysenur Ata

**E-mail:** a.n.yilmaz97@gmail.com

**Gönderme Tarihi:** 28.11.2025

**Kabul Tarihi:** 14.01.2026

### ÖZ

**Amaç:** Bu olgu sunumu, Sjögren sendromu tanısı alan ve yoğun bakım ünitesinde izlenen bir hastaya verilen hemşirelik bakımının Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli (FSÖM) temelinde değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

**Olgu:** 54 yaşında erkek hasta, yeni Sjögren sendromu tanısı ile göğüs hastalıkları kliniğinde pnömoni ön tanısı nedeniyle takip edilmiştir. Klinik tablonun kötüleşmesi üzerine romatoloji konsültasyonu sonrası steroid ve immünsüpresif tedavi başlanmıştır. Akciğer tutulumu ve hipoksemi gelişmesi üzerine hasta entübe edilerek yoğun bakım ünitesine alınmıştır. FSÖM kapsamında hastanın 11 fonksiyonel sağlık örüntüsü alanı değerlendirilmiş; "Etkisiz solunum örüntüsü", "Enfeksiyon bulaştırma riski", "Kardiyovasküler fonksiyonda bozulma riski", "Yatak içi hareketlilikte bozulma", "Oral mukoz membranda bozulma riski" ve "Düşme riski" tanıları belirlenmiş; uygun hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

**Bulgular:** Hastanın klinik durumu Sjögren sendromuna bağlı sistemik tutulumlarla ağır seyretmiş, enfeksiyon bulguları ve solunum yetmezliği belirginleşmiştir. Uygulanan hemşirelik girişimleri ile komplikasyonların yönetimi desteklenmiş ancak hasta yoğun bakıma yatışının 4. gününde exitus olmuştur.

**Sonuç:** Sjögren sendromunda sistemik komplikasyonların çok yönlü seyrine bağlı olarak hemşirelik bakımının FSÖM temelinde planlanması, bütüncül ve bireyselleştirilmiş yaklaşımın sağlanması açısından önemlidir. Fonksiyonel sağlık örüntülerine dayalı sistematik bakım planı, olası komplikasyonların erken tanınmasına ve bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sjögren Sendromu; Hemşirelik Bakımı; Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli; Yoğun Bakım Ünitesi; Olgu Sunumu

### ABSTRACT

**Objective:** This case report aims to evaluate the nursing care provided to a patient diagnosed with Sjögren's syndrome based on Marjory Gordon's Functional Health Patterns Model (FHPM).

**Case Presentation:** A 54-year-old male patient newly diagnosed with Sjögren's syndrome was hospitalized with a preliminary diagnosis of pneumonia. Clinical condition deteriorated, and immunosuppressive therapy was initiated after rheumatology consultation. Due to pulmonary involvement and hypoxemia, the patient was intubated and transferred to the intensive care unit (ICU). Within the framework of the FHPM, eleven functional health patterns were assessed, and the nursing diagnoses of "Ineffective breathing pattern," "Risk for infection transmission," "Risk for impaired cardiovascular function," "Impaired bed mobility," "Risk for impaired oral mucous membrane," and "Risk for falls" were identified and managed with appropriate nursing interventions.

**Results:** The patient's condition worsened due to systemic complications associated with Sjögren's syndrome, characterized by infection and respiratory failure. Despite comprehensive nursing interventions, the patient died on the fourth day of ICU admission.

**Conclusion:** Systematic nursing care based on the Functional Health Patterns Model ensures a holistic and individualized approach to patients with Sjögren's syndrome, facilitating early identification of potential complications and improving the quality of care.

**Keywords:** Sjögren's Syndrome; Nursing Care; Functional Health Patterns Model; Intensive Care Unit; Case Report

## 1. GİRİŞ

Sjögren sendromu (SJS), ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. Temel olarak tükürük ve gözyaşı bezleri etkilenmektedir. Buna bağlı olarak da hastalarda ağız kuruluğu ve göz kuruluğu gelişir. Kadınlarda daha sık görülür ve özellikle vajinal kuruluk kadınlarda görülen semptomlar arasında yer almaktadır. Sjögren sendromu yönetimi doğru tanı ile başlar, çünkü glandüler özellikler (göz ve ağız hastalığı) SJS hastasının yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Fox, 2005; Leone ve ark., 2017).

Sjögren sendromu primer (pSJS) ve sekonder (sSJS) olmak üzere 2 alt grupta incelenir. Primer SJS'nin akciğer tutulumunda, çeşitli hava yolu anormallikleri, intersitisyel akciğer hastalığı ve değişik paternlerde kistik değişiklikler saptanabilmektedir. Solunum sisteminin subklinik tutulumu %65'e varabilen sıklıktadır. Pulmoner tutulum Sjögren sendromunda mortal seyredebilmektedir. Sekonder SJS genellikle romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus (SLE) ve skleroderma gibi sistemik otoimmün hastalıklarla birlikte ortaya çıkmaktadır (Alpay ve ark., 2009; Jonsson ve ark., 2002; Kaplan ve ark., 2022).

Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli (FSÖM) bireyin gereksinimlerini fonksiyonel alanda ele alan, hemşirelikte tanı koymayı kolaylaştıran, veri toplama işlemlerini standardize eden, bireyselleştirilmiş bakım yapmayı hedefleyen, potansiyel problemlerin oluşmasını önleyen ve bireyi bir bütün olarak ele alan bir modeldir (Enç ve ark., 2015).

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre veriler 11 başlık altında toplanmaktadır. *Sağlığı algılama-Sağlığın yönetimi*, kişinin iyilik halini ve sağlığını algıladığını ve yönettiğini açıklar. *Beslenme ve metabolik durum*, bireyin metabolik ihtiyaçlarına göre yeme-içme ve tüketimine ilişkin sorular içerir. *Boşaltım şekli*, mesane, bağırsaklar ve cilt durumunu belirtir. *Aktivite-egzersiz şekli*, bireyin aktiviteleri, yaptığı egzersizler, eğlence biçimi ve boş vaktini değerlendirme biçimini açıklar. *Bilişsel algılama şekli alanında* bireyin duyuşsal algılaması ve biliş durumu ele alınır. *Uyku-istirahat şekli*, bireyin uyku, istirahat ve relaksasyon biçimlerini tanımlar. *Kendini algılama-kendini kavrama şekli*, bireyin kendini nasıl algıladığını, rahatlatma şeklini, beden bilincini ve duyuşsal durumunu tanımlar. *Rol ve ilişki şekli*, bireyin üstlendiği rol ve ilişkileri açıklar. *Cinsellik ve üreme*, cinsel yaşamındaki doyum/doyumsuzluk ve üremeye ilişkin özellikleri içerir. *Stres ile baş etme/tolere etme şekli*, bireyin stres ile baş etme becerilerini ve uyumunu tanımlar. İnanç ve değerler alanı, bireyin değerleri, ruhsal durumu, karar ve seçeneklere yön veren amaçları ve inançlarını kapsar (Birol, 2013).

Sjögren sendromu olan hastayı değerlendirirken sadece klinik bulgulara özgü semptomlar değil, hastanın fizyolojik yeterlilik ve psikososyal özelliklerin de bütüncül bir yaklaşım ile değerlendirilmesi gerekmektedir. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının oluşmasını sağlayan kapsamlı bir modeldir. Bu modelin kullanılarak, Sjögren sendromunun çok yönlü etkilerinin belirlenmesine ve hastaya özgü hemşirelik bakım planının oluşmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu olgu

sunumunda, Sjögren sendromu tanısı alan hastanın Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının planlanması amaçlanmıştır.

## 2. OLGU SUNUMU

### Hastanın Genel Tanıtımı

54 yaşında erkek hasta, Sjögren sendromu tanısını 22 Ocak 2024 tarihinde almış olup eşlik eden Diabetes Mellitus (DM), Hipertansiyon (HT) ve Kronik Kalp Yetmezliği (KKY) tanıları mevcuttur. Hasta, 26 Şubat 2024 tarihinde pnömoni ön tanısı ile göğüs hastalıkları kliniğinde yatırılarak takip edilmiştir. Konsey değerlendirmesi sonucunda Sjögren sendromuna bağlı akciğer tutulumu düşünülmüş ve steroid tedavisinin yanı sıra hidroklorokin sülfat 200 mg ve mikofenolat mofetil tedavisi başlanmıştır. Akciğer görüntülemelerinde yer yer buzlu cam opasiteleri ve sağ alt lob bronşta sekresyon izlenmiştir. Klinik seyri sırasında solunum yetmezliğinin ilerlemesi üzerine hasta elektif olarak entübe edilerek yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır.

Bu olgu sunumu için hasta yakınından yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

### Olgunun Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü Modeli Temelinde Değerlendirilmesi

#### 1. Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi

26 Şubat 2024 tarihinde pnömoni ön tanısı ile göğüs hastalıklarında takip edilen 54 yaşında erkek hasta, Sjögren sendromu yeni tanısı alan (22 Ocak 2024) ve bilinen DM, HT, KKY olan Olgu H, göğüs hastalıkları kliniğinde bir hafta antibiyotik tedavisi ile takip edilmesine rağmen klinik durumunun gerilememesi üzerine konsey kararı ile Sjögren akciğer tutulumu olarak değerlendirilmiş ve steroid tedavisinin yanı sıra Hidroklorokin sülfat 200 mg ve Mikofenolat mofetil başlanmıştır. Akciğer filminde yer yer buzlu cam ve sağ alt lob bronşta sekresyon olduğu görülmüştür. Hastanın Sjögren tanısına bağlı akciğer parankim hasarının olmasından dolayı romatoloji kliniğine devredilmesi ve tedavisinin düzenlenmesi planlanmıştır. 11 Mart 2024 tarihinde romatoloji kliniğinde takip edilen Olgu H'ye 3 gün boyunca metilprednisolon tedavisine başlanılmıştır. Kanlı balgam ve C-reaktif protein (CRP)>106 mg/dl üzerine çıkması üzerine etken maddeleri trimetoprim + sulfametoksazol linezolid, meropenem eklenmiştir. 18 Mart 2024 tarihinde sPO2<%60'ın düşmesi Glaskow Koma Skalası (GKS) 3 puan olması sebebiyle mavi kod verilmiş, elektif entübe edildikten sonra yoğun bakım ünitesine interne edilmiştir. Genel durum kötü, hipotansif olan hastanın pupiller izokorik (+/+) değerlendirilmiş olup, kalp ritmi aritmik, kalp tepe atımı vazopressör eşliğinde 85-90/dk, sPO2 %88-92 oranlarında seyretmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1: Hastanın Yaşam Bulguları**

| Yaşam Bulguları               | 18.03.2024 | 19.03.2024 | 20.03.2024 | 21.03.2024 | 22.03.2024 |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Nabız (atım/dk)               | 95         | 100        | 88         | 75         | 65         |
| Vücut Isısı (°C)              | 37,0       | 36,9       | 36,9       | 36,7       | 36,5       |
| Saturasyon (%)                | 88 (MV)    | 92 (MV)    | 85 (MV)    | 82 (MV)    | 80 (MV)    |
| Arteriyel Kan Basıncı (mg/Hg) | 135/79     | 98/45      | 108/55     | 98/60      | 78/40      |
| Solunum (dk)                  | *_         | *_         | *_         | *_         | *_         |

\*18.03.2024-22.03.2024 tarihleri arasında Olgu H. Mekanik Ventilatore (MV) bağlıdır.

**Tablo 2. Hastaya Ait Laboratuvar ve Kültür Sonuçları**

| Kan Parametreleri                                   | Tarih                          |              |                               |               | Referans Aralığı |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------|---------------|------------------|
|                                                     | 18.03.2024                     | 19.03.2024   | 21.03.2024                    | 22.03.2024    |                  |
| Glukoz (mg/dl)                                      | <b>288</b>                     | <b>327</b>   | <b>232</b>                    | 100           | 74-106           |
| Kreatinin (mg/dl)                                   | 0.88                           | 1.03         | 1                             | <b>1.22s</b>  | 0,67-1,17        |
| AST (U/L) (Aspartat aminotransferaz)                | 33                             | 33           | <b>53</b>                     | <b>62</b>     | 0-50             |
| ALT (U/L) (Alanin aminotransferaz)                  | 43                             | 42           | 49                            | 50            | 0-50             |
| CK (Kreatin Kinaz) (U/L)                            | 38                             | -            | 66                            | <b>210</b>    | 0-171            |
| Total Bilirubin (mg/dl)                             | 0.49                           | 0.51         | 0.53                          | -             | 0,2-1,2          |
| Albumin (gr/dl)                                     | 30.0                           | 27.0         | 25.0                          | 24.0          | 35-52            |
| Sodyum (mmol/L)                                     | 128                            | 130          | 133                           | 139           | 136-146          |
| Potasyum (mmol/L)                                   | <b>4.25</b>                    | <b>5</b>     | <b>5.1</b>                    | <b>5.59</b>   | 3.5-4.1          |
| Kalsiyum (mg/dl)                                    | 7.28                           | 6.39         | 6.80                          | 6.36          | 8,8-10,2         |
| Lökosit (10 <sup>3</sup> /uL)                       | 10                             | 10.00        | <b>23.86</b>                  | <b>20.14</b>  | 4,8-10,8         |
| Eritrosit (10 <sup>6</sup> /uL)                     | 5.19                           | 5.09         | 4.99                          | 4.93          | 4,70-6,10        |
| Hemoglobin (g/dl)                                   | 13.4                           | 13.1         | 12.9                          | 12.6          | 14,0-18,0        |
| Hematokrit (%)                                      | <b>39</b>                      | <b>39.2</b>  | <b>39.4</b>                   | <b>39.3</b>   | 27-31            |
| Trombosit (10 <sup>3</sup> /uL)                     | 126                            | 164          | 126                           | 90            | 130-400          |
| LY%                                                 | 3.3                            | 3.4          | 1                             | 2.4           | 20-50            |
| NE%                                                 | <b>92.8</b>                    | <b>93.6</b>  | <b>97.2</b>                   | <b>95</b>     | 43,0-65,0        |
| MO%                                                 | 3.9                            | 2.9          | 1.7                           | 2.5           | 8,5-11,7         |
| pH                                                  | 7.437                          | 7.295        | 7.125                         | 6.936         | 7,350-7,450      |
| pCO <sub>2</sub> (mmHg)                             | 29.3                           | <b>50.9</b>  | <b>59.8</b>                   | <b>78.1</b>   | 35-45            |
| pO <sub>2</sub> (mmHg)                              | 46.6                           | 53.1         | 44.6                          | 32            | 83-108           |
| Lac (mmol/L)                                        | <b>4.9</b>                     | 1.5          | <b>2.1</b>                    | <b>7.9</b>    | 0,5-1,6          |
| SO <sub>2</sub> %                                   | 78.4                           | 81.7         | 75.7                          | 52.5          | 95,0-99,0        |
| PTZ-sn<br>(Protrombin Zamanı)                       | 10.95                          | 11.4         | 11.8                          | 12.3          | 9,7-14,8         |
| APTT (sn)<br>(Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı) | 22.35                          | 26.3         | 27.1                          | 34.7          | 24,8-35          |
| INR (International Normalized Ratio)                | 1                              | 0.96         | 1                             | 1.05          | 0,8-1,2          |
| CRP (C-reaktif protein) (mg/L)                      | <b>25.2</b>                    | <b>22.67</b> | <b>86.96</b>                  | <b>111.79</b> | 0-3,5            |
| Üre (mg/dl)                                         | <b>87.6</b>                    | <b>86.5</b>  | <b>121.1</b>                  | <b>160.6</b>  | 17-43            |
| Trakeal kültür                                      | <i>Acinetobacter baumannii</i> | -            | <i>Haemophilus influenzae</i> | -             | -                |

Midazolam ve remifentanil hidroklorür ile sedatize edilmiş, rutin kan, trakea ve idrar kültürü alınmıştır. Trakea kültür sonucu 18.03.2024 tarihinde *Acinetobacter baumannii* ve 20.03.2024 tarihinde *haemophilus influenzae* olarak üreme gelişmiştir. Hastaya ait laboratuvar bulguları günlük değerlendirilmiştir (Tablo 2).

Trakeadan gelen bol miktarda pürülan sekresyon mevcut olup akciğerin alt parankiminde infiltrasyon mevcuttur (Şekil 1). Yoğun bakım ünitesinde hastaya sedasyon, vazopressör ve antibiyotik tedavisi almasından dolayı santral venöz

kateter açılmıştır. Üriner kateter ve nazogastrik sonda takılarak saatlik takip edilmiştir. Hasta mekanik ventilatörün senkronize aralıklı zorunlu ventilasyon (synchronised intermittent mandatory ventilation-SIMV) modunda FiO<sub>2</sub> %100 ve Peep 9 olacak şekilde ayarlanıp entübe takip edilmiştir. Kardiyoloji konsültasyonu ile ekokardiyografi (EKO) yapılmış ve ejeksiyon fraksiyon (EF) değerinin %35-40 olduğu görülmüştür. Hastanın yatışından taburcu edilmesine kadar yaşam bulguları ve laboratuvar tetkikleri takip edilmiştir. Hemşire lokal ve sistemik enfeksiyon parametrelerini takip etmiş ve kayıt altına almıştır. Günlük yatak içi banyo kurumda

bulunan hazır silme bezleri aracılığıyla uygulanmış, ağız bakımı antiseptik solüsyonlar kullanılarak günde en az iki kez yapılmış, göz kuruluğunu ve enfeksiyonu önlemek amacıyla serum fizyolojik ile günde 2 kez göz bakımı sağlanmıştır.



**Şekil 1:** Olgu H 18.03.24 tarihine ait akciğer görüntüsü

## 2. Beslenme ve Metabolik Durum

Olgu H'nin boyu 1,80 cm ve kilo 95 kg, beden kitle indeksi (BKİ) 29,3 kg/cm<sup>2</sup> olarak hesaplanmıştır. Hastanın yoğun bakım ünitesine yatışında hekim tarafından nazogastrik sonda takılmış fakat yüksek doz ikili vazopressör almasından dolayı beslenme başlanamamıştır. Enfeksiyon parametrelerinin yüksek olmasından dolayı parenteral beslenmeye geçilememiştir. Hastanın vücut ısısı stabil seyretmiştir.

Sjögren sendromuna bağlı ağız mukozası günde en az 3 kez değerlendirilmiş olup, klorheksidin içeren ağız bakım solüsyonu ile bakımı yapılmıştır. Dışında herhangi bir çürük görülmemiştir. Ağız içi kuruluk açısından sık sık değerlendirilip gözlemler kayıt altına alınmıştır. Ağız içerisinde beyaz renkte mantarimsı bir görüntü görülmüş olup hekime bildirilmiştir. Hasta basınç yarası yönünden de değerlendirilmiş Braden Risk Değerlendirme Ölçeğine göre 10 puan olarak hesaplanmıştır.

## 3. Boşaltım Şekli

18 Mart 2024 tarihinde yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan Olgu H'ye üriner sonda takılmıştır. Günlük bağırsak sesleri hekim/ hemşire tarafından değerlendirilmiştir. Diürez günlük olarak değerlendirilmiş olup saatlik idrar takibi hemşire tarafından yapılmış ve hemşire gözlem kağıdına kaydedilmiştir.

İdrar rengi koyu sarı ve miktarında azalma olduğu görülmüş ve hekime haber verilmiştir. Mayi infüzyonun miktarı artırılmış 200cc/h, denge 0-500cc olacak şekilde hesaplanmıştır. Bir haftalık yatışı boyunca gaita çıkışı olmamış, hekime haber verilmiştir. Bağırsak seslerinin normal olması ve batının rahat olmasından dolayı herhangi bir ilaç yapılmamıştır.

## 4. Aktivite ve Egzersiz Şekli

Olgu H'nin sedasyon altında olmasından dolayı sabahları fizyoterapist eşliğinde Range of Motion (ROM) egzersiz yaptırılmıştır. Hastaya iki saatte bir yatak içi pozisyon verilip, dört saatte bir ise ödem takibi yapılmış ve her iki üst/alt ekstremiteler elevasyona alınmıştır. Braden Risk Değerlendirilmesi her gün takip edilmiş, cilt bütünlüğü günlük değerlendirilmiş ve hemşire gözlem kağıdına kaydedilmiştir. Olgu H'de herhangi bir siyanoz görülmemiş, kapiller geri dolum 1-2 saniye olduğu tespit edilmiştir.

## 5. Uyku ve İstirahat Şekli

Olgu H ikili sedasyon altında olduğu için sorgulanamamıştır.

## 6. Bilişsel Algılama Şekli

Olgu H sedasyon altında GKS 3-4 puan olarak değerlendirilmiştir. Pupiller izokorik (+/+) değerlendirilmiştir. Gözlerinin kapalı olmasından dolayı göz içi günde 2-3 kez kızarıklık ve kuruluk açısından değerlendirilmiştir. Serum fizyolojik ve hekim isteği ile göz damlası kullanılmıştır.

## 7. Kendini Algılama, Kendini Kavrama Şekli

Sedasyon altında değerlendirilememiştir.

## 8. Rol-İlişki Şekli

Yoğun bakım ünitesinde refakatçi bulunmaması nedeniyle aile üyeleri arasındaki ilişki değerlendirilememiştir.

## 9. Cinsellik ve Üreme

Sorgulanamamıştır.

## 10. Stres ile Başetme/Tolere Etme Durumu

Sorgulanamamıştır.

## 11. İnanç ve Değerler Şekli

Sorgulanamamıştır.

Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü Modeline göre 11 fonksiyonel sağlık örüntüsü alanında değerlendirilen hasta için hemşirelik tanıları belirlenmiştir. Bu tanıları "Etkisiz solunum örüntüsü", "Enfeksiyon bulaştırma riski", "Kardiyovasküler fonksiyonda bozulma riski", "Yatak içi hareketlilikte bozulma", "Oral mukoz membranda bozulma riski" ve "Düşme riski" olarak belirlenmiş; uygun hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

Hasta için belirlenen ve uygulanan hemşirelik tanıları Tablo 3'te sunulmuştur.

**Tablo 3:** Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü Modeli'ne göre Olgu H için Belirlenen Hemşirelik Tanıları

| F5ÖM***                                                 | Hemşirelik Tanılaması                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Planlama                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Hemşirelik Girişimleri                                                                 | Uygulama                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Değerlendirme |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Amaç/ Hedefler                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |
| Alan 11: Güvenlik/Koruma<br>Sınıf 2.Fiziksel Yaralanma  | <p><i>Objektif veriler</i><br/>GKS: 3 puan<br/>Hastanın genel durumunun stabil olmaması</p> <p><i>İtali Düşme Riski Ölçeği: 16 puan</i><br/><i>Subjektif Veriler</i><br/>—</p> <p><b>Hemşirelik Tanısı:</b> Oryantasyonun bozuk olması, ilaç kullanımı ve düşük GKS skoru ile ilişkili "Düşme Riski"</p>                                                                                                     | <p><i>Kısa Vadeli Amaçlar/Hedefler</i><br/>Düşmeyi önlemek<br/><i>Uzun Vadeli Amaçlar/Hedefler</i><br/>Travmaları önlemek</p>                                                                                                                             | <p>Günlük olarak İtali Düşme Riski Ölçeği ile düşme riski değerlendirilmiştir (16 puan)<br/>Yatak kenarları kaldırılmıştır, yatak frenleri kapalı olarak (4x1) takip edilmiştir<br/>Hastanın günlük GKS takibi yapılmıştır (4x1)<br/>Hastanın kapisına dört yapraklı yonca figürü takılmıştır<br/>Hastaya hekim istemi ile fiziksel kısıtlamaya (dört ekstremité) alınmıştır</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Uygulandı<br/>Uygulandı<br/>Uygulandı<br/>Uygulandı<br/>Uygulandı</p>               | <p>Herhangi bir travma gerçekleşmemiştir</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |
|                                                         | <p><i>Objektif Veriler</i><br/>Kültür sonucunda trakeada Acinetobacter baumanii (18.03.24) ve Haemophilus influenzae (20.03.24) üremesi<br/>CRP: 86,96 mg/L<br/>Santral venöz kateter ve foley sonda varlığı, mekanik ventilatöre bağlı olması<br/><i>Subjektif Veriler</i><br/>—</p> <p><b>Hemşirelik Tanısı</b><br/>Hastanın kültür sonucunda enfeksiyon üremesine bağlı "Enfeksiyon Bulaştırma Riski"</p> | <p><i>Kısa Vadeli Amaçlar/Hedefler</i><br/>Mevcut enfeksiyonu kontrol altına almak<br/>Yaşam bulgularının (vücut ısı, solunum sayısı) normal aralıkta sürdürmek<br/><i>Uzun Vadeli Amaçlar/Hedefler</i><br/>Yeni bir enfeksiyon oluşmasını engellemek</p> | <p>Hasta yoğun bakım ünitesinde tedavi ve bakım süresince izolasyon odasında takip edilmiştir<br/>Hastanın santral venöz kateter pansumanları yapılmıştır ve kateter venöz sabitleyici ile takip edilmiştir (haftada 1).<br/>Hastaya temas izolasyon figürü (kırmızı yıldız) kapisına takılmıştır<br/>Hastadan önce ve sonra el hijyeni sağlanmıştır.<br/>Hastaya bakım ve tedavide gerekli koruyucu ekipman kullanımı sağlanmıştır (maske, tek kullanımlık önlük, eldiven).<br/>Sekresyon miktarı, rengi ve kokusu takip edilmiştir<br/>Hastanın aspirasyonu steril şekilde yapılmıştır.<br/>Hasta enfeksiyon belirti ve bulguları açısından izlenmiştir (vücut ısı, santral venöz kateterinin çevresinde kızanık, lökosit, lenfosit, kan, idrar, trakea kültürü).</p> | <p>Uygulandı<br/>Uygulandı<br/>Uygulandı<br/>Uygulandı<br/>Uygulandı<br/>Uygulandı</p> | <p>Hemşirelik tanısına yönelik yapılan girişimler sonucunda sekresyonun da azalma olmadığı ve koyu yapışkan bir sekresyonu olduğu gözlemlendi<br/>Hasta gerekli antibiyotik tedavisini almıştır ve CRP değerinin 111,79 mg/dl olduğu görüldü.<br/>Hastanın trakeal kültür sonuçlarında üreme olduğu görüldü (Tablo 3)<br/>Hastanın santral venöz kateterinin etrafında herhangi bir kızarıklık, akıntı gözlenmedi</p> |               |
| Alan 11: Güvenlik/Koruma<br>Sınıf 2. Fiziksel Yaralanma | <p><i>Objektif veriler</i><br/>Hastanın entübe olması<br/>Beslenmede yetersizlik<br/>Nazogastrik tüpün takılı olması<br/>Sjögren Sendromu olması<br/><i>Subjektif veriler</i><br/>—</p> <p><b>Hemşirelik Tanısı</b><br/>Entübasyon ve nazogastrik tüpünün varlığına bağlı "Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski"</p>                                                                                           | <p><i>Kısa Vadeli Amaçlar/Hedefler</i><br/>Yeterli ağız hijyenini sağlamak<br/>Oral mukoz kavitede herhangi bir yara aft oluşmasını önlemek<br/><i>Uzun Vadeli Amaçlar/Hedefler</i><br/>Oral mukoz kavitede yara-aft oluşmasını sağlamak</p>              | <p>Hastanın ağız mukozası Ağız Değerlendirme Rehberi (ADR) kullanılarak değerlendirilmiştir<br/>Hastaya 6x1 ağız bakımı yapılmış olup klorheksidin içeren ağız bakım solüsyonu kullanıldı<br/>Dudagina hastane protokolünde bulunan nemlendirici krem sürülmüştü<br/>Her ağız bakımında entübasyon tüpünün yeri değiştirilmiştir<br/>Günde 1 kez NG pansuman değiştirilmiştir</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Uygulandı<br/>Uygulandı<br/>Uygulandı<br/>Uygulandı<br/>Uygulandı<br/>Uygulandı</p> | <p>Dişinde herhangi bir çürük görülmedi<br/>Ağız içerisinde beyaz renkte mantarimsı bir görüntü görülmüş olup hekime bildirildi<br/>ADR puanı 9 bulunmuştur (ADR puanı 8-24 arasında değişir. Ağız bakım sıklığı, ADR 8 puan ise 3x1; 9-19 puan ise 6x1; &gt;20 puan ise 12x1 olarak planlanmalıdır)</p>                                                                                                              |               |

|                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alan 4: Aktivite/Dinlenme<br>Sınıf 2. Aktivite/Egzersiz                        | Objektif veriler<br>Hastanın immobil olması<br>Hastanın sedasyon altında ve mekanik ventilatöre bağlı olması<br>Subjektif veriler<br>—<br>Hemşirelik Tanısı<br>Sedasyon ve mekanik ventilasyon ile ilişkili<br>"Yatak içi Hareketlilikte Bozulma"                        | Kısa Vadeli Amaçlar/Hedefler<br>Hastanın yatak içindeki aktivite düzeyini arttırmak<br>Uzun Vadeli Amaçlar/Hedefler<br>Hareketsizliğe bağlı yeni basınç yaralanmasının önlemek                                                                                                                                            | Hastaya iki saatte bir pozisyon verilmiştir<br>Hastaya ROM egzersizleri yapılmıştır<br>Hastada ödem varlığı açısından muayene edilmiştir<br>Hastada ödem takibi yapılmıştır                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Uygulandı<br>Uygulandı<br>Uygulandı<br>Uygulandı                                                                               | Hastanın hareketsizliğine bağlı ödem ve basınç yararı görülmüdi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Alan 4: Aktivite/Dinlenme<br>Sınıf 4. Kardiyovasküler/<br>Pulmoner<br>Yanıtlar | Objektif veriler<br>Hastanın mekanik ventilatöre bağlı olması<br>Hastanın solunum hızında ve derinliğinde bozulma meydana gelmesi<br>Subjektif veriler<br>—<br>Hemşirelik Tanısı<br>Sjögren sendromuna bağlı akciğer enfeksiyonu ile ilişkili 'Etkisiz Solunum Örüntüsü' | Kısa Vadeli Amaçlar/Hedefler:<br>Hastanın solunumun hızı ve ritminin normal sınırlarda olmasını sağlamak<br>Etkili solunumu ve akciğer ventilasyonunu sürdürmek<br>Uzun Vadeli Amaçlar/Hedefler:<br>Hastanın hastanede kaldığı süre içerisinde etkili solunum yapmasını ve akciğer ventilasyonun etkili olmasını sağlamak | Hastanın yaşam bulguları saatlik takip edilmiştir<br>Hasta gereksinime uygun şekilde aspirasyon yapılmıştır<br>Mekanik ventilatörde takip edildiği sürece nemlendirici filtre günlük değiştirilmiştir<br>Aspirasyon steril şekilde yapılmıştır<br>Entübyasyon tüpünün yeri ve seviyesi kontrol edilmiştir<br>Kaf ölçümü her vardiya sonrası tekrar yapılmıştır<br>Hastadan hekim istemi ile kan gazı örneği alınmıştır.<br>Hastaya günde 2 kez postural drenaj yapılmıştır<br>Hastanın sekresyon rengi, kokusu ve kıvamı takip edilmiştir<br>Hastanın periferleri (renk, nabız, kapiller geri dolum) yönünden değerlendirilmiştir | Uygulandı<br>Uygulandı<br>Uygulandı<br>Uygulandı<br>Uygulandı<br>Uygulandı<br>Uygulandı<br>Uygulandı<br>Uygulandı<br>Uygulandı | Aspirasyon sonrası ventilatör ile daha uyum içinde olduğu gözlemlenmiştir<br>Hastanın akciğer enfeksiyonu olmasından ve akciğer filminin kötü olmasından dolayı satürasyonu düşük seyretmiştir (tablo 2)<br>Sekresyonların renginde açılma gözlemlenmiştir<br>Entübyasyon tüp seviyesi 20-22 cm arasında seyretti<br>Kaf basıncı 22 cm/H <sub>2</sub> O olarak tespit edilmiştir<br>Periferde siyanoz görülmemiştir<br>Hastanın kan gazı örneklerinde belirgin bir iyileşme gözlemlenmiştir (Tablo 1) |
| Aktivite/Dinlenme<br>Sınıf 4. Kardiyovasküler/<br>Pulmoner<br>Yanıtlar         | Objektif veriler<br>EF: %35-40 olması<br>İkili vazopressör almasına<br>Subjektif veriler<br>—<br>Hemşirelik Tanısı<br>Kalp ritminin aritmik olması ve kalp tepe atımının düşük olması ile ilişkili<br>'Kardiyovasküler Fonksiyonda Bozulma Riski                         | Kısa Vadeli Amaçlar/Hedefler:<br>Yoğun bakım tedavisi süresince hastanın ritminin normal sınırdan olması<br>Uzun Vadeli Amaçlar/Hedefler<br>Hastanın yoğun bakım tedavi süresince vazopressör ihtiyacının olmaması                                                                                                        | Hastanın yaşam bulguları saatlik takip edilmiştir<br>Hastanın periferleri (renk, nabız, kapiller geri dolum) yönünden değerlendirilmiştir<br>Hastanın saatlik idrar takibi yapılmıştır<br>Hastaya ödem takibi yapılmıştır<br>Hekim istemi ile Ekg çekilmiştir<br>Ekg ritimlerinde anomali varlığında hekime bildirilmiştir                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Uygulandı<br>Uygulandı<br>Uygulandı                                                                                            | Hastanın ritimleri kullandığı ilaçlara rağmen aritmiktir<br>Vazopressör ilaç dozları yoğun bakım tedavi süresince kapatılamamıştır<br>Hastada ödem görülmemiştir                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

\*\*\*FSÖM: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli

### 3. TARTIŞMA

Sjögren sendromu, ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonuna bağlı olarak tükürük ve gözyaşı bezlerinde fonksiyon kaybı ile seyreden, sistemik tutulumlar ve interstisyel akciğer hastalığı gibi solunum sistemi etkilenmeleriyle karakterize otoimmün bir romatizmal hastalıktır. Literatürde, primer SjS'li 5 hastadan birinde pulmoner tutulum olduğu görülmekte ve henüz tam olarak anlaşılamayan bu tutulum şekli, yaşam kalitesi ve mortaliteyi kötü etkileyen önemli bir komplikasyon olarak bilinmektedir (Gupta, Ferrada ve Hasni, 2019; Thorne ve Sutcliffe, 2017). Bu çalışmada Sjögren sendromu tanısı alan hastaya verilen hemşirelik girişimlerinin Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü Model'ine göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Hastanın GKS puanının düşük olması, sedasyon alması ve mekanik ventilatöre bağlı olması nedeniyle "Düşme Riski" hemşirelik tanısı verilmiştir ve hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Bu olguda düşme gerçekleşmemiştir. Sjögren sendromu, yalnızca göz ve ağız kuruluğu ile sınırlı bir hastalık olmayıp sistemik tutulumları ve fonksiyonel bozulmaları nedeniyle düşme riskini oluşturabilecek pek çok unsur içerdiği düşünülmektedir.

Hastanın trakeal kültür üremesi sonucundan ve CRP düzeyinin yüksek seyretmesinden dolayı hastaya "Enfeksiyon Bulaştırma Riski" tanısı konmuş ve hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. He ve ark. (2020) yapmış oldukları çalışmada Sjögren sendromu olan hasta gruplarında CRP değeri yüksek seyretmiştir (He ve ark., 2020). Rusinovic-Lovgach ve ark. (2025) yapmış oldukları çalışmada mortal riskinin yüksek seyrettiği ve en sık mortalite nedenlerinin %35,7 enfeksiyon, %23,8 malignite ve %7,1 kardiyovasküler hastalık olduğu bulunmuştur (Rusinovic – Lovgach ve ark., 2025). Bu olgu literatür ile paralel seyretmiş olup, sjögren sendromuna bağlı sistemik bozulmaların vücut mekanizmalarını etkileyerek hayati risk oluşturduğu görülmektedir. Bu nedenle hemşireler, enfeksiyon riskini minimize etmek için aseptik tekniklere titizlikle uymalı, izolasyon önlemlerini uygulamalı ve enfeksiyon belirtilerini erken dönemde tespit etmek için düzenli değerlendirmeler yapmalıdır.

Hastanın Sjögren sendromuna, beslenme yetersizliğine ve ağız içerisinde aft olmasına bağlı "Oral Mukoz Membranda Bozulma" tanısı konmuştur ve gerekli hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Literatüre bakıldığında SjS sendromuna bağlı ağız kuruluğu, tükürük bezi fonksiyon kaybı olduğu belirtilmiştir (Fox, 2005; Leone ve ark., 2017; Thorne ve Sutcliffe, 2017). Bu olgu literatür ile paralel seyretmiştir. Hastanın ağız içi aftı gerilememiştir. Bunun nedeninin enfeksiyona, SjS'ye bağlı bağışıklık sisteminin etkilenmesine ve yatışından 4 gün sonra exitus olmasına bağlı tedavi için yeterli zamanının olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sjögren sendromuna bağlı akciğer enfeksiyonuna ve solunum hızının – derinliğinin bozulmasına bağlı hastaya "Etkisiz Solunum Örüntüsü" tanısı verilmiş ve hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Enfeksiyona bağlı pnömoni her zaman dikkate alınmalı gerekli önlemleri alınmalıdır. Akciğer tutulumlarının

risk faktörleri arasında hipertansiyon, erkek cinsiyet ve sigara içme öyküsünün olduğu bilinmektedir. Primer sjögren sendromunda solunum sisteminin tutulumu yaşam kalitesini bozmakla kalmayıp, sağ kalım riskinin azalmasına ve mortal seyretmesine neden olmaktadır (Flament ve ark., 2016; Nannini ve ark., 2013; Palm ve ark., 2013). Bu olguda gözlemlenen klinik durumun, literatürde tanımlanan risk faktörleri ve komplikasyonlarla benzerlik gösterdiği dikkati çekmektedir. Solunum fonksiyonlarındaki bozulmanın erken tanılanması ve uygun hemşirelik yaklaşımlarının planlanması, bu tür olgularda önemli bir izlem alanı olarak değerlendirilebilir.

Hastanın kalp ritminin aritmik olması, ikili vazopressör ilaç alması ve kalp tepe atımının düşük olmasından dolayı "Kardiyovasküler Fonksiyonda Bozulma Riski" tanısı koyulmuş ve hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Ordenez ve ark. (2020) yapmış oldukları çalışmada yoğun bakım yatışların %20,39'unda kardiyovasküler bozulmaların olduğu bildirilmiştir (Ordenez ve ark., 2020). Yong ve ark. (2018) yapmış oldukları sistematik derleme çalışmasında primer sjögren sendromunun kardiyovasküler sistemi etkilediği ve arteriyel damar yapısını bozduğu belirtilmiştir (Yong ve ark., 2018). Hastanın mevcut klinik tablosunun, literatürde belirtilen bulgularla örtüştüğü ve bu nedenle kardiyovasküler izlem sürecinin önemli olduğunu öne sürmektedir.

Hastanın sedasyon alması, immobil olması ve mekanik ventilatöre bağlı olması nedeniyle hastaya "Yatak İçi Hareketlilikte Bozulma" tanısı koyulmuş ve hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Sjögren sendromunda kas iskelet sisteminde bozulma, artrit ve miyalji görülebilmektedir (Mihai ve ark., 2023). Yoğun bakımda sedasyon alması ve mekanik ventilasyona bağlı kalması yatak içi mobilitayı bozarak kas güçsüzlüğüne neden olmaktadır (Karadaş ve Kapucu, 2018). Hastaya alt ve üst ekstremitelerine ROM egzersizleri yapılmıştır. Hastanın motor fonksiyonlarının düzenli aralıklarla izlenmesinin ve hareketlilik düzeyine göre girişimlerin şekillendirilmesinin iyileşme sürecini desteklediği düşünülmektedir.

### 4. SONUÇ

Olgu H 18.03.2024 tarihinde yoğun bakım ünitesine yatırıldıktan 4 gün sonra ex olmuştur. Bu olguda, Sjögren sendromuna bağlı gelişen akciğer enfeksiyonu ve buna eşlik eden sistemik komplikasyonların hastanın yoğun bakım sürecinde solunum, kardiyovasküler, hareketlilik ve deri bütünlüğü gibi birçok fonksiyonel sağlık örüntüsünde bozulmalara neden olduğu görülmüştür. Hastanın yoğun bakım ünitesinde takip edilmesi, sedasyon alması, immobilitate ve mekanik ventilasyon uygulamaların olması bakım gereksinimlerini artırmıştır. Bakım sürecinde, hastaya özgü risklerin erken tanılanması ve uygun hemşirelik girişimlerinin zamanında planlanmasının önemli olduğu görülmüştür. Özellikle solunum fonksiyonlarının yakından izlenmesi, cilt bütünlüğünün korunması ve yatak içi hareketliliğin desteklenmesi gibi alanlarda yapılan düzenli uygulamalar, hemşirelik bakım kalitesi için önem arz etmektedir.

Benzer tanıya sahip hastaların bakımında, hemşirelik girişimlerinin Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli temel alınarak sistematik biçimde planlanması, hemşirelik sürecinin daha bütüncül ve etkili yürütülmesine katkı sağlayacaktır. Bu yaklaşımın, hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesini ve olası komplikasyonların önlenmesinde yol gösterici olduğu düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- [1] Alpay, N., Okumuş, G., Kıyan, E., Kamalı, S., Doğan, Ö., Yılmazbayhan, D., ve ark. (2009). Primer Sjögren sendromunda akciğer tutulumu ve lenfoma: Olgu sunumu. *Türk Toraks Dergisi*, 11, 140-143.
- [2] Birol, L. (2013). Hemşirelik süreci (10. Baskı). Berke Ofset Matbaacılık.
- [3] Enç, N., Can, G., Özcan, Ş., Tülek, Z., Uysal, H., & Öz-Alkan, H. (2015). İç hastalıkları hemşireliği uygulama öğrenci modülü (2. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri.
- [4] Flament, T., Bigot, A., Chaigne-Henique, H., Diot, E., & Marchand-Adam, S. (2016). Pulmonary manifestations of Sjogren's syndrome. *European Respiratory Review*, 25(140), 110-123.
- [5] Gupta, S., Ferrada, M. A., & Hasni, S. A. (2019). Pulmonary manifestations of primary Sjögren's syndrome: Underlying immunological mechanisms, clinical presentation, and management. *Frontiers in Immunology*, 10, 1327.
- [6] Jonsson, R., Moen, K., Vestrheim, D., & Szodoray, P. (2002). Current issues in Sjögren's syndrome. *Oral Diseases*, 8(3), 130-140.
- [7] He, C., Chen, Z., Liu, S., Chen, H., & Zhang, F. (2020). Prevalence and risk factors of interstitial lung disease in patients with primary Sjögren's syndrome: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 23(8), 1009-1018.
- [8] Kaplan, H., Şaş, S., Şenköy, E., & Cengiz, G. (2022). Büyük akciğer kistlerinin romatizmal bir nedeni: Sjögren sendromu. *Ahi Evran Medical Journal*, 6(2), 220-223.
- [9] Karadaş, C., & Kapucu, S. (2017). Son on yılda yoğun bakım ünitesi ilişkili kas güçsüzlüğüne yönelik çalışmaların incelenmesi: Sistematik derleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(3), 1-12.
- [10] Leone, M. C., Alunno, A., Cafaro, G., Valentini, V., Marcucci, E., Bartoloni, E., et al. (2017). The clinical spectrum of primary Sjögren's syndrome: Beyond exocrine glands. *Reumatismo*, 69, 93-100.
- [11] Mihai, A., Caruntu, C., Jurcut, C., Blajut, F. C., Casian, M., Opris-Belinski, D., et al. (2023). The spectrum of extraglandular manifestations in primary Sjögren's syndrome. *Journal of Personalized Medicine*, 13(6), 961.
- [12] Nannini, C., Jebakumar, A. J., Crowson, C. S., Ryu, J. H., & Mattison, M. L. (2013). Primary Sjogren's syndrome 1976-2005 and associated interstitial lung disease: A population-based study of incidence and mortality. *BMJ Open*, 3(11), e003569.
- [13] Ordonez, I. R., Aragon, C. C., Padilla-Guzman, A., Rosero, F., Gallego, A., Quintana, J. H., et al. (2020). Sjögren syndrome in the intensive care unit: An observational study. *Journal of Clinical Rheumatology*, 26(7S), 174-179.
- [14] Palm, O., Garen, T., Enger, T. B., Jensen, J. L., Lund, M. B., Aaløkken, T. M., et al. (2013). Clinical pulmonary involvement in primary Sjogren's syndrome: Prevalence, quality of life and mortality—A retrospective study based on registry data. *Rheumatology*, 52(1), 173-179.
- [15] Fox, R. I. (2005). Sjögren's syndrome. *Lancet*, 366, 321-331.
- [16] Thorne, I., & Sutcliffe, N. (2017). Sjögren's syndrome. *British Journal of Hospital Medicine*, 78(8), 438-442.
- [17] Rusinovic-Lovgach, R., Plaza, Z., Castro, M. F., Rosas, J., Martínez-Taboada, V., Olivé, V., et al. (2025). Mortality in patients with Sjögren's disease: A prospective cohort study identifying key predictors. *The Journal of Rheumatology*, 52(3), 257-262.
- [18] Yong, W. C., Sanguaneko, A., & Upala, S. (2018). Association between primary Sjögren's syndrome, cardiovascular and cerebrovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 36(112), 190-S197.

**How to cite this article:** Ata A, Katran HB. Sjögren sendromlu hastanın fonksiyonel sağlık örüntüsü modeline göre hemşirelik bakımı. *Journal of Health Sciences and Management*; 2026;2: 66-73. DOI: 10.29228/JOHESAM.73