

Voorligting aan Diabete en die Verpleegsorg Plan

Rina Fourie

Senior Lektise, Potchefstroomse Universiteit vir C.H.O.



SUMMARY

In the light of research reports it appears that diabetes mellitus is everywhere on the increase, and this fact gives cause for concern. The degree of success attained in the treatment of these patients depends largely on their co-operation and this in turn depends on the diabetic's knowledge of his sickness, possible complications and treatment and this knowledge must be transmitted by means of education by health personnel.

INLEIDING

GEDURENDE 1977 het daar 'n reeks insiggewende artikels oor die verpleegproses in die *S.A. Verplegingstydskrif* verskyn en dit is verblydend om op te merk dat hierdie nuwe benadering tot verpleegsorg nou op entoesiastiese wyse in talle van ons Suid-Afrikaanse hospitale gebruik word.

Sodra 'n mens jou begin verdiep in die ontwikkeling van standaardsorgplanne, kom jy opnuut onder die indruk van die hoë intellektuele eise wat vandag aan die verpleegster gestel word en word die belangrikheid van voortgesette onderwys 'n realiteit. 'n Standaardsorgplan vir voorligting aan diabete is 'n onontbeerlike vereiste in 'n mediese en buitepasiënte afdeling van enige hospitaal en in hierdie artikel word riglyne bespreek hoe om sodanige voorligting te gee en in Figuur 1 (p.30) word 'n voorbeeld van so 'n sorgplan gegee wat gebaseer is op 'n plan ontwikkel deur Mayers (1974).

WORD DIABETE GOED INGELIG OOR HUL SIEKTE?

Uit navorsingsverslae blyk dit dat diabetes mellitus dwarsoor die wêreld aan die toeneem is. Dit is 'n bron van kommer, wat ook al die rede daarvoor is. Die mate van sukses wat met die behandeling van hierdie pasiënte behaal word, hang tot 'n groot mate af van hul samewerking en hierdie samewerking is weer afhanklik van die kennis wat die diabeet het van sy siekte, moontlike komplikasies en

behandeling en hierdie kennis moet deur middel van voorligting deur gesondheidspersoneel verskaf word.

Daar is insiggewende navorsing in die V.S.A. en Kanada gedoen oor die kennis wat diabete (wat al jare aan die siekte ly) het van hul siekte. Die bevindings het aangetoon dat die meerderheid totaal onkundig is met betrekking tot die basiese feite van die siekte en daar is ook baie foutter met betrekking tot die behandeling. Die gemiddelde persentasie behaal na aanleiding van 'n vraelys was 40%. Daar is ook gevind dat diegene wat goed op hoogte was se diabetes beter onder beheer was as dié met geen of min kennis. Ongeveer die helfte van die diabete het geantwoord dat niemand hulle ingelig het nie. (Skelton, 1973). Wat die posisie presies hier in Suid-Afrika is, weet ons nie en dit sal interessante stof vir navorsing wees. Meeste voorligting word waarskynlik op 'n onbeplande wyse gedoen en daar is mees al nie 'n goed georganiseerde of selfs voorgestelde patroon van onderrig aan nuwe diabete nie. Dit is nie genoeg om 'n pamflet te voorsien nie; meeste verstaan dit nie of lees dit nie eers nie of die inligting word verkeerd geïnterpreteer.

WAT IS DIABETES MELLITUS?

Die logiese eerste stap in die voorligtingsproses is om aan die diabeet en/of sy naasbestaande te verduidelik wat dit presies is en die konsekwensies daarvan op die funksionering

van sy liggaamsprosesse. Dit moet in eenvoudige, verstaanbare taal gedoen word en moet natuurlik aanpas by die ontwikkelingsvlak van die pasiënt. Dit kan min of meer soos volg verduidelik word: nadat koolhidrate (suiker en stysel) geëet is, word dit in die spysverteringskanaal tot glukose afgebreek, deur die bloedstroom opgeneem en na die verskillende liggaamsweefsels vervoer. Maar voordat die glukose die selle kan binnedring om daar hitte en energie vry te stel, moet daar 'n chemiese stof, naamlik insulien, beskikbaar wees. In diabete is daar 'n tekort aan hierdie insulien wat deur die pankreas geproduseer word. Gevolglik ly die weefsel-selle en spierselle honger — die glukose is wel beskikbaar maar die selle kan dit nie gebruik nie. 'n Verdere gevolg is dat die glukose akkumuleer in die weefselvog en bloed en groot hoeveelhede daarvan word in die urine uitgeskei. Hoe hoër die glukosevlak in die bloed, hoe meer glukose sal in die urine verskyn. Nog 'n gevolg van die tekort aan insulien is dat die selle nou liggaamsproteïen en -vet verbrand vir energie in plaas van glukose wat nie beskikbaar is nie en dit gee aanleiding tot baie van die simptome van die siekte, onder andere dat gifstowwe in die bloed akkumuleer (ketone), wat 'n koma tot gevolg kan hê en wat eweneens deur die niere uitgeskei word. Dit lei ook daartoe dat die diabeet massa verloor ten spyte daarvan dat hy goed eet. In die ongekontroleerde diabeet word die liggaamsweefsels dus afgebreek om in sy energiebehoefte te voorsien.

Omdat die selle honger ly en daar terselfdertyd 'n tekort aan proteïen ondervind word, neem die diabeet se weerstand teen infeksie af en is selfs nietige wondjies geneig om septies te word. Die persoon is ook moeg en lusteloos. Sodra die diabeet nou bogenoemde proses verstaan, kan ons 'n paar verdere simptome verduidelik, byvoorbeeld die kwessie van dorstigheid en die uitskeiding van groot hoeveelhede urine om van die ongebruikte glukose ontslae te raak.

Om op te som, wat is die tekens van onbehandelde diabetes? Uriëntoets: glukose 2% en ketone positief; dorstigheid; asem ruik na aseton; passeer groot hoeveelhede urine; lusteloosheid, moegheid en slaperigheid; massaverlies; hongerigheid; visuele steurings (weens 'n onttrekking van vloeistof uit die lens van die oog).

KAN DIABETES GENEES WORD?

Die diabeet moet daarvoor ingelig word dat die siekte nie genees kan word nie maar dat die tekort aan insulien wel reggestel kan word deur middel van insulieninspuitings of orale preparate of bloot deur 'n spesiale dieet in ligte gevalle. Indien die bloedglukosevlak met behulp van een of meer van hierdie metodes en goeie toesig binne normale perke gehou word, sal die diabeet 'n normale en volle lewe kan lei en sal komplikasies voorkom of tot 'n minimum beperk kan word. Aanpassings mag van tyd tot tyd egter nodig wees en daarom is die gereelde besoek aan 'n kliniek of mediese praktisyn 'n noodsaaklike vereiste.

VOORLIGTING MET BETREKKING TOT DIEET-TERAPIE

Alle diabete, of hulle nou insulien kry of nie, benodig dieetaanpassings en dit is dan ook 'n faktor wat hoër prioriteit moet geniet in die voorligtingsprogram. Die meeste hospitale beskik vandag oor 'n dieetkundige en sy sal op versoek van die saalsuster die nodige voorligting kom gee. Maar die verpleegster moet ook haar onontbeerlike deel bydra want sy is elke etensyd by die pasiënt en sy moet dit benut as 'n waardevolle onderriggeleentheid.

Inligting oor die volgende moet verskaf word:

- die grondliggende beginsels van die dieet. Die dieetkundige sal, in samewerking met die geneesheer, die energie-behoefte van die pasiënt bereken na gelang van ouderdom, massa en aktiwiteit. Hy verstaan nou reeds die aard van sy siekte en verduidelikings oor die beperking van koolhidraat en vette in sy dieet sal gevolglik maklik begryp word en die belangrikheid daarvan ingesien word;
- die ideale massa wat gehandhaaf moet word. Oormassa verhoog die behoefte aan insulien en indien dit vermy word, sal die siekte makliker beheer word;
- die gebruik van kunsmatige versoeters;
- die belangrikheid om nooit 'n maaltyd oor te slaan nie indien diabetiese middels gebruik word;
- soorte voedsels wat toegelaat word, of beperk word of verbied word en die grootte van porsies. Hier is die sogenaamde "swartlyn-dieet" van groot waarde (Mullins, 1970). 'n "Swartlyn" beteken dat porsies van sekere voedsels 10 gram koolhidraat bevat, bv. 1 koppie melk, 1 klein aartappel, 1 dun sny brood, ens. Indien die diabeet 200 gram koolhidraat per dag toegelaat word, kom hy op 'n 20 "swartlyn" dieet. Die dieetkundige sal spyskaart vir drieweeklikse wisseling voorsien;
- alkoholgebruik. Indien dit gebruik word, moet die kilojoule-inhoud daarvan in berekening gebring word;
- snoeperye tussen maaltye. Dit word gewoonlik slegs toegelaat indien dit by die energie-behoefte en die dieetplan in berekening gebring word. 'n Ligte versnapering voor slaaptyd is egter van waarde as langwerkende insulien gebruik word.

VOORLIGTING MET BETREKKING TOT DIABETIESE MIDDELS

Insulientherapie

Die pasiënt begryp op hierdie stadium reeds watter rol insulien in sy siekte speel. Verdere goorligting in hierdie verband is die volgende:

- verduidelik die werking van die tipe insulien wat vir die pasiënt goorgeskryf is. Dit is belangrik dat die pasiënt sal weet wanneer die insulien maksimale uitwerking het sodat hy bedag kan wees op 'n insulienreaksie. 'n Handige aanskouingsmiddel in die saal is 'n kaart waarop al die verskillende soorte insulien tesame met die duur van werking en maksimale werking aangedui word. Literatuur hieroor kan by die apteker verkry word;
- verduidelik die dosis en sterkte van die insulien. Die pasiënt moet verstaan wat die verskil is tussen 40E en 80E insulien per ml en moet in staat wees om die voorgeskrewe dosis te bereken indien 'n insulien spuit nie beskikbaar is nie;
- inspuitingtegniek. Die voordele verbonde aan wegdoenbare spuite en naalde moet beklemtoon word maar indien 'n glasspuit gebruik gaan word, moet kooksterilisering verduidelik word. Aseptiese tegniek en alles wat dit behels moet deur die pasiënt bemeester word en deur die naasbestaande wat hiermee behulpsaam gaan wees;
- insulieninspuitings kan atrofie en hipertrofie (lipodistrofie in geval van beide reaksies) van onderhuidse weefsels tot gevolg hê maar indien die korrekte tegniek gebruik word, kan dit tot 'n groot mate voorkom word. Hipertrofie doen voor as harde of sponsagtige knoppe by die inspuitingsplekke en atrofie veroorsaak weer klein

- dimpels of selfs diep holtes. Die presiese oorsaak hiervan is nie bekend nie maar dit hou verband met herhaaldelike inspuittings op dieselfde plek. Dit mag te wyte wees aan weefseltrauma en/of die biologiese uitwerking van die insulien, of ook aan die spuit van insulien in die onderhuidse vetlaag (Burke, 1972). Behalwe dat lipodistrofie skendend is, word ook vermoed dat insulien daar ingespuut, swak absorbeer en die streke kan gevolglik vir maande of jare nie gebruik word nie;
- keuse van inspuittingsplek. Die plekke moet maklik bereikbaar wees, die vel en vet moet los genoeg wees sodat dit met gemak opgelig kan word; die deel moet nie baie sensitief wees nie en daar moet nie groot sensuwees wees wat beskadig kan word nie. Die dele wat gewoonlik aanbeveel word is die dye, buik, skouerblaai, boarms en boud (buitenste boonste kwart). Die bo-arm, skouerblaai en boud kan natuurlik nie deur die pasiënt self gebruik word nie;
 - rotasie van inspuittingsplek. Rotasie van spuitplekke is waarskynlik een van die mees effektiewe wyses waarop lipodistrofie voorkom kan word. Maar dit is nie genoeg om bloot net die verskillende inspuittingsplekke te roteer nie. Elke gebied word in rye verdeel sodat daar $\pm 2\frac{1}{2}$ cm spasie tussen spuitplekke is. So kan die dy byvoorbeeld in twee of drie lang blokke verdeel word en elke blok kan 5 tot 7 inspuittings akkommodeer. Op hierdie wyse kan een gebied vir 4-6 weke gebruik word sonder om een keer op presies dieselfde plek te spuit. 'n Vriend of naasbestaande kan behulpsaam wees met gebiede wat vir die pasiënt self onbereikbaar is;
 - inspuitingstegniek. Die tradisionele metode is subkutaan waar 'n kort naald gebruik word wat reghoekig met die vel ingestek word. Insulien kan ook binnespiers toegedien word maar met hierdie metode beland die stof gewoonlik in die onderhuidse vet in plaas van in die spier omdat 'n te kort naald gebruik word. 'n Alternatiewe metode word deur Burke beskryf waar die insulien diep tussen die vetlaag en die spier ingespuut word. Om dit suksesvol te doen moet die vel en vet opgelig word, 'n lang genoeg naald gebruik word om deur die vet te gaan en die naald dan met 'n hoek van 20-45 grade ingestek word. As die vel en vetlaag só opgelig word van die spier, word 'n ruimte gevorm waarin die insulien gespuut kan word en volgens Burke lewer dit goeie resultate op met die minimum lipodistrofie en 'n egalige absorpsie-spoed (Burke, 1972);
 - beklemtoon die belangrikheid daarvan dat die insulien stiptelik toegedien moet word.

Orale diabetiese middels

Indien van hierdie middels vir die pasiënt voorgeskryf word, moet inligting verstrek word oor die moontlike newe-effekte, sowel as die gevaar van 'n oordosis wat net soos insulien tot hipoglukemie aanleiding kan gee. Die middels moet streng volgens voorskrif gebruik word en buite die bereik van kinders gehou word. Literatuur hieroor is by die apteker verkrygbaar.

VOORLIGTING MET BETREKKING TOT URINE-ONTLEDING

Die goed ingeligte diabeet sal nie die toets van urine af en toe as 'n "mors van tyd" beskou nie. Voorwaarde vir sukses is egter dat hy sal weet wat die toets beteken en wat hy daarmee moet maak.

- Hoekom moet die urine getoets word? Die toets vir glukose in die urine is 'n rowwe indeks van die bloedglukosevlak en dus van die effektiwiteit van die behandeling. Dit word derhalwe tussen bloettoets as kontrolemaatreël gebruik. Die meerderheid toets vir glukose sal negatief wees of dit sal slegs 'n kwart persent of minder bevat. Indien 2% glukose gereeld voorkom en veral as daar ook ketone in is, moet geneeskundige advies onmiddellik ingewin word. Ketone in die urine is 'n gevaarteken en dit sal die pasiënt goed verstaan in die lig van die fisiologie wat aan hom verduidelik is;
- watter toets moet gedoen word? 'n Toets vir glukose alleen is voldoende maar as daar 2% glukose in is moet daar ook vir ketone getoets word;
- wanneer moet die urine getoets word? Sodra die diabetes goed gekontroleer is, hoef die toets tuis slegs een of twee keer per week gedoen te word maar op dié toetsdae **moet** die volle reeks toets gedoen word. Die toets van 'n enkele monster is nie van waarde nie. Persone wat insulien gebruik moet vier toets uitvoer, nl. voor elke maaltyd en ook voor slaaptyd. Persone wat orale preparate gebruik of slegs met behulp van dieet terapie gekontroleer word, toets vroeg in die oggend en 2-4 uur na die hoof maaltyd van die dag. Indien die diabeet egter siek voel om welke rede ook al, behoort die volle reeks toets elke dag gedoen te word vir solank die ongesteldheid voortduur (Macleod, 1974, pp. 696-697);
- hoe moet die toets uitgevoer word? Die preparate wat tuis gebruik gaan word om vir glukose en ketone te toets moet aan die pasiënt gedemonstreer word en die instruksies van die fabrikante moet eweneens beklemtoon word. Onthou om te beklemtoon dat die blaas 'n halfuur voor die toetsmonster verkry word, leeggemaak moet word anders sal die resultate nie betroubaar wees nie. Toetsresultate moet in 'n spesiale boekie aangeteken word en wanneer die kliniek of geneesheer gekonsulteer word, moet dit saamgeneem word.

VOETVERSORGING

Veral die middeljarige en bejaarde diabeet moet gemotiveer word om sy bene en voete net so goed te versorg as sy gesig! Ofskoon ons nie die pasiënt bang wil praat nie, moet hy bewus wees van die gevaar van gangreen. Die diabeet is besonder onderhewig aan aterosklerose en indien dit die onderste ledemate aantast, kan droë gangreen stelselmatig intree. Dit begin gewoonlik by die tone en derhalwe is goeie voetversorging noodsaaklik. Die volgende aspekte moet beklemtoon word:

- die sny van toonnaels en behandeling van liddorings en eelte moet met groot sorg uitgevoer word. Die toonnaels moet geknip word nadat die voete gewas is; 'n goeie lig moet gebruik word; die naels moet nie baie kort geknip word nie en dit moet reguit in plaas van rond geknip word. Velbeserings moet voorkom word en ingroei-toonnaels moet deur 'n voetkundige of verpleegster behandel word;
- enige rooiheid of swelling of verkleuring of sepsis moet onmiddellik geneeskundige aandag geniet;
- skoene en kouse moet goed pas. Skoene moet nie sonder kouse gedra word nie omdat dit geneig is om te skaaf;
- voete moet dikwels gewas word en daar moet goed tussen die tone drooggemaak word. Daar moet teen

- barsies gewaak word deur 'n goeie room aan te wend;
- been- en voetoefeninge is van groot waarde om die bloedstoevoer na die voete te verbeter. Die fisioterapeut kan hier 'n waardevolle bydrae lewer;
- daar moet gewaak word teen enigiets wat die bloedsirkulasie kan belemmer, bv. sit met gekruisde bene, kousrekke en vormdrag met lang bene. Tone wat styf teen mekaar druk of op mekaar klim, moet met skaapwol beskerm word;
- persone met swak sirkulasie in die bene moet 'n paar keer op 'n dag met die voete omhoog sit en die skoene uittrek;
- selfs die geringste besering moet onmiddellik goed ontsmet word en dopgehou word tot dit genees het en in die geval van swak sirkulasie moet die persoon verkieslik in die bed bly tot die wond genees het;
- daar moet gewaarsku word teen die gebruik van 'n warmwatersak. Sensasie in die voete is dikwels weens 'n neuritis afgestomp en brandwonde kan maklik opgedoen word. Warm wolsockkies kan in die winter gedra word. (Wassermann, 1975; Schweisheimer, 1968).

DIABETIESE NOODTOESTANDE TUIS

Koma as gevolg van diabetiese keto-asidose

Weereens moet die diabeet verwys word na die patologie van sy siekte wat reeds aan hom verduidelik is. Dan moet hy ook weet wat die waarskuwende tekens is, wat die oorsake daarvan is en hoe dit voorkom kan word. Die tekens is soos van onbehandelde diabetes en is reeds bespreek. Die oorsaak is dikwels een of ander bakteriële — of virusinfeksie soos griep, brongitis, diaree, septiese veltoestand, ens. 'n Besering, skok of emosionele ontsteltenis of swangerskap kan dit ook presipiteer. Hierdie toestande veroorsaak 'n tydelike verergering van die diabetes wat nie altyd in verhouding staan tot die erns van die infeksie nie. So kan 'n ligte infeksie tot hewige diabetiese simptome aanleiding gee. Wat moet die diabeet hieromtrent doen?

- win onmiddellik geneeskundige advies in tydens siekte van watter aard ook al. Infeksie moet tydig en deeglik behandel word. Moet nie wag tot tekens van pre-koma intree nie;
- gaan voort met die gewone diabetiese behandeling en as maaltye nie geneem kan word nie, drink versoete drankie;
- toets die urine vir glukose en ketone ten minste drie keer per dag en hou rekord daarvan;
- indien tekens van pre-koma intree (2% glukose en ketone in urine) of vloeistof kan nie ingeneem word as gevolg van braking nie, moet mediese advies weer ingewin word en word hospitalisasie 'n vereiste.

Afgesien van bogenoemde presipiterende hipergluemiese toestande, moet diabeete daarop gewys word dat keto-asidose ook sonder opvallende oorsaak kan intree en dat insulien behoeftes met verloop van tyd kan verander. Hulle moet derhalwe gemaan word om 'n streng roetine te handhaaf wat betref oefening, dieet en gereelde besoeke aan 'n kliniek of geneesheer sodat bloedglukose bepalinge gedoen kan word. Indien daarby gehou word, sal pre-koma of koma slegs by hoë uitsondering intree.

Hipoglukemie

Hierdie is 'n baie gevaarlike en vinnig fatale komplikasie van diabetiese middels veral insulien. Gelukkig kan dit vinnig reggestel word en gewoonlik ook betyds herken word. Vroeë tekens is 'n honger gevoel, bewerigheid, swetting, palpitasies, visuele steurnisse en verwardheid. Daarna volg delirium, ataksie, konvulsies en koma. Die urine sal nie glukose bevat nie. Dit word gewoonlik veroorsaak deur die oorslaan van 'n maaltyd, ongewone fisiese inspanning, emosionele ontsteltenis, wisseling van bloedglukosevlak in die sogenaamde onstabiele diabeete, 'n oordosis insulien, of soms weens een of ander onbekende rede. Die orale diabetiese middels kan ook hipoglukemie tot gevolg hê, alhoewel mees al nie so erg nie.

Indien bogenoemde tekens in die diabeet opgemerk word, moet glukose onmiddellik ingeneem word en hy moet ook aangeraai word om altyd glukoselekkers of -poelier beskikbaar te hou. Hulle moet verder ingelig word oor die waarde van 'n diabetes-identifikasie teken (Howells, 1969; Schweisheimer, 1968).

Figuur 1

'n Standaardsorgplan vir diabetes mellitus-voorligting.

SLOTOPMERKINGS

Diabeete behoort op georganiseerde wyse in groepe of individueel omtrent hul siekte en behandeling ingelig te word en hiervoor is die verpleegster die aangewese persoon. Die voorligting moet in alle gevalle opgevolg word met 'n toets om die vaardigheid en kennis van die pasiënt of sy naasbestaande om sy siekte tuis te hanteer, te bepaal. Moet nie aanvaar dat diabeete wat al jare aan die siekte ly, goed ingelig is nie, maar toets eers hulle kennis en u sal in baie gevalle ontnugter word. Met behulp van goed deurdragte voorligting kan die verpleegster veel vermag om die lewensverwachting van diabeete te verleng.

BRONNELYS

- Burke, Elizabeth L. Insulin injection. The site and the technique. *American Journal of Nursing*, December 1972, 72:12 pp. 2194-2196.
- Howells, Leonard. Diabetic emergencies in the home. *Nursing Mirror and Midwives Journal*, 7.11.69, 129:19 pp. 43-45.
- Macleod, John (Ed.) *Davidson's principles and practice of medicine*. 1974. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Mayers, Marlene, G. *Standard nursing care plans*. 1974, K/P Co. Medical Systems, Palo Alto, Calif.
- Mullins, D.G. Hyperglycaemia: case history. *Nursing Mirror and Midwives Journal*, 11.12.70; 131:21-24, p. 38.
- Nickerson, Donna. Teaching the hospitalised diabetic. *American Journal of Nursing*, May 1972, 72:5 pp. 935-938.
- Perks, Jenefer. Please nurse, what is diabetes? *Nursing Times* 22.11.73, 69:47 pp. 1585-1586.
- Schweisheimer, W. Foot infections in diabetic patients. *Nursing Mirror and Midwives Journal*, 23.8.68, 127:8, pp. 38-39.
- Skelton, Judith M. A diabetic teaching tool. *The Canadian nurse*, December 1973, 69:12 pp. 35-38.
- Wasserman, H.P. *Inleiding tot die interne Geneeskunde*. 1975. Universiteitsuitgewers en Boekhandelaars (Edms) Bpk., Stellenbosch.
- West, T.E. A guide for patients: the care of diabetes during illness. *Nursing Mirror and Midwives Journal*, 22.4.76, 142:17 pp. 53-54.

Naam:

Standardsorgplan Nr.

Diabetes Mellitus (Voerligting)

DATUM	GEWONE PROBLEEM	VERWAGTE GEVOLG	KEER-EN KONTROLETYD	VERPLEEGAKSIES
	<p>1. Potensiële ongekontroleerde diabetes en spanning agv swak begrip van:</p> <p>(a) Oorsaak en meganisme van diabetes.</p> <p>(b) Uriëntontleding en betekenis en doel daarvan.</p> <p>(c) Insulienwerking en toediening.</p> <p>(d) Orale diabetiese middels.</p>	<p>1. 'n Ontspanne en goeie ingeligte pasiënt.</p> <p>(a) Verbaliseer goeie begrip van oorsaak en gevolge van diabetes</p> <p>(b) (i) Verbaliseer redes vir uriëntontleding. (ii) Demonstreer vermoë om urine te ontleeë en resultate te interpreteer. (iii) Demonstreer 'n vermoë om toetsmiddels reg te hanleer.</p> <p>(c) (i) Demonstreer 'n vermoë om dosis te bereken, insulien op te trek en toe te dien. (ii) Besef belangrikheid om spuitplekke af te wissel. (iii) Ken die werking van insulien.</p> <p>(d) Verbaliseer begrip van: (i) werkingswyse; (ii) newe-effekte; (iii) gevare.</p>	<p>Ontslag</p> <p>Ontslag</p> <p>Ontslag Daaglik</p> <p>Ontslag Daaglik</p> <p>Ontslag</p>	<p>1. SPESIFIEKE GEREJISTREERDE VERPLEEGSTER verantwoordelik vir primêre voerligting. Betreknasbestaandes ook. Deurlopende onderskraging deur res van span.</p> <p>(a) (i) Voorsien pamflet oor diabetes en illustrasies en verduidelik meganisme. (ii) Toets pasiënt daaglik vir begrip.</p> <p>(b) (i) Verduidelik waarom uriëntontleding nodig is. (ii) Leer pasiënt die metode wat tuis gebruik sal word vir glukose en ketone bepaling. (iii) Reëls ivm hantering van toetspreparate.</p> <p>(c) Verduidelik: (i) verskillende sterktes insulien; (ii) aseptiese tegniek; (iii) optrek en toediening van insulien; (iv) rotasie van spuitplekke; (v) werking van tipe insulien wat pasiënt kry.</p> <p>(d) Onderrig pasiënt mbr: (i) werkingswyse; (ii) newe-effekte en (iii) gevare van die spesifieke orale middel voorgeskryf. (iv) Belangrikheid om massabepaling een keer per week te doen.</p>

DATUM	GEWONE PROBLEEM	VERWAGTE GEVOLG	KEER-EN KONTROLETYD	VERPLEEGAKSIES
	(e) Dieet.	(e) Verbaliseer 'n begrip van: (i) die rol wat die spesiale dieet speel; (ii) soorte en grootte van voedselporties toegelaat.	Ontslag Daaglik	(e) Vra dieetkundige om pasiënt te kom spreek. Deurlopende ondersteuning deur verpleegsters mbt: (i) belangrikheid van dieet; (ii) dieetbeginsels, soorte en grootte van voedselporties toegelaat. (iii) spyskaart.
	(f) Hipoglukemie.	(f) Verbaliseer 'n kennis van: (i) die tekens en gevare; oorsake (bv. ete oorslaan, buitengewone ooreising of oordosis insulien); (ii) behandeling van hipoglukemie; (iv) belangrikheid om glukoselekkers byderhand te hou en 'n diabetiese identifikasieskyfie te dra.	Ontslag Daaglik	(f) Onderrig pasiënt mbt tekens oorsake, behandeling, voorkoming van hipoglukemie. (ii) Adviseer mbt die aansak van 'n identifikasietekens, bv. Medic-Alert.
	(g) Hiperglukemie en diabetiese keto-aidose.	(g) (i) Verbaliseer 'n kennis van die tekens en oorsake en behandeling van hiperglukemie. (ii) Verbaliseer kennis van die invloed wat ander siektetoestande kan hê op diabetes en wat daaromtrent te doen (bv. infeksie, diurese).	Ontslag Daaglik	(g) Voorligting mbt: (i) tekens van hiperglukemie; (ii) invloed van ander siektetoestande op diabetes en wat om daaromtrent te doen.
	(h) Vatbaarheid vir infeksies en gangteen.	(h) Verbaliseer begrip van: (i) die effek van diabetes op die sirkulasie en sensasie (veral bene en voete); (ii) voorkoming van verbeserings en gangteen. (iii) Demonsreer vaardigheid in vel en voetsorg en knip van teennagels.	Ontslag Daaglik	(h) (i) Gee voorligting mbt neiging tot atroom en effek daarvan op sirkulasie en sensasie in bene. (ii) Voorligting mbt: voethigiene; toonaelversorging; uiterste temperatuur; liddorings; daaglikse inspeksie; voet- en beenoefeninge. (Prosedure No.)