

Altersdiabetes

Dezember/95

von
Kristina Weverink-Ebert

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Definition
3. Physiologie
4. Klassifikation
5. Häufigkeit
6. Ursachen des Altersdiabetes
7. Klinik bei Altersdiabetikern
8. Komplikationen
 - 8.1. Coma diabeticum
 - 8.2. Hypoglykämisches Koma
9. Spätfolgen
 - 9.1. Gefäßveränderungen
 - 9.2. Nervenirritationen
10. Diagnostik
 - 10.1. Blutzuckerbestimmung
 - 10.2. Zuckernachweis im Harn
 - 10.3. Acetonbestimmung
 - 10.4. Suchtests
 - 10.4.1. oraler Glucosetoleranztest
 - 10.4.2. Glykohämoglobin-Bestimmung
 - 10.4.3. Insulinnachweis im Blut
 - 10.4.4. C-Peptid Bestimmung
11. Therapie
 - 11.1. Diät
 - 11.2. orale Antidiabetika
 - 11.3. Insulintherapie
 - 11.3.1. Alt-Insuline
 - 11.3.2. Verzögerungsinsuline
 - 11.3.3. Mischinsuline
12. pflegerische Aspekte
 - 12.1. Pflegeprozeß allgemein
 - 12.1.1. Die Informationssammlung
 - 12.1.2. Probleme und Ressourcen
 - 12.1.3. Pflegeziele
 - 12.1.4. Maßnahmen
 - 12.1.5. Pflegebericht
 - 12.2. Pflegeprozeß speziell beim Diabetiker
 - 12.2.1. Informationssammlung
 - 12.2.2. Pflegeplanung
13. Fallbeispiel
 - 13.1. Pflegeanamnese
 - 13.2. Pflegeplanung
14. Schlußwort
15. Quellenverzeichnis

1. Einleitung

"In der Bundesrepublik Deutschland leben derzeit (1988) rund 10 Millionen Menschen über 65 Jahre. 20 % der Gesamtbevölkerung sind älter als 60 Jahre. Alte Menschen bilden einen hohen Anteil der Patienten in Praxen und Kliniken. Auf internen Krankenhausabteilungen sind rund 40 % der Patienten älter als 70 Jahre. Bis zum Jahre 2030 wird der Anteil der über 60 Jahre alten Personen in der Gesamtbevölkerung von 20 auf 36 % ansteigen."

(Zitat: Linus Geisler

Innere Medizin I
Kohlhammer Verlag¹³1989
Seite 202)

"Die Mehrzahl der Diabetiker sind ältere Menschen (>>Altersdiabetes<<), so daß die Diabeteshäufigkeit bei den 55-70 jährigen zwischen 6 und 8 % liegt:"

(Zitat: Linus Geisler

Innere Medizin II
Kohlhammer Verlag¹⁴1992
Seite 118)

2. Definition

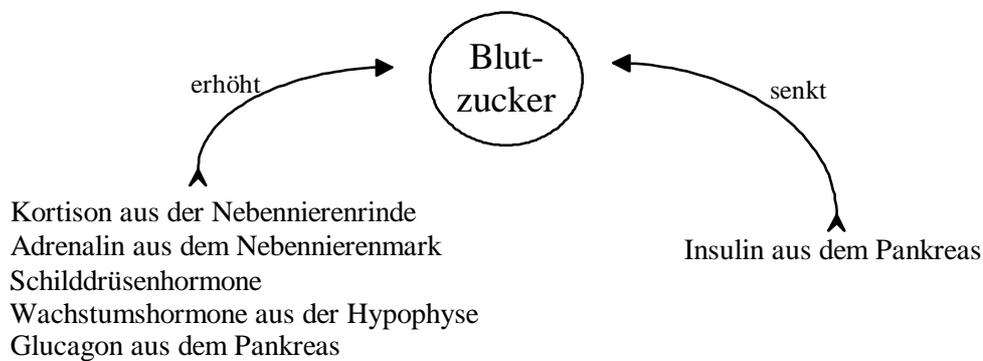
Diabetes mellitus kann mit "honigsüßer Urin" übersetzt werden (lat. mellitus = mit Honig versüßt). Diese Bezeichnung stammt noch aus der Zeit der alten Griechen, bei denen die Diagnose des Diabetes durch das Symptom des süßen Urins gestellt wurde.

Es handelt sich um eine chronische Stoffwechselerkrankung, die hauptsächlich den Kohlehydratstoffwechsel betrifft. Aufgrund der Häufigkeit, der möglichen schwerwiegenden Komplikationen und der langwierigen Therapie ist der Diabetes einer der volkswirtschaftlich wichtigsten Erkrankungen überhaupt.

3 Physiologie

In den Inseln des Pankreas (Bauchspeicheldrüse) befinden sich die A- und B-Zellen. Die A-Zellen bilden Glucagon, welches den Blutzucker bilden. Die B-Zellen produzieren das lebensnotwendige Insulin. Es erhöht die Glukoseverwertung und führt somit zu einer Senkung des Blutzuckers.

Die Produktion und Ausschüttung von Insulin wird, in Form eines Regelkreises, von der Höhe des Blutzuckerspiegels geregelt. In diesen Mechanismus greifen jedoch noch weitere Hormone ein.



4. Klassifikation

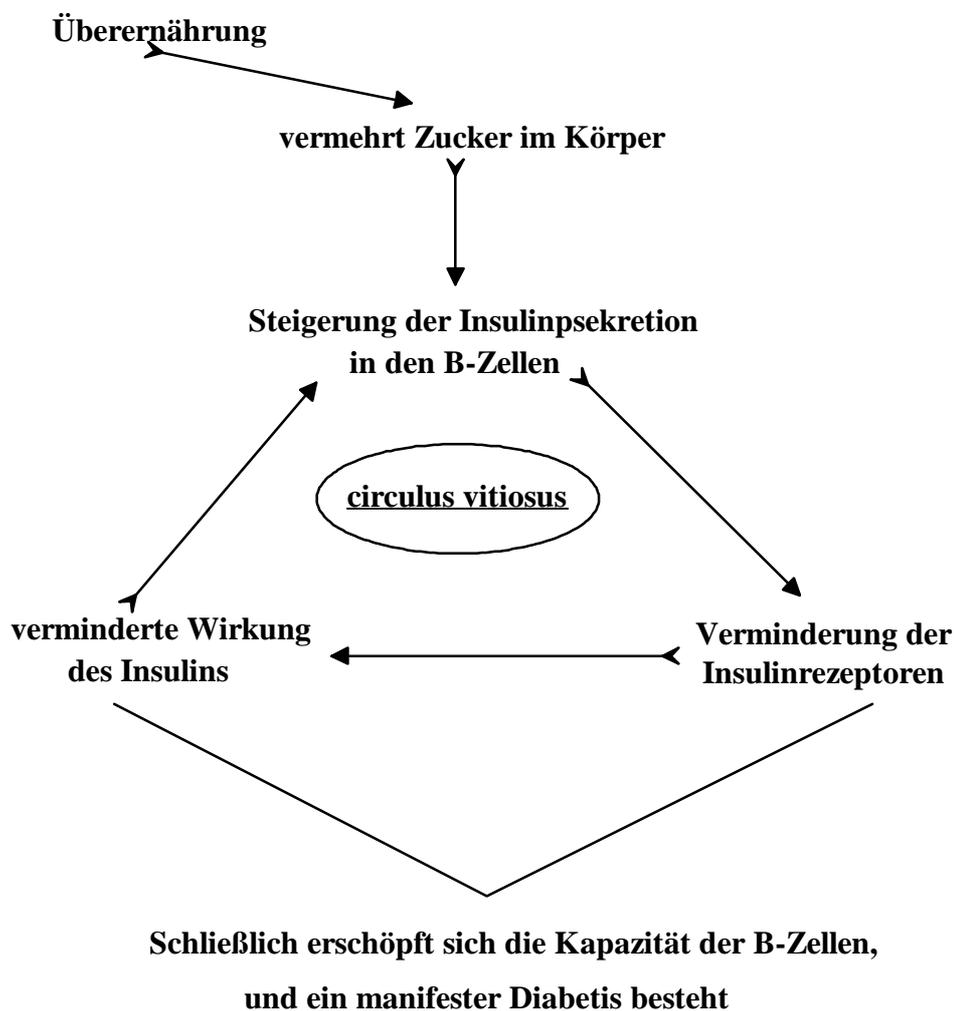
	Typ I	Typ II
andere Bezeichnung	juvener Typ	erwachsenen Typ Altersdiabetes
Manifestationsalter	meist in der Jugend	mittleres und hohes erwachsenen Alter
Manifestation	rasch	verzögert oft unbemerkt
Sulfonylharnstoffe (z.B. Euglucon®)	unwirksam	oft wirksam
Insulintherapie	erforderlich	zu Beginn nicht er- forderlich
Typen		Typ-A: Normalgewicht Typ-B: Übergewicht

5. Häufigkeit

Die Zahl der Typ-II Diabetiker in einer Population steigt mit dem Grad der Zivilisation und der Überernährung. So konnten in und unmittelbar nach den beiden Weltkriegen ein rapider Rückgang der Diabeteshäufigkeit verzeichnet werden. Die Mehrzahl der Diabetiker sind ältere Menschen. Die Diabetes-häufigkeit bei den 55-70 jährigen liegt bei 6 bis 8 %.

6 Ursachen des Altersdiabetes

Es handelt sich um einen erworbenen Defekt der Insulinrezeptoren und einer gestörten Insulinsekretion. Überernährung und das somit anfallende Übermaß an Kohlenhydraten, führt zu einer Steigerung der Insulinsekretion in den B-Zellen, welches den hohen Zuckergehalt des Blutes ausgleicht. Hohe Insulinspiegel jedoch, lassen den Körper mit einer Reduktion von Insulinrezeptoren reagieren. Dadurch wird eine weitere Steigerung des Insulinspiegels notwendig. Dieser Teufelskreis hält so lange an, bis die Kapazitäten der B-Zellen erschöpft sind, und sie nur noch wenig oder kein Insulin mehr produzieren können.



7. Klinik bei Altersdiabetikern

Typische Zeichen sind: viel Durst, große Trinkmengen, vermehrtes Wasserlassen. Weiterhin Gewichtsabnahme bei normalem Appetit, Juckreiz, Nervenschmerzen, häufige Infektionen wie z.B. die Furunkulose oder Pilzerkrankungen, schlecht heilende Wunden und Gesichtsrötung.

Sie neigen zu einem Bluthochdruck und 80% sind übergewichtig.

8. Komplikationen

8.1. Coma Diabeticum

Dies ist die schwerste Form der diabetischen Stoffwechselstörung, mit einer massiven Erhöhung der Blutzuckerwerte (700 - 1000 mg/dl)

Hervorstechende Symptome sind: eine pausenlose tiefe Atmung (Kußmaulsche Atmung), Acetongeruch der Ausatemungsluft und eine hochgradige Austrocknung der Haut und Schleimhäute. Die Reflexe sind erloschen. Das Koma entwickelt sich nur sehr langsam und zunächst oft unbemerkt.

Die Substitution von Alt-Insulin, regelmäßige Vitalzeichenkontrollen, Flüssigkeitszufuhr und konsequente Blutzuckerbestimmungen sind die Maßnahmen der ersten Wahl.

8.2. Hypoglykämisches Koma

Als Folge eines Insulinüberschusses kommt es zu Zuckerwerten von weniger als 40 mg/dl.

Ursachen können eine überschießende Gegenregulation des Körpers auf eine Überzuckerung oder eine zu große exogene Insulinzufuhr sein.

Zeichen sind Heißhunger, feuchte Haut, Schwäche, Unruhe, Zittern, Erregbarkeit, Angst und evtl.. Krämpfe. Das Koma tritt akut auf und meistens fehlen die Warnsignale.

Das Mittel der Wahl ist die Substitution von Kohlenhydraten. Z.B. gesüßten Tee beim ansprechbaren Patienten, bzw. die Injektion einer glucosehaltigen Lösung beim komatösen Patienten.

9. Spätfolgen

10 bis 15 Jahre nach Beginn der Erkrankung, können Veränderungen auftreten, die eventuell den gesamten Körper betreffen.

9.1. Gefäßveränderungen

Typischerweise verdicken sich die Gefäßwände und die Durchblutung in verschiedenen Körperregionen wird vermindert.

Bei den Nieren führt dies zu einer gestörten Funktion, in den Augen kommt es zu Netzhautveränderungen und gegebenenfalls zum Grauen Star.

Die allgemeine Arteriosklerose erhöht die Gefahr des Schlaganfalls und des Herzinfarktes.

Auch das "offene Bein" und schlecht heilende Wunden sind auf die gestörte Durchblutung zurück zuführen.

9.2. Nervenirritationen

Sie äußern sich durch Taubheitsgefühl, aber auch brennende Schmerzen mit nächtlicher Beschwerdezunahme. Durchfälle und Verstopfung, Impotenz und Blasenentleerungsstörungen sind typisch.

10. Diagnostik

10.1. Blutzuckerbestimmung

Der normale Nüchternwert liegt bei 60-100 mg/dl.
Nach einer Mahlzeit sollte er nicht über 150 mg/dl liegen.

10.2. Zuckernachweis im Harn

Mit einem Teststreifen kann der Zuckergehalt im Urin festgestellt werden.

10.3. Acetonbestimmung

Bei mangelnder Zuckerverwertung durch fehlendes Insulin, werden Fette als Ersatz verwendet. Es entsteht Aceton der im Urin nachgewiesen werden kann.

10.4. Suchtests

10.4.1. oraler Glucosetoleranztest

Nach der Gabe einer genau definierten Menge Glucose, wird mittels Blutzuckerbestimmungen getestet, in wie weit der Körper Kohlenhydrate verwerten kann.

10.4.2. Glykohämoglobin-Bestimmung

Dieser Blutwert spiegelt die mittleren Zuckerwerte der letzten 6-8 Wochen wieder.

10.4.3. Insulinnachweis im Blut

10.4.4. C-Peptid-Bestimmung

Dieser Blutwert ist ein Maß für die noch vorhandene körpereigenen Insulinsekretion.

11. Therapie

Die Therapie sollte unter ständiger ärztlicher Kontrolle erfolgen. Sie beruht im wesentlichen auf drei Pfeilern.

11.1. Diät

Grundsätzliche Richtlinien sind: viele kleine Mahlzeiten, viel Eiweiß und Ballaststoffe, wenig Fett. Die Menge an Kohlenhydraten richtet sich nach dem individuell berechneten Kalorienbedarf.

11.2. orale Antidiabetika

Dies sind Sulfonylharnstoffe wie z.B. Euglucon®. Die Maximale Dosis beträgt 3 Tabletten pro Tag. Die Tabletten werden eingesetzt, wenn eine diätetische Einstellung nicht möglich ist. Sie verstärken die Ausschüttung und Wirkung des Insulins. Bei dieser Therapie ist ein gesteigerter Appetit möglich, und an die Gefahr der Unterzuckerung muß gedacht werden

11.3. Insulintherapie

Die Indikationen dieser letzten Therapiestufe sind ein Diät- bzw. Tablettenresistenter Diabetes. Weiterhin bei schweren Entgleisungen und bei besonderen Belastungen wie Operationen, Infektionen usw. Auch hier muß an eine Unterzuckerung durch Überdosierung oder Auslassen einer Mahlzeit gedacht werden. Es gibt drei verschiedene Insulinarten.

11.3.1 Alt-Insuline

Die Wirkung tritt nach 30 Minuten ein und hält ca. 6 Stunden an.

11.3.2 Verzögerungsinsuline

Die Wirkung tritt nach 1-2 Stunden ein und hält ca. 20 Stunden an.

11.3.3 Mischinsuline

Hierbei handelt es sich um ein Gemisch aus den beiden oberen Arten mit unterschiedlichen Mischungsverhältnissen.

12.pflegerische Aspekte

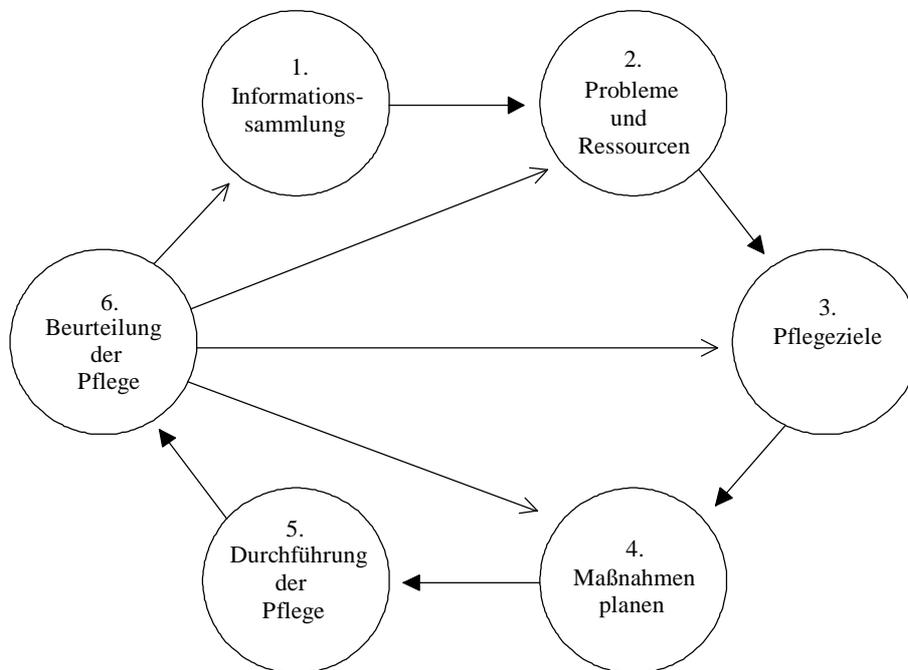
12.1. Pflegeprozeß allgemein

Ziel des Pflegeprozesses ist die individuell und ganzheitliche an den Patienten angepaßte Problemlösung bzw. die Kompensation der nicht lösbaren Probleme.

Mit diesem Hintergrund wird Kranken- bzw. Altenpflege zu einer überlegten, zielgerichteten, geplanten und individuell angepaßten Handlung, die sich stets neu an aktuelle Ist-Situationen orientiert.

Im einzelnen stellt sich der Pflegeprozeß als eine Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten dar, die alle auf ein Ziel hin, die Problemlösung ausgerichtet sind.

Den Anfang bildet die Informationssammlung. In ihr wird der Ist-Zustand des zu Pflegenden festgehalten. Aufgrund diesem werden die individuellen Probleme des Patienten und dessen Ressourcen abgeleitet. Als dritter Schritt werden entsprechende Pflegeziele formuliert und anschließend die dazugehörigen Pflegemaßnahmen geplant. Nach der Durchführung der Pflege erfolgt unbedingt eine Beurteilung der Wirkung auf den Patienten. Nun kann die Informationssammlung vervollständigt, die Probleme und Ressourcen können aktualisiert und die Pflegeziele neu definiert werden. Der Regelkreis schließt sich.



12.1.1 Die Informationssammlung

Synonyme: Datensammlung, Aufnahmeprotokoll, Pflegeanamnese.

Sie beginnt mit dem Erstgespräch und wird für die Dauer der Pflege ständig weitergeführt und modifiziert.

Inhalt: Personalien, Diagnose, Bezugspersonen, individuelle Gewohnheiten und Wünsche, individuelle auch krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit, individuelle Ressourcen, Vorerfahrung in einem Altenheim und mit Pflegepersonal, Erwartungen an das Pflegepersonal, soziale Situation u.s.w.

Ziel ist es ein möglichst ganzheitliches Bild zu ermitteln.

Zur Vereinfachung könnte man den Inhalt der Pflegeanamnese in drei Säulen aufteilen. In die physische, psychische und soziale Situation des Patienten.

Informationsquellen: der Patient/Bewohner selber, Angehörige oder Zuvorpflegende, Arzt, Freunde, Bekannte, Geistliche, Sozialdienst, objektive Daten (z.B. Größe, Gewicht, RR, BZ u.s.w.), das Erstgespräch, ärztliche Anamnese und Anordnungen, Einweisungsscheine, Verlegungsbericht, pflegerische Beobachtungen u.s.w.

12.1.2. Probleme und Ressourcen

Zur Festlegung der Probleme bieten sich die 12 ATL`s zur Orientierung an.

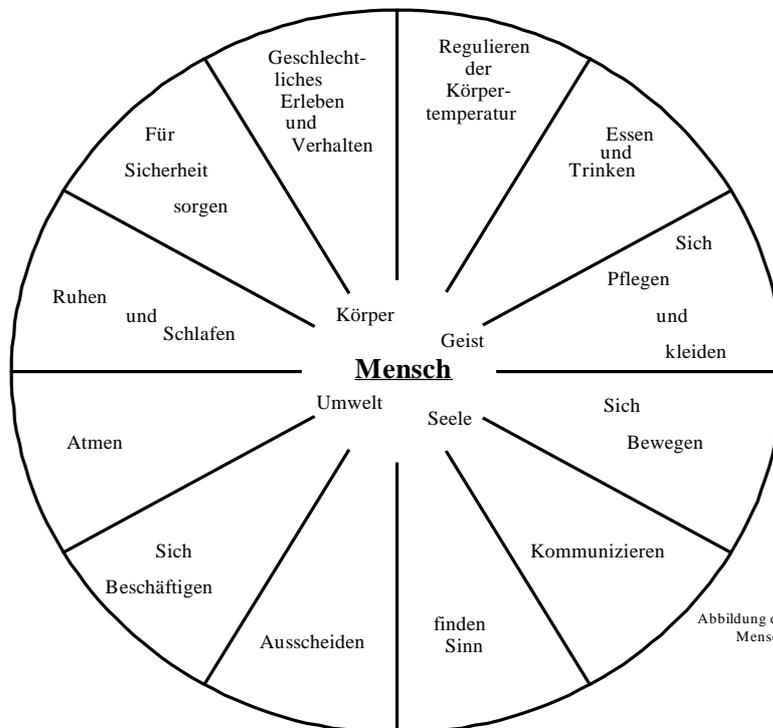


Abbildung entnommen aus "Die Pflege des Menschen" von Mechthild Seel.

Die ganzheitlich ausgerichteten Aktivitäten des täglichen Lebens

Aufgrund der Informationssammlung können nun Beeinträchtigungen und Ressourcen von den Bereichen der ATL`s abgeleitet werden.

Es gibt fünf Arten von Pflegeproblemen:

- 1.) Aktuelle Probleme sind beobacht- und meßbar (z.B. Hypertonie).
- 2.) Potentielle Probleme sind Risikofaktoren, die nach pflegerischem Wissen zu einem bestimmten Problem führen können (z.B. Wundheilungsstörungen)
- 3.) Verdeckte Probleme können nur durch beobachtete Verhaltensänderungen vermutet werden (z.B. Stimmungswechsel).
- 4.) Generelle Probleme treten in bestimmten Situationen grundsätzlich auf (z.B. Diätfehler führt zur Entgleisung des Blutzuckers).
- 5.) Individuelle Probleme resultieren aus dem persönlichen Krankheitserleben und sind oft (mit-) bedingt durch die soziale Situation.

Ressourcen:

Hier handelt es sich um Kräfte, Fähigkeiten und Möglichkeiten, die dem Kranken zur Förderung seines Heilungsprozesses oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation zur Verfügung stehen.

12.1.3. Pflegeziele

Das Pflegeziel beschreibt den zu erreichenden Zustand des Patienten. Für die Zielsetzung sind bestimmte Kriterien zu beachten. Das Ziel muß:a)

- a) realistisch
- b) erreichbar
- c) überprüfbar
- d) nachvollziehbar sein.

Es werden allgemein Fern- und Nahziele unterschieden. Fernziele beschreiben das gewünschte Endergebnis, wobei Nahziele Teilergebnisse beschreiben, die in absehbarer Zeit erreicht werden sollen.

12.1.4. Maßnahmen

Die Maßnahmen orientieren sich an den Pflegeproblemen, Zielen und Ressourcen. Die Formulierung sollte knapp und präzise sein. Aufgeführte Maßnahmen müssen allen an der Pflege Beteiligten bekannt sein.

12.1.5. Pflegebericht

Er spiegelt den Verlauf und die Wirkung der Pflege, sowie das Befinden des Patienten wieder. Mit ihm läßt sich eine Beurteilung der Pflege durchführen. Hier besteht nun die Möglichkeit die zuvor festgelegten Probleme, Ziele und Maßnahmen zu verändern bzw. zu aktualisieren.

12.2 Pflegeprozeß speziell beim Diabetiker

12.2.1. Informationssammlung

Fragen die beim Diabetiker besondere Beachtung verdienen, sind im folgenden aufgelistet.

a) physisch:

- Wie ist der Diabetes eingestellt (Diät,Tabletten,Insulin)?
- Kennt der Patient seine Krankheit ?
- Kennt er die Therapievorschriften (Diätplan...) ?
- Ist er in der Lage sich korrekt das Insulin zu verabreichen ?
- Ist er übergewichtig ?
- Sind bereits Spätfolgen eingetreten ? In welcher Art und Weise schränken sie ihn ein ?
- Welche Komplikationen gab es schon ?
- Kann er selbst seinen Zucker bestimmen ?
- Gibt es Probleme bei der Nahrungsaufnahme ?
- Hat er besondere Eßgewohnheiten ?

b) psychisch:

- Wie ist seine allgemeine Stimmungslage ?
- Kann er seine Krankheit akzeptieren ?
- Kann er sich mit der lebenslangen Therapieabhängigkeit abfinden ?
- Wie geht er mit der drohenden Gefahr von Komplikationen um ?
- Kann er seine Freizeit sinnvoll ausfüllen ?

c) sozial:

- In welchem Milieu lebt er ?
- Ist er kontaktfreudig ?
- Bekommt er Hilfestellung durch Angehörige, Freunde usw. ?
- Freizeitbeschäftigung

12.2.2 Pflegeplanung

Pflegeproblem	Fernziel	Nahziel	Maßnahmen
Veränderungen des Herz-kreislaufsystemes -Hypertonie -Durchblutungsstörungen	-eine Verschlechterung wird verhindert -der Blutdruck ist stabil	-der Blutdruck wird auf Dauer kontrolliert -die Durchblutung (insbes. der Beine) wird gefördert	-regelmäßige RR-Kontrollen -Gefäßstraining
Änderung der Ernährungsweise	-er kennt den Stellenwert der Diät -er kennt die Diätregeln -er hält sich an die Diät -er kann die Diät auch innerhalb seiner sozialen Umgebung einhalten	-er bekommt Informationen zu Krankheit und Diät -sein Umfeld kennt die Regeln	-Informationen geben über die Krankheit und die Wichtigkeit der Diät -Regeln erläutern -Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Schulung -mit seinem Umfeld die praktische Durchführung der Diät erörtern
ingeschr. Mobilität -Durchblutungsstörungen -Sensibilitätsstörungen -Sehstörungen	-normale Mobilität -normale Durchblutung -normale Sehfähigkeit -keine Schmerzen bei Bewegung	-die Durchblutung (insbes. der Beine) wird gefördert -Verslechterungen werden rechtzeitig erkannt -Erhaltung der Bewegungsfreude	-Gefäßstraining -Mobilisation (je nach Allgemeinzustand) -Krankengymnastik -regelmäßige Kontrollen durch den Augenarzt (evtl. auch Neurologen)
gestörte Ausscheidung -diabetische Nephropathie -Obstipation/Diarrhoe	-normale Urinausscheidung -normale Verdauung	-normale Harnbilanz -regelmäßige Verdauung	-Überwachung der Urinausscheidung und der Darmtätigkeit -Hilfsmittel (Katheter, Einlagen...) -ballaststoffreiche Ernährung -evtl. Abführmittel geben
Schmerzen -Durchblutungsstörungen -Neuropathien	-keine Schmerzen	-Durchblutung fördern -Komplikationen rechtzeitig erkennen	-Gefäßstraining -Mobilisation -ärztliche Überwachung
gestörte Temperatur-Regulation -Sensibilitätsstörungen	-selbständige Temperaturregulation	-er kennt die Problematik	-Informationen zu geeigneter Kleidung geben -Informationen zum gestörten Wärme/Kälte-Empfinden geben -Hilfestellung zur Kleiderauswahl geben

Pflegeproblem	Fernziel	Nahziel	Maßnahmen
häufige Infektionen -verminderte Körperabwehr	-keine Infektionen	-Stärkung der Körperabwehr	-ausgewogene, vitaminreiche Ernährung -sorgfältige Körperpflege -regelmäßige Bewegung
ingeschr. Möglichkeiten der Freizeitgestaltung -muß sich an Zeitpläne halten (Essen, Insulin)	-kann seinen Hobbys weiter nachgehen	-er bekommt Informationen zu Krankheit und Diät -sein Umfeld kennt die Regeln -er ist sicher im Umgang mit seiner Krankheit	-Informationen geben über die Krankheit und die Wichtigkeit der Diät -Regeln erläutern -Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Schulung -mit seinem Umfeld die praktische Durchführung der Diät erörtern
ingeschr. Möglichkeit für die eigene Sicherheit zu sorgen -drohende Komplikationen und Spätfolgen -ingeschr. Mobilität	-er kann selber für seine Sicherheit sorgen	-er kennt die Krankheit und deren Gefahren -er beugt Komplikationen vor -seine Umgebung kann im Notfall eingreifen -er trägt Dinge für den Notfall immer bei sich (Zucker, Diab.-Ausweis) -er kennt und akzeptiert seine Grenzen	-Schulung auch des sozialen Umfeldes -Kontakte zu Selbsthilfegruppen vermitteln
Therapie -Medikamente -Diät	-selbständige Durchführung der Therapie nach ärztlicher Anordnung	-er kennt Sinn und Zweck der Therapie	-Informationen zu Sinn und Zweck der Therapie geben
Dekubitusgefahr -Durchblutungsstörungen -Sensibilitätsstörungen	-kein Dekubitus	-er kennt die Gefahren -Druckstellen werden vermieden -keine Hautirritationen -normale Durchblutung	-Informationen zu geeigneter Kleidung geben (z.B. keine drückende Schuhe) -Informationen zum gestörten Empfinden geben -Mobilisation -Hautpflege -Gefäßtraining
Gefahr der Komplikationen -Koma -Schock	-keine Komplikationen	-er kennt die Gefahren -drohende Gefahren werden rechtzeitig erkannt	-Informationen zu den Gefahren geben -regelmäßige ärztliche Kontrollen -regelmäßige Selbstkontrollen

13. Fallbeispiel

13.1 Pflegeanamnese

Personalien:

- Herr F.
- Jahre
- Gelernter Schreiner.
- Konfession: katholisch

sozial:

- Seit 20 Jahren verwitwet.
- Vier Kinder (drei Söhne und eine Tochter).
- Keine Geschwister.
- Lebte bisher allein in einer Mietwohnung.
- War lange Zeit aktiv im hiesigen Schützenverein tätig. Jetzt nur noch als passives Mitglied.
- Er sieht gerne Fernsehen und liest Zeitung.
- Er hat ein gutes Verhältnis zu seinen Kindern.
- Er bekommt regelmäßig Besuch von seinen Schützenkameraden.

physisch:

- Vor vier Wochen wurde, durch den Hausarzt, ein Diabetes mellitus Typ B festgestellt. Nach der medikamentösen Einstellung im Krankenhaus, entschloß sich Herr F. seinen weiteren Lebensabend, in unserem Altenheim zu verbringen.
- Zur Zeit bekommt er Depot-H-Insulin 20-0-10 IE
- Begleitend hat er eine krankhafte Gefäßveränderung in den Beinen (AVK I°), die sich jedoch erst bei längeren Gehstrecken mit Schmerzen bemerkbar macht.
- Größe: 175 cm Gewicht: 92 kg (leicht adipös)
- Der Allgemeinzustand ist normal. Puls: 80 ^{Schl.}/_{Min.} Blutdruck 160/90 mmHG. Die Atmung ist unauffällig. Er hört etwas schlecht und ist kurzsichtig. Der Hautzustand ist altersentsprechend und weist keine Verletzungen auf. Herr F. hat keine Probleme beim Stuhlgang, jedoch leidet er unter häufigem Harndrang. Zu seinen Eßgewohnheiten ist zu sagen, daß er gerne ein gutes und opulentes Mahl zu sich nimmt.
- Zahnprothesen für oben und unten.
- Medikamente: ASS 100 0-1-0 Dusodril 1-1-1
- Er hat eine Pflasterallergie.
- Mit der Hilfe eines Gehstockes kann er kleinere Strecken zurück legen.

psychisch:

- Obwohl es sein eigener Wunsch war, in ein Altenheim zu ziehen, ist er sehr zurückhaltend und still. Jedoch kann seine Zurückhaltung durch Ansprache leicht durchbrochen werden. Nach seinen eigenen Angaben, fühlt er sich in seiner neuen Umgebung unsicher und nutzlos der Gesellschaft gegenüber. Insbesondere durch seine eingeschränkte Mobilität und der vermeintlichen Abhängigkeit die aus dem Diabetes hervorgeht. So ist er der Diabetesbehandlung gegenüber sehr uneinsichtig. Zum Beispiel weigert er sich die Injektion von Insulin zu erlernen, obwohl er manuell dazu in der Lage wäre. Unter anderem hält er sich nicht an die Diätvorschriften.
- Herr F. besucht regelmäßig die hauseigene Kapelle.

Pflegeproblem	Fernziel	Nahziel	Maßnahmen
sich bewegen -Schmerzen aufgrund von Gefäßveränderungen in den Beinen -schlechtes Sehvermögen	-schmerzfähige Bewegungsfähigkeit -Erhalt des Seh- und Orientierungsvermögens	-Förderung der Durchblutung -Verhinderung von weiteren Diabetes-Komplikationen -keine Verschlechterung der Sehfähigkeit	-zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme anhalten -Tieflagerung der Beine zur Nacht -Krankengymnastik -Einreibungen -regelmäßige BZ-Kontrollen -regelmäßige Kontrollen durch einen Augenarzt -kleine Spaziergänge anbieten
Essen und Trinken -muß Diät einhalten -muß sich an Essenszeiten halten -muß mehrerer kleine Mahlzeiten zu sich nehmen	-gut eingestellter Diabetes	-kennt die Diätvorschriften -hält sich an die Diät	-Schulung über Sinn und Zweck der Diät -Einbeziehung der Angehörigen in die Schulung -Verdeutlichung der Ernährungsmöglichkeiten innerhalb der Diät
Ausscheidung -häufiger Harndrang	-physiologische Urinausscheidung -allgemeines Wohlbefinden	-keine Harnwegsinfekte -kontrollierte Urinausscheidung	-Urinuntersuchung -Prostatauntersuchung -Blasentraining -Vorlagen in die Unterwäsche oder Netzhose
für Sicherheit sorgen -eingeschränktes Seh- und Hörvermögen -Gefahr der Diabeteskomplikationen -eingeschränkte Gehfähigkeit -Pflasterallergie	-er fühlt sich sicher und geborgen	-er findet sich in seiner neuen Umgebung zurecht -Komplikationen und Verschlechterungen werden rechtzeitig diagnostiziert -er kennt die Anzeichen einer drohenden Entgleisung und weiß wie er Hilfe bekommen kann	-gemeinsames erkunden seiner neuen Umgebung -Vorstellung beim HNO- und Augenarzt -Darstellung der Gefahrenquellen durch den Diabetes -Notrufeinrichtungen im Haus erklären (Klingel) -Informationen über die Bedeutung des Diabetikerausweises -Personal und Ärzte werden über Allergie informiert
sich beschäftigen -starre Essenszeiten -eingeschränkte Mobilität	-er hat eine maximale Selbständigkeit und kann seine Freizeit individuell gestalten	-kann die Therapie selbständig durchführen und ist nicht abhängig von anderen -kann selbständig größere	-Informationen zur Diabetestherapie geben -Anleitung zur selbständigen Durchführung der Therapie -Informationen über Hilfsmittel zur

		Entfernungen zurück legen	Fortbewegung geben (Gehbock, Rollstuhl)
kommunizieren -fühlt sich unsicher in seiner neuen Umgebung -fühlt sich nutzlos gegenüber der Gesellschaft	-Wohlbefinden -Selbstsicherheit -vollständige Integration	-Vertrauen aufbauen	-die Einrichtung erklären und besichtigen -vorstellen des Pflegepersonals und der Mitbewohner -ihn zur Teilnahme an gesellschaftlichen Ereignissen zu motivieren
Sinn finden -fühlt sich nutzlos	-gesundes Selbstwertgefühl	-Sicherheit und Wohlbefinden in seinem neuen Zuhause schaffen -er kann mit seinen Erkrankungen umgehen und kennt die Möglichkeiten aktiv am Leben teilzunehmen	-in kleinen Schritten in die neue Umgebung einführen -Möglichkeiten aufzeigen, wie er trotz seiner Erkrankung am gesellschaftlichen Leben teilnehmen kann

14. Schlußwort

Der Diabetes mellitus ist eine weitverbreitete Krankheit, überwiegend in den zivilisierten Ländern. Trotz moderner Therapiemöglichkeiten, bedeutet die Diagnosestellung, immer noch gravierende Einschneidungen in das Leben eines jeden Menschen. Vor allem bei älteren Menschen ist die Diabeteshäufigkeit sehr hoch. Für diesen Personenkreis stellt sich die Erkrankung als besonders problematisch dar. Sie tun sich häufig schwer, eingefahrene Gewohnheiten zu ändern und ihr Leben gemäß den Therapieregeln anzupassen. Soziale, physische und psychische Probleme kommen auf den alten Menschen und auch auf das Pflegepersonal zu. Dies ist die Situation, der sich alle, auch in der weiteren Zukunft stellen müssen.

15. Quellenverzeichnis

E. Haus, S. Gross; Innere Medizin; Haus & Gross Verlag; ¹1991

Walter de Gruyter; Pschyrembel - Klinisches Wörterbuch; ²⁵⁶1990

Gerd Herold; Innere Medizin - Eine vorlesungsorientierte Darstellung; ¹1991

Linus Geisler ; Innere Medizin I; W. Kohlhammer Studienbücher
¹³1988

Linus Geisler; Innere Medizin II; W. Kohlhammer Studienbücher
¹⁴1992

Rudolf Langer; Krankenpflege; Haus & Gross Verlag; ¹1992

Liliane Juchli; Krankenpflege; Georg Thieme Verlag; ⁵1987

Mechthild Seel; Die Pflege des Menschen; Brigitte Kunz Verlag;
¹1992

U. Kriesten, H.-P. Wolf; Übungsbuch zur Pflegeplanung; Brigitte
Kunz Verlag; ¹1992

