

## SKLERODERMA VE HEMŞİRELİK BAKIMI

### SCLERODERMA AND NURSING CARE

**Yard.Doç.Dr. Yasemin TOKEM**      **Ar.Gör. Filiz ÖZEL**

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

### ÖZET

Skleroderma; nadir görülen kronik, otoimmün bir hastalıktır ve romatizmal hastalıklar içinde sınıflanır. Erken belirtileri; Reynaud fenomeni olarak adlandırılan el ve ayak parmaklarında renk ve ısı değişiklikleri, parmak uçlarında ortaya çıkan yara ve şişliklerdir. Sertleşen deri yavaş yavaş lokalize olduğu bölgeden yayılır ve tüm vücudu etkileyebilir. Sklerodermada tutulum genellikle eklemler, kan damarları ve sindirim sisteminde olmakla birlikte, bazen de akciğer, kalp ve böbreklerde ortaya çıkar. Skleroderma hastalarının tedavisi çoğunlukla, hastalığın seyri değiştirilen stratejilerden çok, organa özgü yaklaşımlar üzerine odaklıdır ve hemşirelik bakımının amacı; hastanın hastalığı ve yönetimi bilmesini ve hastalıkla yaşamayı öğrenmesini sağlamaktır.

**Anahtar kelimeler:** Skleroderma, Reynaud fenomeni, kalsinoz kutis, özefagial disfonksiyon, sklerodaktili, telanjiektazi, hemşirelik bakımı

### ABSTRACT

*Scleroderma is a rare chronic autoimmune disease and classified into rheumatic diseases. Among the early symptoms, Reynaud's phenomenon known as color and temperature changes in fingers and toes, sore and swollen toes are emerging. Hard skin, spreads and eventually may affect the whole body. Involvement is usually the joints, blood vessels, in the digestive system, sometimes the lungs, heart and kidneys revealed. The treatment of scleroderma patients, often changed the course of the disease rather than strategy, is focused on organ-specific approach. The aims of nursing care in a patient with scleroderma are to provide knowing the illness and its management, and learning to live and deal with scleroderma.*

**Key words:** Scleroderma, Raynaud's phenomenon, calcinosis, esophageal dysfunction, sklerodactylia, teleangiectasia, nursing care

### GİRİŞ

Skleroderma; kronik, otoimmün, sistemik bir bağ doku hastalığıdır ve kelime olarak Yunanca "sert deri" anlamına gelir (Büyük 2006; Brown 2010). Deri ve iç organların bağ dokularında ilerleyici fibroz ile karakterizedir. Organların morfolojisinde ve kan damarlarında değişikliklerin yanı sıra immün sistem fonksiyonlarında da bozulmaya yol açmaktadır. (Sierakowska ve ark. 2007; Oksele 1999).

İnsidansı yıllık milyonda 2-20 yeni olgu, toplumdaki prevalansı ise milyonda 30-120 olarak verilmektedir. Tüm toplumlarda ilk atak sıklıkla 30-50 yaş arası görülmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla görülme sıklığı ortalama 4 kat daha fazladır (İnanç ve ark 2007, Özgen 2010).

Skleroderma; neden olduğu deri sertlikleri, kontraktürler ve iç organ tutulumlarıyla morbidite ve mortaliteyi ciddi oranda etkilemesi, özellikle genç kadınlarda beden imajı ve algısında oluşturduğu değişiklikler nedeniyle önemli psikososyal sorunlara yol açması, genç yaş grubunda oluşması nedeniyle iş yaşamında kayıplara neden olması ve genel anlamda tüm hastalarda yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi bakımından bütüncül bir yaklaşım/ bakım gerektirmektedir (Brown 2010). Buradan yola çıkılarak bu yazıda; sklerodermalı bir bireyde hastalığa bağlı oluşan semptomların yönetilmesi, hastalığı kabullenerek onunla yaşaması için eğitimlerin planlanması ve ekip yaklaşımı doğrultusunda bakımın planlanmasını irdelemek amaçlanmıştır.

### **Sklerodermanın Etiyolojisi**

Skleroderma otoimmün bir hastalık olarak bilinmesine rağmen patogenezi tam olarak anlaşılamamış ve nedenleri hakkında değişik teoriler geliştirilmiştir (Na 2011). Skleroderma etiyojisinde bir takım çevresel (virüsler ve çeşitli kimyasal maddeler gibi) ve genetik faktörlerin rol oynadığı rapor edilmiştir. Sklerodermalı hasta yakınlarında hastalığın görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir, ancak ailesel kümelenme belirgin değildir, monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre hastalık sıklığında belirgin artış olmadığı gösterilmiştir. Bu bulgular çevresel faktörlerin hastalığın gelişiminde belirgin etkileri olabileceğini göstermektedir (Büyük 2006). Mineraller (altın, silika, uranyum) ve organik solventlerle çalışanlarda skleroderma sıklığının arttığı belirtilmiştir (Chen ve ark. 2003).

### **Sklerodermanın Klinik Belirtileri**

Sklerodermanın erken belirtileri, el ve ayak parmaklarında renk ve ısı değişiklikleri (Reynaud fenomeni), parmak uçlarında ortaya çıkan yara ve şişliklerdir (Gürgey 1995, Özgen 2010). Ayak parmakları veya parmak uçları hızla beyaza sonra maviye dönüşür; bu sıklıkla, 15 dakikada gelişir (www.livestrong.com). Skleroderma deri ve iç organlarda fibrozise neden olur. Oluşan fibroz sonucu etkilenen deri ve iç organlarda sertleşmeye dayalı işlev bozuklukları görülür. El ve ayak parmak uçlarındaki deri, genellikle burun üzerindeki deride olduğu gibi çabuk sertleşir ve parlaklaşır. Sert deri daha sonra yayılır ve sonunda bütün vücudu etkileyebilir. Hastalığın erken evrelerinde parmaklarda şişlikler ve eklem yaraları ortaya çıkabilir. Hastalığın seyri boyunca iç organlar da tutulur ve uzun dönemli sonuçlar iç organ tutulumunun tipi ve şiddetine bağlıdır. Bu nedenle, iç organların gerekli testlerle değerlendirilmesi önemlidir. Ancak, skleroderma için özgül kan tetkikleri yoktur (Gürgey 1995, Özgen 2010).

Sierakowska ve ark.(2007)'nin yaptıkları çalışmada hastaların %61.3'ünde dizestezi (ağrılı karıncalanma), %53.2'sinde ayak parmaklarında ülserasyon, %65'inde deri kalınlaşması ve %43.5'inde sabah tutukluğu olduğu saptanmıştır. Hastaların %60.3'ü dispne yaşamaktadır ve bu sıklıkla hastalığın 5.-14. yıllarında ortaya çıkmaktadır. Hastaların %60.3'ü efor dispnesi yaşarken, %84.1'nin nadir olarak öksürük sorunu

yaşadıkları bulunmuştur. Hastaların %55'inde günlük yaşamlarında zorluk yaşadığı ve yardıma ihtiyacı olduğu, %80'inden fazlasında çabuk yorulma ve bitkinlik hissi, %32.3'ünde yüksek kan basıncı olduğu rapor edilmiştir. Ağrı; sklerodermalı hastaların en önemli problemlerinden biridir, özellikle hastalığın ilk 4 yılında en sık yaşanan semptomdur ve hastaların yaklaşık %67.7'sinin sık sık ağrı hissettiği bildirilmiştir. Hastaların %71.4'ünün sosyal, fiziksel ve mental aktivitelerinin olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur. Hastaların; hastalıklarının kronik ve ilerleyici karakteriyle ilişkili büyük sorunlar yaşadıklarına inandıkları bildirilmiştir. Bu sorunların neler olduğu incelendiğinde; %14 psikolojik problemler, anksiyete ve korku, %71.4 sosyal aktivitelerde problemler, %34.9 işsizlik, %60.3 yutma güçlüğü, %73 mide yanması, %49.2 diyare/ konstipasyon, %27 genel kuvvetsizlik, %26 hareket zorluğudur.

### **Sklerodermanın Komplikasyonları**

Sklerodermalı hastalarda birincil düzeyde oluşan sorun; pulmoner arteriyel hipertansiyondur ve hastaların %15'ini etkiler. İntertisyel akciğer hastalığı prevalansı ise; %25-90 arasındadır ve mortalite ile yakından ilişkilidir. Akciğer volümünün büyük miktarda kaybı genellikle hastalığın ilk 2 yılında olur ve pulmoner nedenlere bağlı ölümler sıklıkla hastalığın 6-10. yıllarında gelişir. Sklerodermanın kalp dokusunda oluşturacağı skarlaşma; kalp ritim bozukluklarına ve kalp yetmezliğine yol açabilir, perikardit gelişmesine neden olabilir. Sklerodermanın renal belirtileri otopsi sonuçlarına dayanılarak %60-80 hastada geliştiği bildirilmiştir. Böbrek yetmezliği ile sonuçlanan sklerodermada (hastaların %10'u) klinik durum "skleroderma renal krizi" olarak tanımlanır, damar tıkanıklığı ve böbrek dokusunun iskemisi ile ilişkili böbrek fonksiyonlarında akut bozulma görülür. Renal krizlere bağlı hastalarda anemi gelişebilir. Sklerodermada gastrointestinal komplikasyonlar intestinal dismotilite, malabsorbsiyon ve beslenme bozukluğudur. Sklerodermalı hastalarda immünosupresif tedavi ve parmak ülserleri/gangren veya pulmoner bronşektazi gibi hastalığın lokal komplikasyonlarına bağlı enfeksiyon da gelişebilir (Otterness 2005, Farber ve ark. 2009, Khanna ve ark. 2009; www.skleroderma.org 2011).

### **Sklerodermada Sınıflama**

Sklerodermanın, sistemik ve bölgesel olmak üzere iki ana tipi mevcuttur. Bölgesel skleroderma her yaşta görülebilir; 20-40 yaşları arasında en sıktır ve kadınlarda 2-3 kat daha fazla görülür (Sehgal ve ark. 2002; Büyükhatipoğlu 2007). Sistemik skleroderma, hastalarda görünen bulgulara dayanarak CREST sendromu olarak da adlandırılır. CREST sendromu ismini bulguların baş harflerinden almıştır: Calcinosis, Raynaud's fenomenon, Esophageal dysfunction, Sklerodactylia, Teleangiectasia.

*Kalsinoz kutis (Calcinosis):* Özellikle parmak uçlarında (nadiren el, yüz ve dirseklerde) olmak üzere bağ dokusunda aşırı kalsiyum birikimi ve plaklaşma olur (Büyükhatipoğlu 2007).

*Reynaud fenomeni (Raynaud's Phenomenon):* Genel popülasyondaki oranı %3 - %5 gibi yüksek bir orana sahiptir. Sistemik sklerozlu hastaların % 75'i ve sınırlı sklerodermalıların neredeyse tamamı Reynaud fenomeni ile başlar. Parmaklarda,

tırnaklarda, kulaklarda ve hatta burundaki küçük kan damarlarında daralma gözlenir (Büyükhatipoğlu 2007).

Reynaud fenomeni, soğuk veya emosyonel stres ile karşılaşıldığında parmaklarda ortaya çıkan paroksizmal vazospazmdır. Hastaların %60-90'ını 20-30 yaş grubu kadınlar oluşturur. Soğuk iklimlerde bu hastalığa daha sık rastlanmaktadır (Gülmen 2002, Canbaz ve ark. 2004, Özen ve ark. 2007).

Reynaud fenomeni primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır. Primer Reynaud yalnız başına görülebildiği gibi daha sonradan gelişebilecek olan romatolojik hastalıkların öncül bulgusu olabilmektedir. Sekonder Reynaud fenomeni ise pek çok romatolojik hastalıklarla beraber bulunabilmektedir (Büyükhatipoğlu 2007).

Reynaud fenomeniden şüphelenildiğinde, altta yatabilecek skleroderma gibi bağ dokusu hastalıkları ve beta bloker, ergotamin gibi ilaç kullanımı yönünden araştırılmalıdır. Vazospastik atak sırasında ortaya çıkan karakteristik cilt rengi değişikliği (beyaz, mavi-mor, kırmızı) görüldüğünde tanı konulması kolaydır. Vazospastik atağı tetiklemek için soğuk-sıcak su testi veya bazal cilt ısısı tayini Reynaud fenomeninin tanısında değerlidir (Canbaz ve ark. 2004).

Otoimmün romatolojik hastalıklarda Reynaud fenomeni prevalansı; bazı romatizmal hastalıklarda %5-30 arasında değişiklik gösterirken (örn: romatoid artrit <%5, sistemik lupus eritematozis %20-30, sjögren sendromu %20-30, miyozit %25), bu oran sklerodermada %95 ve daha fazla orandadır (Özen ve ark. 2007, Roberson 2009; Sabir ve Werth 2000). Sierakowska ve ark.(2007)'nin çalışmasında Reynaud fenomeni insidansı %93.7 olarak bulunmuştur.

Reynaud fenomeninin semptomları, damar spazmının süresi, sıklığı ve şiddetine bağlıdır. Hastaların büyük kısmında, soğuğa maruz kalındığında ciltte renk değişikliğinin ortaya çıktığı hafif hastalık formu görülmektedir. Tutulan parmaklarda hafif karıncalanma ve uyuşma gözlenebilir ve rengin normale dönmesiyle birlikte bunlar da geçer. Damar spazmları daha inatçı olduğunda, duyu sinirleri oksijen azlığından etkilenir ve tutulan parmaklarda ağrıya sebep olabilir. Nadiren, dokuların yetersiz oksijenlenmesine bağlı, parmak uçlarında ülserler ve hatta ülserli parmaklarda enfeksiyon da gelişebilir. Sürekli hipoksi devam ettiğinde ise parmaklarda gangren görülür ve parmak kaybına yol açabilir. Burun, kulaklar, dil ve meme başı da nadiren Reynaud fenomeniden etkilenmektedir. Bu bölgelerde ülser gelişimi çok nadir olmasına rağmen, hissizlik ve ağrı daha sık görülebilmektedir (Özen ve ark. 2007, Roberson 2009).

Reynaud fenomenili hastalarda sıklıkla konservatif ve destekleyici tedavi uygulanmaktadır (Canbaz ve ark. 2004). Hastalığın tedavisinde alfa-adrenerjik blokerler, anjiyotensin II antagonistleri, östrojen, kalsiyum kanal blokerleri, nitrik oksid, nitroglicerine krem, transdermal prostoglandin, sildenafil sitrat gibi çeşitli seçenekler bulunmaktadır (Özen ve ark. 2007). Şiddetli ve tedaviye cevap alınamayan durumlarda cerrahi vazokonstrüksiyon ve sempatektomi uygulanır (Canbaz ve ark. 2004, Büyükhatipoğlu 2007).

**Özofajial fonksiyon bozukluğu (Esophageal Dysfunction):** Özefagustaki düz kasların normal hareketlerini kaybetmeleri nedeni ile özefagusta yutkunma zorluğu ile tanımlanır (Büyükhatipoğlu 2007).

**Sklerodactili (Sclerodactylia):** Deri altında aşırı kollajen birikimi nedeniyle parmaklardaki derinin aşırı sıkılaşması ve kalınlaşması, kemiklerin sivrilerek şekillerinin bozulması olarak tanımlanır. Bu durum parmaklarda hareket kaybına neden olur. Deri; tüy kaybıyla birlikte koyu ve parlak gözüktür (Büyükhatipoğlu 2007).

**Telanjiektazi (Teleangiectasia):** Kılcal kan damarlarındaki şişme nedeni ile elde ve yüzde küçük kırmızı noktalar oluşması ile tanımlanır (Büyükhatipoğlu 2007).

Sklerodermanın bölgesel formları genelde deriyi, çok nadir olarak deri altı dokularını tutarlar fakat iç organları tutmadığı, bu durumun da hastanın yaşam süresini etkilemediği belirtilmektedir (Büyük 2006).

Skleroderma tanısında kullanılan Amerikan Romatoloji Derneği'nin (ACR) kriterleri Tablo 1'de gösterilmiştir. %97 duyarlı, %98 özgül olan bu kriterlerden, tanı için 1 major ya da 2 minör kriter olması gerekmektedir (Sözener 2008).

**Tablo 1:** Amerikan Romatoloji Derneği Kriterleri

<b>Major Ölçütler</b>	Proksimal skleroderma (parmaklarda, metokarpofalangiyal ve metotarsofalangiyal eklem proksimalinde kalan deride diffüz simetrik kalınlaşma, gerginlik ve ülserler olması)
<b>Minör Ölçütler</b>	Sklerodaktili, Parmak uçlarında iskemik değişikliklere bağlı ülserasyonlar ya da amputasyonlar, Akciğer tabanlarında fibrozis

### Sklerodermanın Tedavisi

Skleroderma hastalarının tedavisinde kullanılan ilaçlar kalsipotriol, methotrexat, penisilin, D-penisilamin, kalsitriol, sistemik ve topikal kortikosteroidler ve fototerapidir. Aynı zamanda hipertansiyon gelişen hastalarda Angiotensin Converting Enzim (ACE) inhibitörleri seçilebilir (Otterness 2005, Kreuter ve ark. 2009).

Sklerodermalı bir hasta sürekli tıbbi bakım, bireyselleştirilmiş tedavi ve hemşirelik bakımına gereksinim duyar. Hasta ve ailesi; hastane sonrası ve evde bakıma yönelik kendilerine verilen eğitim programının amacını kavradıkları zaman daha başarılı bir hastalık yönetimini gerçekleştirebilirler (Sierakowska ve ark. 2007).

## HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Sklerodermalı bir hastada hemşirelik bakımının amacı; hastanın hastalığı erken dönemde fark etmesini ve tanıdan sonraki aşamalarda ise hastanın hastalıkla yaşamayı öğrenmesini ve başa çıkabilmesini sağlamaktır (Kaya 2010). Genellikle sklerodermalı bir hastanın hastaneye yatışının en sık nedenleri arasında ameliyat ve oluşan komplikasyonların tedavisi bulunmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin sklerodermalı hasta bakımı ve semptom yönetimi konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olması büyük önem taşımaktadır (Stanford 2007). Yurt dışında birçok hastalıkta olduğu gibi skleroderma konusunda da hemşirelik dernekleri tarafından on-line

eğitim kursları düzenlenmekte ve hemşireler bu kurslara katılarak sertifika alabilmektedirler. (Furst 2011).

Sklerodermalı hastalara yönelik hemşirelik girişimleri aşağıdaki başlıkları içermektedir:

**Reynaud fenomeniye yönelik girişimler:**

Reynaud fenomeni ataklarının gelişmemesi ve şiddetini azaltmak için hasta soğuktan sakınmalıdır. Buna yönelik olarak buzdolabı açarken veya soğuk havada dışarı çıkarken eldiven giymesi önerilir. Reynaud atakları hiçbir şekilde hafife alınmamalıdır. Bazı küçük müdahalelerle atakların şiddeti ve süresi azaltılabilir. İlk ve en önemli müdahale el ve ayakların sıcak tutulmasıdır. Soğuk havalarda, hastalar dışarı çıkmamalıdır. Ani ısı değişiklikleri hastanın durumunu kötüleştirebilir. Stresli durumdan uzaklaşarak ve gevşeme teknikleri ile atağın sonlanması sağlanabilir. Hastalar ataklar ve atak geliştiğinde el veya ayaklarını ısıtmak yoluyla atağın geriletilmesi konusunda bilgilendirilebilirler. Aynı zamanda sigara kullanımı da Reynaud fenomeninin şiddetini arttırdığı ve iyileşmeyi geciktirdiği için eğer içiliyorsa bırakırmaya yönelik girişimler planlanmalı ve bunun önemi hastaya açıklanmalıdır (Akdemir ve ark. 2003; Canbaz ve ark. 2004; Brown 2010).

**Cilt bakımına yönelik girişimler:**

Sklerodermalı hastalarda cilt bakımı önemlidir. Cildin nemlendirilmesi için lanolinli ve diğer yağlı kremler kullanılır (Akdemir ve ark. 2003, Akbayrak ve ark. 2007). Hemşire; enjeksiyon bölgesi seçiminde özellikle fibröz ve skleröz doku olmayan bölgeleri seçmeye özen göstermeli, bu hastaların deri bütünlüğünü korumak amacıyla dikkatli bir şekilde hastaya pozisyon vermeli, hasta konforunun sürekli olmasını sağlamalı ve hastaları oluşabilecek travmalardan korumalıdır (MacDonald 2009).

**Parmak ülserlerine yönelik girişimler:**

Parmak ucunda Reynaud fenomeni ve kalsinozis sonucunda ülserasyon geliştiğinde ince, emici ve yumuşak silikonlu veya povidon-iyotlu pansuman ve steril kuru flaster ile ülser kapatılır. Alan kuru tutulur ve enfeksiyonlardan korunur. Düşük doz antibiyotikler enfeksiyonları önlemede etkilidir. Sklerodermalı hastada ağrı ve yetersizliğin en önemli nedeni olan parmak ucu ülserlerinin hem tedavisi, hem de iyileşmesi zordur ve yakın takibi gerektirir. Bu konuda hemşirenin en önemli sorumluluğu bu ülserasyonların hiç oluşmaması için koruyucu önlemlerin en baştan alınmasını sağlamaktır (Brown 2010).

**Eklemlerle ilgili sorunlara yönelik girişimler:**

Gergin deri ve inflamasyon sonucunda eklem ağrısı, sertlik ve şişlik gelişebilir. Egzersiz programı cildin esnekliğini korumaya, parmaklardaki kontraktürleri azaltmaya ve kanın serbestçe akmasını sağlamaya yardım eder. Etkilenen eklemlerin hareketlerini sürdürmesi için hafif egzersizlere ihtiyaç vardır. İstirahatın yardımcı olduğu tek dönem eklemlerde inflamasyonun geliştiği dönemdir (Furst 2011). Fizyoterapistler ve iş terapistleri ile işbirliği içinde egzersiz programı düzenlenebilir

(www.romaturka.org). Hastalarda oluşan el fonksiyonu bozukluğu fizik tedavi ile; ağrı ve yorgunluk ise yüzme gibi egzersizlerle kontrol edilebilir (Furst 2011).

### **Gastrointestinal sorunlara yönelik girişimler:**

Sklerodermalı hastalarda sıklıkla özefajial reflü ve özefajit geliştiği için bu semptomların yönetiminde; hastaya ekstra yastıklar sağlanarak başının dik olması sağlanır, hastaya az ve sık beslenmesi, yemek sırasında ve sonrasında hastanın dik oturmasının sağlanması, alkol, kahve, baharatlı ve yağlı yiyeceklerden sakınması konusunda bilgi verilir. Aynı zamanda yemeklerden sonra hastanın antiasit alması yararlı olabilir. Azalan özefajial peristaltizm ve özefajial daralma nedeniyle hastanın sevdiği yiyecekler ve yutma zorluğu değerlendirilerek diyetisyenle iş birliği içinde hastanın diyeti düzenlenebilir (Furst 2011, Stanford 2007). Diğer gastrointestinal semptomlar konstipasyon ve diyaredir. Kronik konstipasyon; gastrointestinal motilite azalmasına bağlı oluşur. Konstipasyona yönelik hemşirelik girişimleri; hastanın kolay yutulan ve lifli yiyecekleri yemesinin sağlanması, sıvı tüketiminin ve hareketin artırılmasını içerir. Diyare ise; malabsorbsiyon sendromu ile ilişkilidir ve diyet düzenlemesi ile önlenir. Eğer bakteriyel bir enfeksiyon gelişirse; tetrasiklin gibi antibiyotiklerin kullanımı ile tedavi uygulanır (MacDonald 2009).

### **Sjögren belirtilerine yönelik girişimler:**

Sklerodermalı hastalarda %95 oranında Sjögren sendromu (kuru ağız, kuru göz semptomları) gelişir. Bu durumda ağız kuruluğunu azaltmak için hastanın su içmesi sağlanır, ağız hijyenine özen gösterilir (Furst 2011, Stanford 2007). Hastaya yüz ve ağız sertliğini/gerginliğini önleyen yüz egzersizlerinin yaptırılması önemlidir (MacDonald 2009). Hastaya yapılacak diğer öneriler; diş sağlığını korumak amaçlı yumuşak diş fırçası kullanımı ve yılda bir kez diş muayenesi yaptırması, uyku öncesinde (herhangi bir nedenle operasyon planlandığında operasyon öncesi ve sonrası dönemde) göz damlası ve göz merhemi kullanmasıdır. (Furst 2011, Stanford 2007).

### **Psikolojik sorunlara yönelik girişimler:**

Sklerodermalı hastalarda fiziksel veya psikolojik durumunda gelişen değişiklikler veya sorunlar nedeniyle, sıklıkla anksiyete ve depresyon, beden imajında ve algısında değişiklikler görülür. Telanjiektazi (el ve yüzde küçük kırmızı noktalar) gelişmesi özellikle genç kadınların psikolojik ve sosyal olarak rahatsızlık hissetmelerine yol açabilir. Hasta; etkilenen bölgeleri parfümsüz ve su geçirmez kozmetiklerle kapatabilir ve bu bölgeleri güneş ışınlarından korumalıdır Hemşire; hastaya beden imajındaki değişimle baş etmelerine, hasta ve ailesinin duygularını ifade etmesine yardımcı olmalıdır (Furst 2011, MacDonald 2009; www.arthritisresearchuk.org).

### **Olası komplikasyonlara yönelik girişimler:**

Sklerodermalı hastalarda oluşabilecek komplikasyonlara (pulmoner ve renal komplikasyonlar) karşı uyanık olmak ve olası belirtiler açısından hastayı yakından izlemek önemlidir. Özellikle sıklıkla oluşan akciğerle ilgili komplikasyonlar açısından; dispne, aktivite toleransındaki değişimler, solunum derinlik ve hızındaki azalmaların

belirlenmesi gereklidir. Ayrıca solunumu kötüleştirebilecek bazı faktörlerden (polenler, sigara, rutubet gibi) uzak kalınması önerilmelidir. Destek tedavi olarak sıklıkla oksijen kullanılmalıdır. Renal komplikasyon gelişiminde en sık böbrek yetmezliği ortaya çıkabilir. Bu açıdan böbrek fonksiyonlarının takibi ile ilgili girişimler uygulanır; hemodiyaliz tedavisi gereksinimi olduğu durumlarda ise uygun hemşirelik girişimleri planlanır ve hasta/ aile; tedaviye uyum konusunda desteklenir (Furst 2011, MacDonald 2009).

Hastalar ve ailelerinin skleroderma ve bununla ilişkili durumlar hakkında eğitimi tedavide önemli bir yer tutar. Bu eğitim; yaşam tarzı değişiklikleri, stres, aşırı yorgunluk, fiziksel ve ruhsal travmalar, uykusuzluktan sakınmasının gerekliliği ile ilgili önerileri içermelidir. Olumlu sağlık davranışlarının kazanılması istendik düzeyde yaşam tarzına ulaşmayı daha da kolaylaştıracağı için, bu konuda hem sağlık profesyonellerinin hem de ailenin hastalığın seyri boyunca hastaya sosyal destek sağlaması önemlidir (Akbayrak ve ark. 2007, Stanford 2007).

Hastalık semptomlarının giderilmesi ve hafifletilmesi için önerilen tedavinin düzenli ve sürekli uygulanması sklerodermalı hastanın evde bakımında önem taşımaktadır. Bu nedenle; reçete edilen ilaçların güvenilir ve doğru kullanımının, uygulama tekniklerinin, ve izlem prosedürlerinin (örneğin; immünosupresif ilaçlar) hastaya/aileye anlayabileceği bir şekilde açıklanması gereklidir. İzlem süreçlerinde tedavinin yönlendirilmesine yardımcı olması amacıyla anketlerin ya da hastalık ile ilişkili ölçütlerin (örneğin; semptomlar, ağrı, vb.) uygulanması önemlidir (Akdemir ve ark. 2003, Akbayrak ve ark. 2007). Hastanın fiziksel veya psikolojik durumunda gelişen değişiklikler veya sorunlar nedeniyle multidisipliner ekip yaklaşımının ve bunlara ilave olarak poliklinik kontrolü, tanısal testlerin uygulanmasına yönelik takip ve evde bakım ile ilgili girişimlerin de hemşire tarafından koordine edilmesi gerekmektedir.

## **KAYNAKLAR**

- Akbayrak N, Erkan İlhan S, Ançel G, Albayrak A (Ed.) (2007). Hemşirelik Bakım Planları, 1. Basım, Birlik Matbaası, Ankara.
- Akdemir N, Birol L (2003). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 1. Baskı, Vehbi Koç Vakfı SANERC, Yayın no:2.
- Birol L (2002). Hemşirelik Süreci, 5. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık, İzmir.
- Brown S (2010) Management of digital ulcers related to systemic sclerosis. Nursing Standard, 24, 53-62.
- Büyükhatoğlu H (2007). Ürotensin II Peptidinin Reynaud Fenomeni ve Sistemik Lupus Eritematozus Hastalığındaki Rolü. Uzmanlık Tezi, Gaziantep. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 3-18.
- Büyük U (2006). Skleroderma'da Dönüştürücü Büyüme Faktörü(TGF) Geninde Polimorfizm Çalışmaları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1-7.
- Canbaz S, Ege T, Halıcı Ü. (2004). Reynaud Fenomeni. Türkiye Klinikleri Kalp Damar Cerrahisi, 5, 49-58.
- Chen K, See A, Shumack S (2003) Epidemiology and pathogenesis of scleroderma. Australasian Journal of Dermatology, 44, 1-9.
- Furst EA. (2011) Principal manifestations of systemic sclerosis. Continuing Nursing Education Course Material (No: 008-0-07), Merion Publications Inc. Pennsylvania State Nurses Association. Erişim Adresi: <https://nursing.advanceweb.com/CE/TestCenter/Content.aspx?CourseID=753&CreditID=1&CC=200933&sid=2793> (For Online Course); Erişim tarihi: 19.3.2011.



- Farber HW, Simms RW, Lafyatis R (2010) Analytic Review: Care of Patients With Scleroderma in the Intensive Care Setting. *Journal of Intensive Care Medicine*, 25(5), 247-258.
- Gülmen MK, Bilgin NG, Özbek S (2002) Olgu Sunumu: Sistemik Sklerozisde Kardiyak Tutulumla Bağlı Ölüm. *STED*,11(6), 220-222.
- Gürgey E, Akyol A, Bilen N (1995) Sklerodermada Klinik Spektrum ile Laboratuvar Bulguları Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji*, 5, 6-11.
- Kaya F (2010). Sklerodermalı Olgu Sunumu. XI. Ulusal Romatoloji Kongresi Kitabı. İstanbul, 140-142.
- Khanna D, Kaplan RM, Eckman MH (2009) A Randomized Study of Scleroderma Health State Values: A Picture Is Worth a Thousand Words, and Quite a Few Utilities. *Medical Decision Making*, 29, 7-14.
- Kreuter A, Krieg T, Worm M (2009) Diagnosis and Therapy of Localized Scleroderma. *Journal of the German Society of Dermatology*, 6, S1-S14.
- MacDonald PA (2009). Management of Clients with Rheumatic Disorders. *Medical Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes*. Ed: Black JM&Hawks JH. 8. Edition. Chapter 77, 2076-2079.
- Na S. Systemic Sclerosis: Background, Diagnosis And Treatment. Erişim Adresi: [www.aboutscleroderma.co.cc/ErişimTarihi:19.01.2011](http://www.aboutscleroderma.co.cc/ErişimTarihi:19.01.2011).
- Oksel F. Skleroderma ve İlgili Fibrotik Durumlar. İçinde: Klinik Romatoloji. (Ed: Gümüşiş G, Doğanavşargil E.) Deniz Matbaası, İstanbul, 1999 ss:309-320.
- Özen ME, Herken H, Savaş HA (2007) Serotonin geri alım inhibitörlerinin Reynaud fenomeni tedavisindeki yeri. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 42-44.
- Özgen M, Koca S (2010) Sklerodermanın Etiyopatogenezi ve Güncel Tedavisi. *F.Ü.Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 24 (1), 69 – 76.
- Roberson CM (2009) Scleroderma. *Alabama Nurse*, Sep-Nov, 36, 3.
- Sabir SM, Werth VP. (2000) Cutaneous manifestations of sclerosing conditions: involvement can be limited to the skin or extend to organ systems. *Journal of Musculoskeletal Medicine*. Vol:17(4):207-219.
- Sehgal VN, Srivastava G, Aggarwal AK (2002) Localized scleroderma/morphea. *International Journal of Dermatology*, 41, 467-475.
- Sierakowska M, Sierakowski S, Lewko J (2007) Nursing problems of patients with systemic sclerosis. *Advances in Medical Sciences*; 52(1), 147-152.
- Sözener ZÇ (2008) Akciğer Tutulumlu Sklerodermalı Olgularda Fonksiyonel Parametrelerin Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi*,3-8.
- Stanford P. (2007). Nursing Care of Patients. *Autoimmune Resource&Research Centre*. Hunter Area Pathology Service.
- First symptoms of systemic scleroderma. Erişim Adresi: <http://www.livestrong.com/article/105143-first-symptoms-systemic-scleroderma/> Erişim tarihi: 19.01.2011.
- Skleroderma nedir? Komplikasyonları nelerdir? (Actelion'un katkılarıyla) Erişim Adresi: <http://skleroderma.org/008.html>; Erişim Tarihi: 23 Mart 2011
- Skleroderma: An Information Booklet (pdf version). Arthritis Research Campaign ([www.arc.org.uk](http://www.arc.org.uk)). Published March 2003; Updated September 2007. Erişim Adresi: [http://www.arthritisresearchuk.org/files/6036\\_SCLERO\\_03-3\\_01032010144309.pdf](http://www.arthritisresearchuk.org/files/6036_SCLERO_03-3_01032010144309.pdf); Erişim Tarihi: 16 Mart 2011
- Skleroderma Hastalık Bilgilendirme Rehberi. İçinde: Romatizma Hastaları Bilgilendirme ve Destekleme Derneği Web Sayfası. Erişim Adresi: <http://www.romaturka.org/Skleroderma.aspx>; Erişim Tarihi: 16 Mart 2011