

PSİKİYATRİ HASTALARINDA SIVI VE ELEKTROLİT BOZUKLUKLARININ HEMŞİRELİK TANISI VE DEĞERLENDİRMESİ

NURSING DIAGNOSIS AND ASSESSMENT OF FLUIDS AND ELECTROLYTE DISTURBANCES IN PSYCHIATRIC PATIENTS

Nermin GÜRHAN¹

Gülşen TERAKYE²

¹ GO Hemşirelik Yüksekokulu, Beşevler, ANKARA

² Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sıhıye, ANKARA

Anahtar Sözcükler: Sıvı, elektrolit, psikiyatri, Hemşirelik tanısı

Key Words: Fluid, electrolyte, psychiatry, nursing diagnosis

ÖZET

Elektrolitler vücudumuzda değişik konsantrasyonlarda bulunmakta ve insan yaşamında çok önemli rol oynamaktadır. Genellikle de vücuttaki tüm elektrolitler hücrel bütünlük, hormonal etki, asit baz dengesi, içeri alınan ve atılanlar ile düzenlenmekte olup her dengesizlik ise bir sendromu oluşturmaktadır. Hızla teşhis edilerek tedavisinin yapılması gereken bir durum olan polidipsia ve hiponatremi üstünde Avrupa'da psikiyatri hastalarında 1990'lı yıllardan itibaren tekrardan durulmaya başlamış olmasına rağmen ülkemiz için durum aynı değildir.

SUMMARY

Electrolytes are found in varying concentrations in our bodies and play an important role in the life of mankind. Usually all the electrolytes in the body are regulated by cellular integrity, hormonal effects, the acid-base balance and the influx and efflux mechanisms, with every imbalance constituting a syndrome. Although in Europe on the psychiatry patients since 1990's it has been begun to be concentrated on the situation of polidipsia and hiponatremi which should be treated by being diagnosed immediately, the situation isn't same for our country.

GİRİŞ

Elektrolitler vücudumuzda farklı konsantrasyonlarda, birbirleri ile ilişki içinde bulunup, vücutta farklı fonksiyonları meydana getirmektedir. Genellikle vücuttaki tüm elektrolitler hücrel bütünlük, hormo-

nal etki, asit-baz dengesi, içeri alınan ve atılan ile düzenlenmekte olup, her dengesizlikte bir sendromu hazırlamaktadır.

Avrupa ülkelerinde psikiyatri hastaları tarafından aşırı sıvı tüketimi (Polydipsia) üzerinde doksanlı yıllardan itibaren tekrar durulmaya başlamasına rağmen, ülkemiz için bunun böyle olduğunu söyleyemeyiz.

Evenson ve arkadaşları tarafından Missouri de toplum mental hastalıkları kuruluşlarında tedavi gören 2201 psikiyatri hastasının %6.2'sinde (bunların %73'ü şizofreni), Blum ve arkadaşlara 24111 psikiyatri hastasının %17.5'inde yüksek sıvı tüketimi olduğunu rapor etmişlerdir (Lee J. At all 1992). Avrupa'da hastane de yatan şizofrenik hastaların idrar çıkarma kontrollerinin iki kat olması gerekliliği bilinmesine rağmen doksanlı literatürlerde genel psikiyatri hastalarında polydipsia ile birleşmiş hyponatremia sendromunun anlaşılmasını ve kuvvetli bir şekilde tekrarlandığı bulunmuş ve bir çalışmada eyalet hastanesinde bireysel etkili sıvı entoksikasyonu nedeniyle 53 yaşından önce ölen şizofrenik hastaların %19 olduğu açıklanmıştır (Pritesh J. At all 1992).

1975 yılında 28 kurumda yapılan çalışmalarda kronik psikotik hastalar arasında anormal günlük kilo alımı Raskind M. A. ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır (Raskind M. A. At all 1975). 1989'da Tallis'in açıklamasına göre sıvı zehirlenmesine bağlı hiponatreminin oluşması kronik psikiyatri hastalarında daha fazladır (Tallis 1989). Yine aynı yıllarda da kronik şizofrenlerin %68, akut şizofrenlerin %25'inde anormal boşaltım ve kilo kaybı Viewey. W. ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (Viewey. W. At all 1989). Briscoe ve arkadaşları ise psikoz sendromlu şizofrenik 9 hastada sıvı zehirlenmesini takiben neropsikolojik durum aralıklarında meydana gelen hiponatremia ve polydipsia tanımlamıştır(Briscoe L. At all 1993).

Polydipsia ve hiponatremi hızla teşhis edilerek, tedavisinin yapılması gereken bir durumdur. Bir çok uzman tarafından da polydipsi için çeşitli farmakolojik tedaviler önerilmekte olmasına karşın, ilaç skalası çalışmaları henüz tam değildir. Polydipsia ve hiponatreminin tedavisinde en önemli nokta; erken tanının konması ve tablo ilerlemeden erken safhada düzeltilmesidir. Polydipsideki ilk durum iki durum iki fenomenle ilgilidir ve çok kolaylıkla tanınır; poliüri ve sıvı zehirlenmesi. Poliüri; günde 3 lt'den daha fazla idrar kaybıdır (Sleeper 1935, Goldman 1991). Tıbbi durum ve tıbbi tedavi sıvı atılırrunda artma sebebi olmasına rağmen idrar miktarının artması birçok vakada atılan sıvı ile direk ilgilidir. Polydipsik hastalarda, böbrekler tüm sıvı adımıını atmayı başararnaz, sonuçta sıvı tutulumu ve er geç hiponatremi (düşük sodyum düzeyi) olu-

şur. Aniden oluşan ve/veya birçok hiponatremiye bağlı gelişen beyin ödemi psikiyatrik ve nörolojik semptomlara sebep olur ki buna sıvı zehirlenmesi denmektedir. Olağan üstü durumlarda polidipsik hastalar günde 10 veya 15 lt sıvı alırlar ve genellikle sıvı almalarının yanında soda-kahve gibi diğer sıvıları da tüketirler. Rinard'a göre (1989) sıvı zehirlenmesi vakalarının yarısı genellikle tam gelişene kadar anlaşılammıştır. Charles ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarına göre ise Nöroleptik ilaçlar, Ajitasyonda artma, Polidipsia, Sigara, Polyüri, idrar inkontinansı, Kilo değişimi, Bilinç bozukluğu gibi durumlarda sıvı zehirlenmesine neden olmaktadır (Charles B, at alt 1992). Kronik psikiyatri hastaları arasında polidipsia veya fazla sıvı alımı yetersiz durum hasta-lığı olarak bilinmektedir ve polidipsia sıldıkla kronik psikiyatri hastalarında, kısmi olarak da şizofrenlerde oluşmaktadır. Hasta bireyler ile birlikte olup onları yakından gözleyecek, sıvı elektrolit dengesizliğindeki birebir objektif ve subjektif belirtileri de hemen değerlendirerek önlemleri alacak olan sağlık personeli hemşiredir. Nitekim Lee J. ve arkadaşlarının çalışmasında da fazla sıvı tüketimi için sosyal öğrenme örneği geliştirilmiş olup, burada personel polidipsili hastaları günde üç kez tartmış ve elde edilen tüm veriler bazı skalalarda toplanarak, kilolar için temel bir prosedür kullanılmış ve bunların sonucuna göre hemşirenin hastanın odasına periyodik uğrama saatleri ayarlanmıştır. (Lee J. At all 1992).

Psikiyatri hastalarında sıvı ve elektrolit bozukluklarının hemşirelik tanısı ve değerlendirmesi

Genellikle vücuttaki tüm elektrolitlerin hücresel bütünlüğü, hormonal etkileri, asit-baz dengesi, alınan ve atılan sıvılar ile düzenlenmektedir. Sıvı elektrolit dengesizliğinin erken aşamada fark edilmesi de alınan ve atılan sıvının dikkatli gözlem ve takibi sonucu sağlanabilmektedir. Dikkatli gözlem ve takibi yapacak olan sağlık personeli ise günün yirmi dört saati bir fiil hasta ile birlikte olan, hastanın her türlü bakımından sorumlu olan hemşiredir.

Sıvı elektrolit dengesizliğini saptayarak erken dönemde önlem alınmasını sağlayacak olan hemşirelerin bakımları sırasında dikkat etmesi gereken unsurlar vardır bunlar ise:

Beslenme; Hastanın günlük yiyecek listesi (atıştırıcılar dahil), hoşlandığı yiyecekler, özel bir diyeti var mı, varsa tanımı, günlük acıkına zamanları, ağız sağlığı, günlük sıvı alımı, dişler protez mi, protez ise hangi damak ve sağlıklı mı, gün-hafta olarak alkol kullanımı, strese içecek-yiyecek alışkanlığı, tıbbi tedavi ve sigaranın iştahına etkisi, kültürel olarak beslenme şekli incelenir ve izlenir.

Deri ve Mukozası; Deri ve mukozanın rengi, kanlanması, nemliliği, ısısı, kalınlığı, turgoru iyi mi ve deri ya da mukozada lokalize olmuş lezyonlar var mı, el ve ayak tırnaklarında renk kaybı ve herhangi bir lezyon var mı? (Deri ve mukozada bu tür bozukluklar sıvı dengesizliği belirtileridir).Göz küreleri nemli ve açık mı, (göz kürelerinde çökme veya orbita etrafında c3dern, sıvı dengesizliğini gösterebilir). El ve ayaklarda yaygın ödem olabilir, el venleri yükseltildiğinde 3-5 dakika içinde boşalıp doluyor mu? (Sıvı kaybı durumlarında daha uzun sürede dolacak fazla sıvı alımında ise daha uzun sürede boşalacaklardır). Oral kavite pembe ve nemli görünümde mi? (Solgunluk ve kuru dil hiponatremiyi işaret etmektedir).

Kardiyovasküler sistem; Herhangi bir ağrı rapor edildi mi, ağrıya aktivite etkiliyor mu, solunum yetmezliği, herhangi bir ödem var mı, eğer var ise nerede lokalize, göde bırakıyor mu, vücut ağırlığında değişiklik, herhangi bir dokuda bozulma var mı, herhangi bir tıbbi tedavi alıyor mu? Arteriyel nabızlar nasıl (nabız kardiyak out-put hakkında anlamlı bilgiler sağlamaktadır; nabız dolgunluğu, nabız sayısındaki artış hipervolemide mevcuttur.Aritmiler ise potasyum ve kalsiyum dengesizliğinde yaygındır).

Solunum sistemi; Hemşire, kussmaul solunumu dikkate almalıdır, hasta herhangi bir ağrı söylüyor mu, nokturnal dyspnea veya ağrıdan dolayı herhangi bir uyku düzensizliği, solunum yetmezliği, nefes darlığı, balgamlı öksürük veya ödem var mı? Solunumun düzeni, ritmi, göğüs şekli, tırnak dibi, dudakların rengi nasıl, dikkat etmelidir. Sıvı kaybının oksijen durumuna etkisi, solunum depresyonu-azlığı, metabolik asidoz gibi durumlar ciddi elektrolit bozukluğunu gösterir.

Kas iskelet sistemi; Herhangi bir ağrı-kramp, herhangi bir yorgunluk, eklem sertliği veya şişliği, hareket alanında sinirlilik, postür duruşu, kas gücü, hipokalemi, tetani ve kas spazmı ile birleşmiştir, chvastek ve trousseau var mı? (Bunların görülmesi hipokaleminin temel göstergesidir).

Üriner ve Boşaltım sistemi; Dışkının rengi ve yoğunluğu, dışkılama sırasında ağrı hissi olup olmadığı, dışkılama sıklığına dikkat edilmelidir. İdrara çıkmasında herhangi bir değişiklik olup olmadığı, idrarın rengi, idrar yaparken ağrı, duraksama, sıkıştırma veya sık sık çıkma vb. gibi fazla miktarda idrar boşaltımı veya az miktarda çıkma var mı, varsa ne kadar sıklıkta boşaltım oluyor ve gece oluyor mu? Yaşlı bireylerde genellikle güçlü diüretikler kullanımı, diyetle alımda artış, diare veya laksatiflerle oluşan intestinal harabiyette artış ve konjestif kalp

zayıflıklarında idrar tutulumu, diüretik tedavisi sonucu potasyum kaybının yerine koyma yetersizliği sonucunda, yaşlı popülasyonda lavmanın sık kullanımı sonucunda hipokalemi oluşabilir. Bireysel hidrasyonun gözlenmesi de önemlidir. İyi hidrate olan kişinin idrarı açık sarı veya saman rengindedir, ne aşırı dilüe ne de konsantredir. idrar yoğunluğu özellikle ölçülmelidir; normal oran 1003-1025'dir. Dışkı katı ve şekilli olup yumuşak, sulu veya yoğun değildir. Özellikle sıvı dengesinin tam ölçümünde bireyin günlük kilosu alınır. Her zaman günün aynı saatinde ölçülmeli ve tercihen kahvaltıdan önce.

Sinir sistemi; Noromusküler iritabilite var mı gözlenmelidir. (Noromusküler iritabilite kalsiyum dengesizliğini gösterir), hipokalsemi; tetani, spazm ve parestezilerin, hyperkalsemi; kas tonüsünde azalma ve gevşeme sebebidir, buna ilaveten hafızada azalma olabilir.

Sıvı Elektrolit Dengesizlik" için Örnek Bakım Planı

<p>Hemşirelik tanısı; Sıvı volüm kaybı Hastada beklenen sonuç</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hastada sıvı volümünü yeterli hale getirmek • Hastanın laboratuvar bulgularının normal sınırlarda olması • Hasta ve ailesinin yeterli temel bilgiye sahip olması 	<p>Hemşirelik müdahalesi Vital bulguların değerlendirilmesi</p> <p>Kan tablosunun değerlendirilmesi Alınan ve atılan sıvı= değerlendirilmesi Her gün uygun şekilde kilo takibi tıbbi tedaviyi yerine getirmek</p> <p>IV ve/veya oral sıvı istemini yerine getirme Sıvı volüm kaybına ilişkin laboratuvar çalışmaları sonuçlarının değerlendirilmesi Sıvı kaybının ve kaybın tekrarlanmasının önlenmesi uygun tedavi ve boşaltım için danışmanlık ve bakımının devamını sağlamak.</p>
<p>Hemşirelik tanısı; Sıvı volümünde artı Hastada beklenen sonuç</p> <p>Hastanın kilosunun cinsiyetine, yaşına uygun olarak normale getirilmesi,</p>	<p>Hemşirelik müdahalesi</p> <p>Her gün hastanın kilosunun takibi</p> <p>Aldığı-çıkardığı takibi Alınan sıvıda lasıtlama(IV-Oral) Diyette sodyum kısıtlama tstemdeki diüretiğin verilmesi Periferal ödemi değerlendirme Hemodinamik durumu değerlendirme</p>
<p>Hastanın hemodinamik durumunun normal sınırlara getirilmesi</p>	<p>tstemdeki nontropik veveya vazodilatörlerin verilmesi</p>
<p>Hastanın elektrolit düzeylerinin normal sınırlara getirilmesi,</p>	<p>Sıvı tutumuna bağlı laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesi</p>

KAYNAKLAR

1. Lee J. Baldwin, Niels C. Beck, At all, Decreasing Excessive Water Drinking by Chronic Mentally 111 Forensic Patients, Hospital and Community Psychiatry, May 1992, yol: 43. No 5.
2. Pritesh J. Shan, William M. Greeberg, Polydipsia with Hyponatremia in a state Hospital Population. Hospital and Community Psychiatry. May 1992. Vol: 43 No 5.
3. Vieweg W. V., Godleski LS., At all, Development of Water Dysregulation During Ariters Third Stage of Schizophrenia?. Birel Psychiatry 1989, Dec. 26 (8).
4. Raskind M.A., Orenstein H., Christopher T.G., Acute Psychosis, Increased Water Ingestion and Inappropriate Antidiuretic Hormon Section. Am. J. Psychiatri. 1975 Sep. 132 (9).
5. Jose de Leon., Cherian Verghase., At all., Polydipsia and Water Intoxication in psychiatric patients: A Review of the Epidemiological Literature. Society of Biological Psychiatry, 1994: 35
6. Charles Bugle., Sarah Andrew., Julia Heath., Water Intoxication Journal of Psychosocial Nursing 1992, Vol. 30. No. 11
7. Barbara Howski Karp., Victor W., Vieweg R., Rapid Correction of Hyponatremia in psychiatric patients with polydipsia. The American Journal of Medicine March 1991. Vol: 90.
8. Alice S. Poys., Assesment and Nursing Diagnosis in Fluid and Electrolyte Disorders. Nursing Clinics of North America 1987, Vol: 22. No 4.
9. -----Intravenöz Tedavide Temel Kavramlar. B. Braun Melsunger A.G Bilimsel Derartmanı ve Atabey ilaç A.Ş. Bilimsel Departmanı. Logos Yayıncılık A.Ş. 1999 Istanbul.
10. Gertrude K Mc. Farland., Elizabeth A Mc Farland, Nursing Diagnosis & Intervention-Planning for Patient Care. The C.V. Mosby Company. St. Lows Baltimore Philadelphia Toronto, 1989.