



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی و درمانی البرز
مرکز آموزشی درمانی سردار سپهر شهید قاسم سلیمانی

تشخیص های پرستاری

واحد آموزش

۱. فشار خون بالا:

مداخلات پرستاری	تشخیص پرستاری
- آشناسازی بیمار نسبت به محیط بیمارستان، ابزارها و روش های درمانی - معرفی پرسنلی که مسئول مراقبت از بیمار هستند - بیمار را مطمئن کنید که پرستاران همیشه در دسترس او هستند. - تشویق بیمار به بیان ترس ها و علت اضطراب خود - آموزش روش های آرامسازی به بیمار - اثرات درمانی و عوارض داروهای ضد اضطراب را در بیمار بررسی کنید.	اضطراب و ترس در رابطه با تصویر ذهنی از خود
- انجام اقداماتی جهت کاهش مقاومت عروق و کنترل هایپر تانسیون - انجام اقداماتی جهت به حداقل رساندن تحریکات محیطی مثل ملایم کردن نور، ایجاد یک محیط آرام، محدود کردن ملاقاتی ها - انجام اقدامات غیر دارویی مثل ماساژ پشت و گردن، بالا بردن سر، استفاده از روش های آرام سازی - اثرات درمانی و عوارض داروهای مسکن را روی بیمار بررسی کنید. - در صورت عدم تسکین سردرد با پزشک مشورت کنید.	اختلال در آرامش به دلیل سردرد
- علائم و نشانه های اختلال در پرفوزیون بافت مغز مثل سرگیجه، سنکوب، کاهش سطح هوشیاری، تشنج را بررسی کنید. - علائم و نشانه های دیسترس تنفسی نظیر تنفس تند و سطحی، سیانوز، بی قراری را بررسی کنید. - بررسی علائم و نشانه های کاهش در جریان خون شریانی نظیر افزایش درد هنگام ایستادن و کاهش آن هنگام فعالیت - بررسی علائم و نشانه های ترومبوفلیت و اختلال در گردش خون وریدی نظیر حساسیت و درد انتهای گرفتار، گرمی و قرمزی	تغییر در پرفوزیون بافتی بدلیل کاهش برون ده قلب
- عواملی را که می توانند روی توانایی های بیمار تاثیر بگذارند مثل خستگی، درد، ضعف بررسی کنید. - بیمار را تشویق کنید تا جای ممکن بدون تکیه به دیگران فعالیت روزمره را انجام دهد. - وسایل مورد نیاز بیمار را در دسترس او قرار دهید. - به بیمار زمان کافی برای انجام فعالیت بدهید. - در فعالیت هایی که بیمار توانایی انجام آنرا ندارد به او کمک کنید.	ناتوانی در مراقبت از خود در رابطه با ترس از بروز حمله قلبی
- تشویص بیمار به انجام فعالیت همراه با افزایش دوره های استراحت - سر و صدا و فعالیت های محیطی را به حداقل برسانید. - تعداد ملاقاتی ها و طول مدت ملاقات را محدود کنید. - در صورت نیاز به بیمار جهت انجام مراقبت از خود کمک کنید. - وسایل و ملزومات بیمار را در دسترس او قرار دهید. - از بیمار بخواهید هر 2 ساعت یکبار ورزش های تنفسی را انجام دهد. - در صورت نداشتن منع، سر تخت را بالا ببرید. - در صورتی که علائم و نشانه های عدم تحمل فعالیت پیشرفت نمود و روبه وخامت گذاشت با پزشک مشورت کنید.	عدم تحمل فعالیت در رابطه با کاهش برون ده قلب

۲. دیابت:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
خطر کاهش حجم مایعات بدن در ارتباط با دیورز اسموزی و هیپرگلیسمی	- مقدار جذب و دفع مایعات را اندازه گیری و ثبت کنیم. - وزن بیمار را هر روز کنترل کنید. - علایم حیاتی بیمار از نظر علایم کم آبی (مانن تاکی کاردی و هیپوتانسیون اورتوستاتیک) بررسی شود. - علایم شوک هیپوولمیک و کمبود الکترولیتها بررسی شود. - مایعات وریدی و الکترولیتها طبق دستور پزشک تجویز شود. - تشویق بیمار به نوشیدن مایعات - انسولین طبق دستور تجویز شود. - اندازه گیری میزان قند خون به طور مرتب
اختلال تغذیه در ارتباط با عدم تعادل بین انسولین، غذا و فعالیت جسمی	- آموزش رژیم غذایی، ورزش، داروها و روش کنترل گلوکز خون به بیمار - برنامه غذایی باید در جهت کنترل قند خون تنظیم شود، وعده های غذایی و ته بندی بین وعده ها به طور کامل و طبق رژیم مخصوص دیابتی ها میل شود. - طبق برنامه منظم روزانه و به میزان مشخص ورزش انجام دهد. - نشانه ها و علایم هیپوگلیسمی و نحوه درمان آن به بیمار و اطرافیان وی آموزش داده شود.
اضطراب در ارتباط با بیماری جدید، عدم توانایی در درمان آن، ترس از عوارض و نظرات نادرست درباره دیابت	- از بیمار حمایت روانی بعمل آید. برای گفتگو با بیماری که قصد ابراز احساسات دارد و می خواهد درباره دیابت سوالاتی بکند زمان کافی اختصاص دهیم. - ترتیبی فراهم شود تا بیمار با سایر بیمارانی که در امر مراقبت از خود موفق بودند ملاقات نماید. - بیمار را به انجام مهارتهای لازم ولی ترسناک تشویق کنیم و به او اطمینان دهیم که پس از انجام کارهایی مانند تزریق انسولین به خودش یا زدن لانست به سر انگشت، اضطراب کاسته خواهد شد. پس از انجام این اقدامات، حتی اگر بدون تسلط کافی انجام شود لازم است بیمار تشویق شود. - ارجاع بیمار به گروههای حمایتی و کلاسهای آموزشی مخصوص افراد دیابتی
احتمال عدم رعایت رژیم درمانی تجویز شده بعلت پیچیدگی آن	- آموزش به بیمار در ارتباط با ماهیت بیماری دیابت و مهارتهای لازم، سبب تشویق آنها به رعایت رژیم درمانی می شود. - انگیزه بیمار جهت انجام درمان و شرکت در امر مراقبت از خود را تا حد امکان تشویق کنیم. - ساده کردن برنامه درمانی و ایجاد قابلیت انعطاف در آن سبب رعایت بیشتر آن توسط بیمار می شود. - بیمار را در تصمیم گیری جهت تدوین برنامه درمانی شرکت دهیم. خطرات و عوارض ناشی از عدم رعایت رژیم درمانی به بیمار گفته شود.

احتمال مصدوم شدن در ارتباط کاهش لامسه و کاهش قدرت بینایی - استفاده از وسایل خاص (مانند عصا) برای کمک به حرکت بیمار و جلوگیری از صدمات اهمیت دارد. - به بیمار آموزش دهید که منابع احتمالی ایجادکننده صدمه در خانه را بررسی کند؛ مانند سطوح لغزنده کف منزل، سیم های خراب وسایل برقی و سایر - وسایلی که برای بیمار خطرناک است. - نصب دستگیره روی دیوار توالت و حمام برای کمک به بیمار در نشستن و ایستادن و قرار دادن پوشش لاستیکی در کفحمام مانع سر خوردن بیمار می شود. - جهت عبور از گذرگاه ها و اتاقهای تاریک لامپها را روشن کند یا یک منبع نور همراه داشته باشد. بهتر است در اتاق خواب بیمار بالای تخت بیمار یک لامپ کوچک روشن باشد تا در صورت بیدار شدن در نیمه شب جهت رفتن به توالت روشنائی کافی وجود داشته باشد.	احتمال بروز اختلال در پوست در ارتباط با هیپرگلیسمی و مشکلات عروقی - به بیمار تاکید شود روزانه پاهای خود را بررسی کند. - به بیمار تاکید شود که بریدگی ها، کبودی ها و عفونت ها را سریعاً شناسایی و پیگیری نماید.
احتمال بروز سرگیجه، ضعف و تعریق در ارتباط با هیپوگلیسمی به علت عدم تعادل بین مقدار انسولین تجویز شده و نیاز بیمار به انسولین - به تمام جوانب برنامه غذایی، ورزش، داروها، ناخوشی حاد و کنترل قند خون توجه دقیق شود. - اهمیت همراه داشتن اشکالی از کربوهیدراتهای ساده و مصرف آن در مواقع لزوم - بیمار بایستی کارت یا دستبند اطلاعات مربوط به ابتلا به دیابت و وابستگی آن به انسولین تاکید شود تا در صورت وقوع شرایط اورژانس دیگران بتوانند به آنها کمک کنند.	احتمال خواب آلودگی، الگوی تنفسی ناموثر در ارتباط پیدایش کتواسیدوز بعلت کمبود انسولین و متابولیسم غیرعادی چربیها
احتمال خواب آلودگی، الگوی تنفسی ناموثر در ارتباط پیدایش کتواسیدوز بعلت کمبود انسولین و متابولیسم غیرعادی چربیها - کنترل مکرر سطح گلوکز خون - به طور دوره ای برنامه های بیمار در زمینه رژیم غذایی، ورزش و داروها را مورد بررسی قرار دهیم. - به بیمار تاکید که انسولین را طبق برنامه تزریق کند و از حذف خودسرانه تزریق انسولین اجتناب نماید.	احتمال پیدایش عوارض طولانی مدت در ارتباط با هیپرگلیسمی مداوم و قلبی عروقی تسریع شده
احتمال پیدایش عوارض طولانی مدت در ارتباط با هیپرگلیسمی مداوم و قلبی عروقی تسریع شده - به بیمار گفته شود که از استعمال دخانیات خودداری کند. - در صورت وجود افزایش فشار خون، به بیمار در زمینه پیگیری جهت درمان آن تاکید شود.	کمبود آگاهی در ارتباط با ماهیت بیماری و مهارتهای لازم برای مراقبت از خود - بایستی کلیه آموزش ها در ارتباط با اطلاعات و مهارتهای پایه ای و آموزشهای پیشرفته یا مداوم به بیمار داده شود.

۳. سکنه مغزی:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
اختلال در تحرکات فیزیکی در ارتباط با بروز همی پارزی، عدم تعادل و هماهنگی، اسپاستیسیتی و آسیب دیدگی مغز	- برای پیشگیری از بروز کنتراکتورها، قرار دادن بدن در وضعیت صحیح از اهمیت خاصی برخوردار است. - برای طرف نمودن فشار بایستی اعصاب خارجی در امتداد هم قرار گیرند و از بروز آسیب دیدگی اعصاب در اثر وارد آمدن فشار به خصوص در مورد اعصاب اولنا و پروئال می بایست پیشگیری شود.

- بهتر است در طول شب برای اندامهای انتهایی آسیب دیده از یک آتل خلفی استفاده شود.	
- برای جلوگیری از نزدیک شدن شانه آسیب دیده به بدن، بالشی در ناحیه زیر بغل در زمانی که چرخش رو به خارج آن محدود می باشد، قرار داده می شود. بالشی نیز زیر بازو گذاشته می شود و بازو در وضعیتی خنثی قرار می گیرد. - وضعیت بدن بیمار را باید هر 2 ساعت یکبار تغییر داد. - بالا بردن بازو و دست در پیشگیری از بروز ادم دست، اهمیت دارد.	درد (شلنه درخناک) در ارتباط با همی پلژی و عدم استفاده از عضو مربوط
- انجام کلیه فعالیتهای مربوط به مراقبت از خود توسط نیمه سالم بدن مثل: شانه زدن موها، مسواک زدن، تراشیدن موهای صورت با ریش تراش برقی، خوردن غذا - استفاده از وسایل کمکی برخی از نقایص ایجاد شده در بیمار را جبران می کند. استفاده از حوله ای کوچک برای خشک کردن تن بعد از استحمام سبب کنترل بهتر آن توسط بیمار می گردد، همچنین به کار بردن دستمال کاغذی جعبه ای راحت تر از لوله های دستمال توالت می باشد. - استفاده از لباسهایی که یک شماره بزرگتر از اندازه طبیعی فرد باشد. لباسهایی که اندازه آنها از جلو یا پهلوی توسط زیپ یا دکمه تنظیم شود، مناسب است. لباس پوشیدن در وضعیت نشسته صورت گیرد.	اختلال در امور مربوط به مراقبت از خود (نظافت، توالیت رفتن، جابه جا شدن، تغذیه) در ارتباط با پیامدهای ناشی از سکته
- بیماران باید از نظر بروز حملات شدید سرفه، جمع کردن غذا در یک طرف دهان یا بیرون ریختن قطعات مواد غذایی مورد بررسی قرار گیرند. - غذا را به صورت لقمه های کوچک میل نمایند یا مواد غذایی را به گونه ای تهیه کنند که بلع آن آسانتر باشد. - ابتدا رژیم غذایی را با پوره یا مایعات غلیظ آغاز کنند. بیمار را در وضعیت قائم نشاندند و ترجیحا خارج از تخت و بر روی صندلی قرار داده، هنگام بلع لقمه های غذا، چانه را به سوی قفسه سینه پایین آورد تا از آسپیراسیون جلوگیری شود. - در صورتیکه بیمار لوله تغذیه ای داشت: بالا بردن سر تخت در حدود حداقل 30 درجه، کنترل وضعیت قرار گیری لوله قبل از تغذیه، اطمینان از پرباد بودن بالون لوله تراکئوستومی و داخل نمودن غذا به آهستگی	اختلال در بلع در ارتباط با پیامدهای ناشی از سکته
- الگوی دفعی ادرار بیمار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و بر طبق جدول زمان بندی شده به بیمار لگن یا ظرف ادراری داده می شود. - استفاده از رژیم غذایی پرفیبر و میزان مایعات کافی (2-3 لیتر در روز) استفاده می گردد. برای عمل دفع نیز ساعات منظمی (معمولا بعد از صبحانه) در نظر گرفته شود.	بی اختیاری در ارتباط با شل شدن مثانه، بی ثباتی بودن عضله دترسور مثانه، کانفیوز، اشکال در برقراری ارتباط
- از فیدبک های مثبت استفاده شود و مهمتر از همه رفتار امیدوار کننده و اطمینان بخش	تغییر در فریلند مربوط به تفکر در ارتباط با تخریب مغز، کانفیوز، عدم توانایی در پیگیری فرامین.
- گفتار درمانی - با بیمار مانند یک فرد بزرگسال رفتار کنید.	اختلال در برقراری ارتباطات کلامی به علت تخریب مغز.

- افکار یا جملات بیمار را کامل نکنید. رونوشتی مکتوب از برنامه های روزانه، خلاصه ای از اطلاعات شخصی (تاریخ تولد، آدرس، نام بستگان) و فهرستی تهیه شده بر روی نوار ضبط، همگی میتوانند به حافظه و تمرکز بیمار کمک کند. - با بیمار آهسته صحبت کنید و بر آموزشها تاکید داشته باشید و زمان کافی برای ارائه جواب، در اختیار بیمار قرار دهید. - استفاده از ایما و اشاره - در برخورد با بیماری که آفازیک است، در خلال انجام مراقبتهای مراقبتی با وی صحبت نماید.	
- چرخاندن و تغییر وضعیت بدن بیمار به طور منظم هر 2 ساعت یکبار (وقتی بیمار چرخانده می شود باید مراقب بود تا نیروهای اصطکاک و کشش در کمترین حد ممکن باشند. - پوست بیمار باید خشک و تمیز نگهداشته شود. - ماساژ ملایم پوست سالم (پوستی که قرمز نباشد) و تغذیه مناسب	خطر بروز اختلال در سلامت پوست در ارتباط باهمی پارزی، همی پلژی و کاهش تحرک.
- مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار و آموزش روشهای کنترل کننده استرس، همچنین تعلیم نکاتی جهت حفظ بهداشت شخصی، می تولد تطابق خانواده با وضعیت موجود را تسهیل ماید.	تغییر در فرایند مربوط به خانواده در ارتباط با بروز این بیماری مصیبت بار و سنگینی مسولیت مراقبت از بیمار
- برای جلوگیری از نزدیک شدن شانه آسیب دیده به بدن، بالشی در ناحیه زیر بغل در زمانی که چرخش رو به خارج آن محدود می باشد، قرار داده می شود. بالشی نیز زیر بازو گذاشته می شود و بازو در وضعیتی خنثی قرار می گیرد. - وضعیت بدن بیمار را باید هر 2 ساعت یکبار تغییر داد. - بالا بردن بازو و دست در پیشگیری از بروز ادم دست، اهمیت دارد.	درد (شلنه دردناک) در ارتباط با همی پلژی و عدم استفاده از عضو مربوط

۴. سکتة قلبی:

تشیخ پرستاری	مداخلات پرستاری
درد قفسه سینه در ارتباط با کاهش جریان خون شریان کرونر	- خصوصیات درد قفسه سینه را بررسی و در گزارش پرستاری قید نموده - علایم حیاتی کنترل - نوار قلب 12 لید در طی درد اخذ - اکسیژن طبق دستور گذاشته - داروهای مسکن تزریق - استراحت و راحتی بیمار را فراهم نموده - قرار دادن در پوزیشن نشسته یا نیمه نشسته - استفاده از رژیم غذایی مایعات تا حد تحمل - استفاده از مواد نرم کننده مدفوع برای جلوگیری از یبوست - کاهش ترس و اضطراب با انجام رفتار حمایتی مناسب و ملاقات با توجه به وضعیت بیمار.

احتمال پرفیوژن بافتی ناکافی در ارتباط با کاهش برون ده قلبی

- هر 4 ساعت یکبار علایم زیر را در بیمار کنترل و به پزشک اطلاع دهید: کاهش فشار خون، تاکی کاردی و سایر آریتمی ها، خستگی زود رس، تغییرات هوشیاری، رال ریوی و کاهش برون ده ادراری به کمتر از 30 سی سی در ساعت و اندامهای سرد و مرطوب و سیانوتیک.

- ABG کنترل شود.

- داروها طبق دستور پزشک داده شود.

- استراحت و راحتی بیمار را فراهم نموده

- قرار دادن در پوزیشن نشسته یا نیمه نشسته

- استفاده از رژیم غذایی مایعات تا حد تحمل

- استفاده از مواد نرم کننده مدفوع برای جلوگیری از یبوست

- کاهش ترس و اضطراب با انجام رفتار حمایتی مناسب و ملاقات با توجه به وضعیت بیمار.

اختلال در تبادلات گازی در ارتباط با کاهش برون ده قلبی و افزایش حجم مایعات

- هر ساعت موارد زیر را در بیمار بررسی و به پزشک اطلاع دهید: علایم حیاتی غیر طبیعی، صداهای قلبی غیر طبیعی، صداهای تنفسی غیرطبیعی، عدم تحمل فعالیت، کاهش سطح هوشیاری و کاهش پرشدن مجدد موبرگی.

- ABG کنترل شود. پالس اکسی متری مداوم

- دریافت اکسیژن طبق دستور

- در صورت وخیم شدن وضعیت بیمار، وی را برای انتوباسیون و اتصال به ونتیلاتور آماده کنیم.

- رعایت رژیم غذایی کم سدیم و کم کالری

- به بیمار آموزش دهید که فعالیت بدنی خود را در حد مجاز تعیین شده، انجام دهد.

۵. درد قفسه سینه (آنژین صدری):

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
درد در ارتباط با ایسکمی میوکارد	- با شروع درد به بیمار گفته می شود که تمام فعالیتهای خود را متوقف نموده، روی تخت در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار گیرد. - علایم حیاتی بیمار کنترل شود و بیمار از نظر علایم دیسترس تنفسی تحت نظر قرار گیرد. - نوار قلب 12 لید از بیمار گرفته شود

- اکسیژن به مقدار 2 لیتر در دقیقه توسط نازل تجویز شود. - اگر با تدابیر بالا درد بیمار تسکین نیافت، بعد از 20 دقیقه، به پزشک اطلاع دهید.	
- بیمار کمتر تنها باشد زیرا ترس بیمار با حضور فیزیکی دیگران برطرف می شود. - ارائه اطلاعات راجع به بیماری، برنامه درمان و روشهای پیشگیری - از بیمار بخواهید سوالات و احساسات خود را بیان کند.	اضطراب در ارتباط با ترس از مرگ
- تعدیل فعالیتهای روزانه (فعالیت روزانه باعث درد قفسه سینه و تنگی نفس و خستگی نشود، بین کار و فعالیت در فواصل مناسب استراحت کند ، - به تغذیه خود توجه نماید (اگر افزایش وزن دارند، وزن خود را کاهش دهد، از رژیم غذایی پرکالری، غنی از کلسترولو غذاهای نفاخ پرهیز نماید. غذاهای پرفیبر مصرف نماید. - استعمال دخانیات را متوقف نماید. - داروهای روزانه خود حتما مصرف نماید. - از تماس با آب و هوای سرد خودداری نماید.	کمیبود آگاهی در ارتباط با عوامل خطر ساز و روشهای پیشگیری از بروز حمله آنژین صدری و مراقبت از خود

۶. نارسایی قلبی:

مداخلات پرستاری	تشخیص پرستاری
- سطح اضطراب و مکانیسم های سازگاری بیمار و خانواده وی را بررسی، ثبت و به پزشک گزارش کنیم. - یک محیط آرام و راحت برای مددجو فراهم کنید. - به بیمار و خانواده وی اجازه دهید که اضطراب و ترس خود را ابراز کنند. - بیمار را تشویق نمایید که سوالات خود را مطرح نماید و جواب سوالات را به صورت واضح و قابل درک بیان کنید. - نشان دادن علاقه، ایجاد ارتباط مناسب و برنامه ملاقات انعطاف پذیر در کاهش اضطراب بیمار موثر است. - به بیمار تاکید کنید که انجام بررسی های و تست های تشخیصی مکرر یک روال معمول می باشد و لزوما نشانگر وخامت بیمار نیست. - تکنیک کاهش اضطراب را آموزش دهید. - در صورت نیاز پیگیر انجام مشاوره روان پزشکی باشید.	اضطراب و ترس در ارتباط با بستری شدن در بیمارستان ،تغییر وضعیت سلامتی و ترس از مرگ

- بیمار باید استراحت نماید. وضعیت بیمار به صورت نشسته یا نیمه نشسته بوده و بهتر است بازوها روی بالش میز جلوی تخت تکیه داده شود. - بیمار باید تشویق شود که در ابتدا فعالیت‌های خود را آهسته تر از حد معمول و در دوره های کوتاه مدت با کمک و بر اساس دستورالاجاز توان یقلمی انجام دهد. علایم حیاتی خصوصاً نبض باید قبل، حین و بلافاصله بعد از اتمام فعالیت کنترل شود. به علایم تنگی نفس، تاکی کاردی، درد قفسه سینه، هیپوتانسیون، تعریق و آریتمی توجه شود. - حتی امکان فعالیت منزل در حالت نشسته به جای ایستاده انجام گیرد. - از انجام دو فعالیت مهم و پرانرژی در یک روز و یا بلافاصله به دنبال همدیگر خودداری شود.	عدم تحمل فعالیت در ارتباط با عدم تعادل بین عرضه و تقاضای اکسیژن ناشی از کاهش برون ده قلبی یا عدم تحمل فعالیت به علت خستگی و تنگی نفس ناشی از کاهش برون ده قلب
- علایم حیاتی و ریتم قلبی هر 15 دقیقه تا یک ساعت کنترل شود. - وضعیت هوشیاری هر 4 ساعت بررسی شود. - صداهای قلبی و ریوی هر 2 تا 4 ساعت کنترل شود. - اکسیژن طبق دستور داده شود. - استراحت کافی - برون ده ادرار بهر یک ساعت کنترل گردد. به تغییرات رنگ و حجم ادرار توجه شود. - داروهای مربوط طبق دستور داده شود. - غذاهای کم حجم به بیمار داده شود و یک دوره استراحت بعد از غذا در نظر گرفته شود. کافئین سبب تاکی کاردی و آریتمی می شود لذا از مصرف آن خودداری شود.	کاهش برون ده قلبی در ارتباط با نارسایی قلب و آریتمی ها
- رژیم غذایی حجیم و مصرف مایعات کافی را در رژیم غذایی فراهم کنید - مواد نرم کننده مدفوع و ملین طبق دستور داده شود. - به بیمار تاکید شود از زور زدن و انجام مانور والسالوا حین اجابت مزاج پرهیز کند. - ترجیحا از صندلی لگن دار به جای لگن رو تخت استفاده شود.	خطر ایجاد یبوست در ارتباط با استراحت در تخت، مصرف داروهای مسکن، ناشتا بودن و مصرف غذاهای جامد
- علایم حیاتی قبل و بلافاصله بعد از فعالیت کنترل شود. - در حین فعالیت و بعد از آن به علایم تاکی کاردی، آریتمی، تنگی نفس، تعریق و رنگ پریدگی توجه شود. - بیمار را به بیان احساسات یا نگرانی های ناشی از خستگی یا محدودیت ها تشویق کنیم. - ترتیبی داده شود تا بیمار در امر مراقبت از خود شرکت کند و دوره های مکرر استراحت را خصوصاً بعد از غذا خوردن برای بیمار فراهم کنیم.	افزایش خطر عدم تحمل فعالیت در ارتباط با عدم تعادل بین عرضه و تقاضای اکسیژن

- فعالیتهای را بر اساس برنامه پرستاری باز توانی قلبی و تجویز پزشک افزایش دهیم. - به بیمار آموزش دهید که بهبود سکتة قلبی خیلی زود شروع می شود ولی تا مدت کمتر از 8-6 هفته کامل نمی شود. - تعدیل فعالیت بدنی (از فعالیتهایی که سبب درد سینه، تنگی نفس و خستگی می شود خودداری شود. مدت فعالیت مهم نیست شدت فعالیت مهم است. - بین کار و فعالیت به استراحت بپردازید. فعالیت خود را بتدریج افزایش دهید. هر روز راه بروید، مدت و فاصله راه رفتن را به تدریج افزایش دهید. نبض خود را از نظر رسیدن به سطح حداکثر در هنگام فعالیت کنترل کنید. از فعالیتهایی که باعث سفتی عضلات می شود خودداری نمایید.) - فشار خون و وزن خود را هر روز در ساعت معینی چک نمایید. - وزن خود را کاهش داده. - در تمام اوقات زیر زبانی نیتروگلیسرین را به همراه داشته باشید. - از استرس روحی و فشار عصبی اجتناب شود. - رژیم غذایی کم نمک، کم چرب و کم کالری استفاده نمایید. مصرف نوشیدنیهای حاوی کافئین باید حدود شود. - حمام کردن 5 تا 10 روز پس از بیماری می تواند حمام کند. از آب ولرم استفاده نماید. طول مدت حمام کردن از 15 تا 20 دقیقه تجاوز نکند. - از هفته چهارم اجازه رانندگی دارد. اگر رانندگی سبب خستگی و عصبانیت می شود باید اجتناب شود. - به بیمار توصیه شده که در صورت وجود علائم زیر به پزشک مراجعه نماید: احساس فشار یا درد جلوی سینه ای که به مدت 15 دقیقه بعد از مصرف قرص زیر زبانی نیتروگلیسرین رفع نشود. تنگی نفس، غش یا سنکوپ، ضربان قلب تند یا کند، تورم در مچ پا و یا بالاتر	کمیبود آگاهی در ارتباط با مرلقت از خود بعد ترخیص از بیمارستان
- کنترل هر 2 ساعت جذب و دفع بیمار در مرحله حاد بیماری. - برای کنترل پاسخ بیمار به درمان با دیورتیک، کنترل روزانه وزن انجام شود. - سماع ریه به طور مکرر از نظر احتقان ریه یا انجام شود. پاها و ناحیه ساکروم از نظر ادم محیطی بررسی شوند. - برای تسهیل در تنفس و کاهش پیش بار قلب، بیمار در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار گیرد.	افزایش حجم مایعات در ارتباط با کاهش برون ده قلبی، کاهش فیلتراسیون گلومرولی، افزایش تولید هورمون آنتی دیورتیک، و احتباس آب و سدیم یا افزایش حجم مایع به دلیل دریلقت یا احتباس زیاد سدیم/ مایع ناشی از HF و درمان دارویی

- اگر بیمار از راه دهان نفس می کشد نیاز به مراقبت بیشتر از دهان دارد. (دهانشویه هر 4 ساعت یکبار) - دیورتیکها در ساعات اولیه صبح داده شود تا دیورز ناشی از آنها با ساعت خواب بیمار در شب تداخل نکند. - رژیم غذایی با سدیم پایین (2 تا 4 گرم روزانه) تجویز شود. محدودیت مصرف مایعات ممکن است تا زمانی که دیورز برقرار شود. - بعلت کاهش جریان خون در نواحی دچار ادم، خطر جراحی پوستی افزایش می یابد. تغییر مکرر پوزیشن، تمرینات یا استفاده از جورابهای الاستیک در پیشگیری از جراحات پوستی موثر می	
- هر 2-4 ساعت ریه های سمع شود. به صداهای اضافی ریه که نشانه احتقان ریه می باشد توجه کنیم. - جهت تمیزی راههای هوایی و تسهیل در رسیدن اکسیژن به بدن، بیمار را تشویق نموده تغییر وضعیت داده، سرفه کند و تنفس عمیق داشته باشد. - اکسیژن طبق دستور داده شود. - نتایج گازهای خون شریانی کنترل شود. در وضعیت حاد بهتر است پالس اکسی متری مداوم کنترل شود. - جهت تسهیل در انبساط ریه و تهویه، بیمار را در وضعیت نشسته روی تخت یا صندلی قرار دهیم. - اگر نارسایی تنفس ایجاد شد ممکن است نیاز به لوله گذاری تراشه و اتصال به ونتیلاتور باشد.	اختلال در تبادلات در ارتباط با تجمع مایع در آلوئول ها
در زمینه موارد زیر به بیمار آموزش دهید: - در محدوده عملکرد و توانایی قلب خود زندگی کنید. - استراحت کافی - مصرف داروها ممکن است تا آخر عمر لازم باشد. داروهای دیورتیک و دیژیتال خود را طبق دستور مصرف کند. تعداد نبض خود را روزانه کنترل کند. نشانه های کمبود پتاسیم را بداند و پتاسیم خوراکی را طبق دستور مصرف کند. - کنترل وزن در ساعات معینی از روز (افزایش وزن بیش از 0/9 - 1/4 در طی چند روز گزارش شود).	کمبود آگاهی در ارتباط با مراقبت از خود در منزل یا احتمال ناآگاهی درباره مراقبت از خود به علت عدم قبول تغییرات لازم در نحوه زندگی کردن

- رژیم غذایی: دریافت سدیم محدود شود. از مصرف نمک خودداری شود. خمیردندان دارای مقدار زیادی سدیم می باشد لذا بعد از مسواک زدن دهان با مقدار زیادی آب شسته شود. از مصرف مواد محرک مانند قهوه خودداری شود. - از مصرف دخانیات خودداری شود. - برنامه فعالیتی را به تدریج افزایش دهید به طوریکه سبب خستگی و تنگی نفس نشود. - از سرما یا گرمای زیاد از حد پرهیز کنید. - مراجعات منظمی به پزشک یا درمانگاه داشته باشید و در صورت وجود این علائم حتما به پزشک مراجعه نمایید. افزایش وزن، کاهش اشتها، تنگی نفس حین فعالیت، تورم مچ و قوزک پا یا شکم، سرفه مقاوم و زیاد و دفع مکرر شبانه ادرار.	
- نبض های محیطی بیمار را هر 4 ساعت کنترل کنیم، به رنگ و حرارت پوست توجه شود. - انتهاها را گرم نگه داشته تا انقباض عروقی برای کاهش پیش بار قلب ایجاد کند. - استراحت کافی برای بیمار فراهم شود. - داروهای دیورتیک طبق دستور مصرف شود. - ورزشهای ملایم روزانه انجام شود. - اکسیژن طبق دستور تجویز شود. - پاها معمولا در وضعیت صاف قرار می گیرد و یا برای کاهش بازگشت وریدی در وضعیت آویزان قرار می گیرند، از نظر بروز ترومبوفلیت کنترل شود. - تجمع خون در وریدها، بیمار را تشویق نموده که مفاصل خود را حرکت دهد. اگر قادر به حرکت نبود این کار برای وی انجام شود.	خطر کاهش خونسازی بافت های محیطی در ارتباط با کاهش برون ده قلبی، انقباض عروقی و ادم محیطی یا اختلال در پرفوزیون بافتی - محیطی به علت رکود خون در سیاهرگها
- حتی امکان هر 2 ساعت یکبار بیمار را از یک طرف به طرف دیگر می چرخانیم. - از وسایل محافظ پاشنه پا استفاده شود و یا ساق پای بیمار را بالا ببریم. - پایین پاها را به دقت شستشو کرده و از لوسسیونهای که سلامت پوست را حفظ می کنند استفاده کنیم.	خطر ایجاد اختلال در سلامت پوست در ارتباط با کاهش خونسازی به بافت های محیطی، عدم تحرک و ادم
- فراهم کردن یک محیط آرام و راحت توام با ارتباط مناسب - در ارتباط با ماهیت بیماری، روشهای درمان و مراقبت و پیشرفت برنامه درمانی، اطلاعات صحیح به بیمار داده شود و به بیمار اجازه داده شود که سوالاتش را مطرح کند.	خطر ایجاد اضطراب در ارتباط با کاهش برون ده قلبی، تنگی نفس و اکسیژناسیون ناکافی خون و ترس از مرگ اضطراب به علت تنگی نفس و بیقراری ناشی از کاهش اکسیژناسیون

- به بیمار در مورد شناسایی فاکتورهای اضطراب آور، پرهیز از موقعیت های اضطراب آور و راههای کنترل آن و چگونگی استفاده از تکنیک های آران سازی آموزش داده شود.

- انجام اقدامات مناسب جهت بهبود خواب بیمار

- در صورت تنگی نفس و اکسیژناسیون ناکافی خون، اکسیژن طبق دستور داده شود.

- بیماران مبتلا به نارسیایی قلب بدلیل ناتوانی در برقراری اکسیژناسیون کافی دچار بیقراری و اضطراب می شوند و این علائم در شب تشدید تر می شود. بالا قرار دادن سر در بستر و روشن کردن چراغ خواب سودمند هستند حضور فردی از خانواده باعث دلگرمی بیماران میشود. در جریان مراحل حاد اختلال تنفسی برای کم کردن فعالیت تنفسی و راحتی بیمار اکسیژن تجویز میشود. گاهی تجویز مرفین با مقدار کم برای بر طرف کردن تنگی نفس شدید مفید است بیماری که مایل به خروج از بستر در هنگام شب است باید به شکل مناسبی در صندلی راحتی بنشینند با بهبود گردش خون مغزی سیستمیک، کیفیت خواب بیمار نیز بهتر خواهد شد

۷. افت هوشیاری:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
عدم پاکسازی راه تنفسی به نحوه موثر در ارتباط با تغییر در سطح هوشیاری	- بالا بردن سر تخت در حدود 30 درجه به پیشگیری از آسپیراسیون ترشحات کمک می کند. - ساکشن ترشحات دهان، حلق و... بیمار (قبل و بعد از ساکشن کردن، جهت جلوگیری از هیپوکسی، در بیمار هیپراکسیژناسیون صورت پذیرد).
خطر بروز آسیب دیدگی در ارتباط با کاهش سطح هوشیاری	- بالا قرار دادن نرده های کنار تخت بیمار - قرار دادن بالشک هایی بر نرده های کنار تخت - استفاده از مهار فیزیکی (با دستور کتبی پزشک)
خطر بروز اختلال در حجم مایعات بدن در ارتباط با عدم توانایی بلع مایعات	- جهت بررسی وضعیت دهیدراسیون بیمار باید با معاینه، قابلیت ارتجاعی بافتها و نیز معاینه غشاهای مخاطی و کنترل I&O مورد تجزیه قرار گیرد. - کنترل قدرت بلع بیمار، در صورت عدم بلع، دادن مایعات و تغذیه از طریق N.G.T
تغییر در غشای مخاطی دهان در ارتباط با تنفس دهانی، فقدان رفلکس حلقی و عدم توانایی در بلع مایعات	- دهان بیمار کاملاً تمیز و شستشو داده شود. ترشحات و پوسته های را بر طرف کرده و پرده های غشایی را رطوب نگاه داشت. - لایه نازکی از وازلین مانع از ترک خوردگی و پوسته شدن لبها می شود. - در صورتی که بیمار اینتوبه است برای جلوگیری از زخم شدن دهان و لبها، می بایست روزانه لوله را به طرف نیمه مخالف دهان جابه جا کرد.
خطر بروز اختلال در سلامت پوست در ارتباط با عدم تحرک	- چرخاندن بیمار - نگهداری بدن در وضعیت صحیح و جلوگیری از افتادن پاها - استفاده از تشک مواج

اختلال در سلامت بافت قرنیه در ارتباط با کاهش یا فقدان رفلکس قرنیه	- چشم ها را با پنبه آغشته به نرمال سالین استریل شستشو داد - استفاده از اشک مصنوعی هر 2 ساعت
موثر نبودن تنظیم درجه حرارت، در ارتباط با از بین رفتن رفلکس هیپوتالاموس	- حداقل میزان پوشش (ملافه یا فقط یک لباس) - در صورت تجویز پزشک، دوز آسپیرین و استامینوفن تکرار شود. - حمام با استفاده از اسفنج آغشته به آب خنک
تغییر در وضعیت ادرار (بی اختیاری یا احتباس ادرار) در ارتباط با اختلال در حس های عصبی و کنترل عصبی	- مثانه در فواصل زمانی معین با دست لمس شود. - اگر احتباس ادرار وجود داشت استفاده از یک سوند ماندنی - اگر بیمار بی اختیار بود می توان از سوند اکسترنال استفاده نمود.
بی اختیاری مدفوع در ارتباط با اختلال در حس های عصبی و کنترل عصبی و نیز در ارتباط با تغییرات به وجود آمده در شیوه مصرف مواد غذایی	- کنترل اجابت مزاج بیمار از نظر بروز اسهال یا یبوست - استفاده از ملین ها (در صورتی بیمار دچار یبوست است) - استفاده از مواد غذایی پرفیبر

۸. سگته مغزی هموراژیک:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
خونرسانی غیر موثر به بافت مغزی در اثر خونریزی	- کنترل مداوم وضعیت عصبی بیمار - فشار خون، نبض، میزان پاسخ دهی (یکی از شاخص های مربوط به خونرسانی مغزی)، واکنش مردمک ها و عملکرد حرکتی فرد و وضعیت تنفس بیمار ساعت به ساعت کنترل گردد.
اختلال در ادراک حسها در ارتباط با محدودیت های اعمال شده از نظر پزشکی (اقدامات احتیاطی مربوط به آنوریسم)	- بیمار بلافاصله تحت استراحت مطلق و محیط آرام و بدون استرس باشد. (بیمار حق دیدن تلویزیون، شنیدن رادیو و مطالعه ندارد و تعداد ملاقات کنندگان بیمار محدود شود. - سر تخت 15-30 درجه بالا برده شود. - از انجام مانور والسالو، زور زدن، عطسه های شدید، فشار وارد آوردن بر تخت حین بلند شدن، خم کردن یا چرخش شدید سر و گردن و کشیدن سیگار اجتناب به عمل آید. - به بیمار آموزش داده شود تا حین دفع ادرار و مدفوع جهت کاهش فشار و خستگی، از راه دهان نفس بکشد. (انجام تنقیه مجاز نبوده) استفاده از ملین های سبک توصیه می شود. - نور کم اتاق می تواند مفید باشد چون بروز فتوفوبی امری شایع است. - جای و قهوه از رژیم غذایی حذف می شوند. - استفاده از جورابهای الاستیک مخصوص برای کاهش وقوع DVT ناشی از عدم تحرک مفید می باشد.
اضطراب در ارتباط با بیماری و یا محدودیتهای اعمال شده از نظر پزشکی	- آموزش به بیمار در مورد محدودیتهای در نظر گرفته شده

۹. تشنج:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
---------------	-----------------

خطر بروز آسیب دیدگی در ارتباط با فعالیتهای تشنجی	- بلید بیمار را بر روی زمین قرار داد و کلیه موانع را از سر راه وی برداشت به هیچ عنوان نبلید بیمار را وادار به قرار گیری در یک وضعیت بدنی خاص نمود. هرگز چیزی داخل دهان بیمار گذاشته نشود. - در صورتی که بیمار در روی تخت تشنج کرد، باید از بالشکهای مخصوص برای نرده های استفاده شود.
ترس در ارتباط با احتمال وقوع تشنج	- با رعایت درمانهای توصیه شده، ترس در بیمار کاهش می یابد. - داروهای ضدصرع تجویز شده باید به طور مداوم مصرف شوند. برای کنترل حملات باید از عواملی که بروز تشنج را تسریع می کند اجتناب نمود، مثل: آشفتگی های روحی، عوامل تشنج زای محیط جدید، شروع قاعدگی، تب، محرومیت از خواب، محرکهای نوری (استفاده از عینکهای دودی یا پوشاندن چشم ها) - از مصرف الکل اجتناب شود
روشهای غیر موثر تطابقی در ارتباط با بروز استرسهای ناشی از صرع	- استفاده از امکانات تفریحی - اجتماعی - آموزش به بیماران دچار صرع و خانواده یشان، کیفیت زندگی را بهبود می دهد.
کمبود آگاهی در رابطه با صرع و نحوه کنترل آن	- استفاده از دستبند هشدار پزشکی یا کارت شناسایی - بهداشت و نظافت کامل دهان پس از هر وعده غذایی در بیمارانی که از فنی توئین استفاده می کنند.

۱۰. خونریزی معده:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
اختلال در آسایش بیمار به علت درد در اثر ترشح اسید معده روی بافت آسیب دیده	- کاهش درد به وسیله داروهای تجویز شده (آنتی اسید، آنتی کولینرژیک و آنتا گونیست های هیستامین)، حذف آسپیرین، آشامیدنی های کافئین دار و ادویه جات، از مصرف الکل و سیگار خودداری کند. - غذا را با آرامش و آهسته صرف نماید. - آموزش بیمار در مورد غذای مجاز و غیرمجاز
اضطراب مربوط به بیماری حاد و خونریزی	- رساندن داروهای تجویز شده (آنتی اسید ، H2 بلوکرها، وازوپرسین و... - وضعیت استراحت در بستر - کنترل علائم حیاتی و مایعات خورده شده و دفع شده - برقراری ارتباط دوستانه با بیمار. - تمام اقدامات درمانی که منجر به بند آوردن خونریزی می شوند اضطراب بیمار را کاهش می دهند.
اختلال تغذیه به علت جذب رژیم غذایی معمولی، اثر اسید روی موکوس معده، عادات کاری و فشار روحی	- رژیم غذایی بیمار باید اولسری باشد. - داروهای آنتی اسید و آنتی کولینرژیک تجویزی، طبق دستور پزشک مصرف شود. - از استرسهای کاری و اخلاقی خودداری شود. - غذا در محیط مناسب و با آرامش صرف شود.
برهم خوردن فعالیت و استراحت بیمار به علت کاهش خواب ناشی از درد و خونریزی معده	- کاهش درد معده با استفاده از داروها و غذاهای مجاز، فراهم کردن محیط آرام و ساکت برای استراحت، کم کردن فشارهای روانی و شغلی
تاکی کاردی به علت کاهش فشار خون	- بند آوردن خونریزی، استفاده از سرم درمانی، استفاده از داروهای افزایش دهنده فشار خو

- کنترل علایم حیاتی و مایعات خورده شده و دفع شده. - برگرداندن حجم خون به مقدار طبیعی - استفاده از پوشش بیشتر برای بیمار - استفاده از کیف آبگرم پس از قطع خونریزی	احساس سرما و لرز به علت از دست دادن حجم خون
- رعایت رژیم غذایی مناسب - برقراری استراحت و خواب کافی - مصرف داروهای آنتی اسید با تجویز پزشک - پرهیز از عصبانیت و استرس، خودداری از مصرف الکل و سیگار.	کمبود معلومات مربوط به پیشگیری از نشانه های بیماری
- استفاده از مایع نرمال سالین و رینگر برای بیمار - گذاشتن سووند ادراری برای ثبت میزان برون ده ادراری	اختلال در کار کلیه به علت کاهش فشارخون در کلیه

۱۱. مالتیپل اسکلروزیس (MS):

مداخلات پرستاری	تشخیص پرستاری
- بهبود تحرک جسمانی با ورزش و فعالیت منظم تا حدی که بیمار احساس خستگی نکند. مانند: شنا، پیاده روی، دوچرخه سواری ورزش های مناسبی است. - در صورت لزوم از عصا و یا ویلچر استفاده شود. - به بیمار توصیه شود حین فعالیت دوره های مکرر استراحت نیز داشته باشد. - تنظیم برنامه دفع و استفاده از کاتتریزاسیون متناوب جهت حفظ کنترل مثانه - استفاده از مایعات کافی و رژیم حاوی فیبر - آموزش بیمار و خانواده وسازگاری از طریق فرآیند حل مشکل به بیمار کمک میکند مشکلات خود را تعریف و راه هایی برای حل آن پیدا کند. - برنامه ریزی دقیق و حفظ قابلیت انعطاف و امیدواری برای سازگاری جسمی و روانی مفید است.	- اختلال در تحرکات فیزیکی در ارتباط با همی پارزی و خواب رفتگی اندام ها - احتمال آسیب دیدگی در ارتباط با دو بینی و بی حسی اندام ها - احتمال اشکال در کنترل ادرار و ایجاد یبوست در رابطه با بیماری - احتمال ایجاد مشکلات ادراری و روانی در ارتباط با بیماری

۱۲. مننژیت:

مداخلات پرستاری	تشخیص پرستاری
- بالابودن نرده های کنار تخت - بررسی سطح هوشیاری بیمار - پیشگیری کردن آسیب دیدگی سر با استفاده از بالش - کنار گذاشتن یک ایروی دهانی برای کاهش احتمال گازگرفتگی زبان یا لب - خارج کردن لباس های تنگ - دور کردن اجسام و وسایل پرخطر از اطراف بیمار - آموزش های لازم به همراهان بیمار در مورد حفظ آرامش در زمان بروز حادثه - دادن اطلاعات کافی در مورد عوارض و احتمالات موجود بیماری به خود بیمار در صورت هوشیاری و همراهانش	خطر بروز آسیب دیدگی ناشی از فعالیت های تشنجی

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
خوب پاک نشدن راههای هوایی در ارتباط با تجمع ترشحات در راههای هوایی	- نوشیدن مایعات کافی (2 تا 3 لیتر در روز) - استفاده از بخور جهت رقیق کردن ترشحات ریوی - بیمار می تواند رفلکسی یا ارادی سرفه کند. - تنفس عمیق با اسپرومتر انگیزی - فیزیوتراپی قفسه سینه - استفاده از ساکشن بینی - ترشه ای - تجویز اکسیژن
عدم تحمل فعالیت در ارتباط با تغییر در عملکرد تنفسی	- استراحت و اجتناب از فعالیت بیش از حد - قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته
خطر کمبود حجم مایع در ارتباط با تب و تنگی نفس	- تشویق بیمار به دریافت مایعات
تغییرات تغذیه کمتر از نیازمندیهای بدن	- مصرف مایعات با الکترولیتها
کمبود آگاهی در مورد رژیم های درملنی و اصول پیشگیری از بیماری	- آموزش به بیمار
اختلال در سلامت پوستی در ارتباط با کم تحرکی	- تغییر وضعیت بدن بیمار به طور منظم - استفاده از لوسیون های مناسب - تمیز و خشک نگه داشتن پوست - استفاده از تشک مواج برای بیمار
احتمال نارسایی قلبی-تنفسی در رابطه با شوک	- تحت مراقبت قرار دادن فشار خون بیمار از مسیرهای شریانی - چک کردن وضعیت عصبی، تعداد نبض و سطح هوشیاری بیمار
احتمال سردرد در رابطه با بیماری	- خلوت نگه داشتن اتاق بیمار - برقراری نور مناسب - ایجاد تهویه مناسب - استفاده از مسکن مناسب جهت کاهش درد - بالاتر قرار دادن سر تخت بیمار - دور کردن اجسام و عواملی که تشدید کننده ی درد هستند - در صورت هوشیاری بیمار تلاش برای انحراف ذهن بیمار
عدم تنفس صحیح در رابطه با عدم اکسیژن رسانی مناسب	- تمیز نگه داشتن راه هوایی - اکسیژن تراپی در صورت لزوم - استفاده از پالس اکسی متری جهت بررسی گاز های خون شریانی - استفاده از بخور جهت مرطوب نگه داشتن اتاق بیمار - خلوت نگهداشتن اتاق بیمار - دادن پوزشن نیمه نشسته با استفاده از بالا بودن سر تخت به میزان 30-45 درجه

۱۳. پنومونی:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
چاک سازی غیر مؤثر راه هوایی به علت برونشکتازی، افزایش تولید مخاط، سرفه غیر مؤثر یا عفونت برونش	- ترک سیگار - سرفه مستقیم یا کنترل شده - فیزیوتراپی قفسه سینه - افزایش دریافت مایعات
الگوی غیر مؤثر تنفسی به علت کوتاه بودن تنفس، مخاط، انقباض برونش یا التهاب راه هوایی	- تمرینات تنفس دیافراگمی - جهت پیشگیری از کلاپس راه هوایی کوچک باید تنفس لب غنچه ای انجام شود تا بازدم آهسته شود.
عدم تحمل فعالیت به علت خستگی، الگوی غیر مؤثر تنفسی یا هیپوکسمی	- به بیمار آموزش داده شود تا فعالیت های روزانه خود را تا حد توانایی خود انجام دهد.
عدم آگاهی در رابطه با راه کارهای خود مراقبتی در منزل	- آموزش به بیمار در زمینه اجتناب از افزایش درجه حرارت و تعدیل زندگی (ترک سیگار)

۱۵. COPD :

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
خوب پاک نشدن راه های هوایی در ارتباط با تجمع ترشحات در تراکئوبرونشیال	- افزایش دریافت مایعات - تشویق بیمار به سرفه
کمبود آگاهی در رابطه با رژیم درمانی و معیارهای پیشگیری و اهمیت تبعیت از رژیم درمانی	- مصرف به موقع داروها - مراقبت از دهان، پوشاندن دهان و بینی حین سرفه و عطسه، مصرف دستمال های یکبار مصرف و شستشوی دستها
عدم تحمل فعالیت در ارتباط با خستگی، تغییر وضعیت، تغذیه یا تب	- برنامه غذایی در دفعات زیاد و حجم کم

۱۶. عفونت سیستم فوقانی تنفس:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
پاک نبودن راه هوایی به دلیل وجود ترشحات زیاد ناشی از وجود التهاب	- افزایش دریافت مایعات - رطوبت کافی محیط
درد به علت تحریک راه های تنفسی فوقانی ناشی از وجود عفونت	- دریافت مسکن نظیر استامینوفن طبق نظر پزشک - استفاده از داروهای بی حس کننده موضعی (گلودرد) - استفاده از کمپرس گرم، غرغره با آب و نمک - برای کاهش تب تشویق بیمار به استراحت
اختلال در برقراری ارتباط کلامی به علت تحریک راه های تنفسی فوقانی ناشی از عفونت و تورم غشا	- تا جای که امکان دارد بیمار صحبت نکند و از ارتباط نوشتاری استفاده کند.
کاهش حجم مایعات به علت مایعات از دست رفته از طریق تعریق شدید ناشی از تب	- تشویق بیمار به نوشیدن 2 لیتر مایع در روز
کمبود اطلاعات در ارتباط با رعایت موارد پیشگیری از عفونت های سیستم فوقانی تنفس، رعایت رژیم درمانی	- آموزش به بیمار که دست دادن مهمترین علت سرایت بیماری است - دریافت آنتی بیوتیک ها طبق دستور تجویز شده

۱۷. آسم:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
الگوی نامناسب راه هوایی در ارتباط با افزایش تعداد و کاهش عمق تنفس	- استراحت مطلق بیمار - قرار دادن بیمار در پوزیشن نیمه نشسته - انجام سرفه و تنفس عمیق عدم استفاده از سیگار
اختلال در تبادلات گازی در ارتباط با الگوی نامناسب تنفسی یا اختلال در تبادلات گازی در ارتباط با پاکسازی نامناسب راه هوایی	- استراحت مطلق بیمار - قرار دادن بیمار در پوزیشن نیمه نشسته - انجام سرفه و تنفس عمیق عدم استفاده از سیگار
خستگی در رابطه با اختلال در انتقال اکسیژن به سمت سلولهای بافتی یا خستگی در ارتباط با افزایش مصرف انرژی به دلیل دیس پنه	- افزایش دوره های استراحت برای بیمار - کاهش تعداد همراهان اطراف بیمار

۱۸. بیماریهای التهابی روده:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
اختلال اجابت مزاج به صورت اسهال در رابطه با فرایند التهاب	- رابطه احتمالی موجود بین اسهال و غذاهای خاص، فعالیت و استرس روانی را شناسایی نمائید. - دفعات، قوام و مقدار مدفوع را بایستی گزارش نمائید. - داروهای ضد اسهال را طبق تجویز پزشک در اختیار بیمار قرار دهید. - دفعات و قوام مدفوع بعد از شروع درمان را ثبت نمائید.

- تشویق بیمار جهت استراحت در بستر برای کاهش پرستالتیس روده	
- بررسی خصوصیات درد - برای کاهش تحرک روده، 30 دقیقه قبل از غذا، داروهای آنتی کولینرژیک تجویز می شوند و برای تسکین درد از مسکن های تجویزی استفاده شود. - تسکین درد با تغییر وضعیت، استفاده موضعی از گرما، فعالیت های تفریحی و پیشگیری از خستگی	ناراحتی، درد و کرامپ شکمی در رابطه با افزایش پرستالتیس و التهاب دستگاه گوارش
- ثبت مقدار دقیق مایعات مصرف شده (خوراکی و وریدی) و مقدار مایع دفعی (ادرار، مدفوع آبکی، استفراغ، درناژ از زخم یا فیستول) - کنترل روزانه وزن - بررسی بیمار از نظر علایم کمبود حجم مایع (خشکی پوست و غشاهای مخاطی، کاهش تورگور پوست، اولیگوری، خستگی، کاهش درجه حرارت، افزایش هماتوکریت، افزایش وزن مخصوص ادرار و هیپوناتسمیون) - تشویق بیمار به مصرف مایعات خوراکی	کمبود حجم مایع در رابطه با بی اشتهایی، اسهال و تهوع
- دوره های متناوب استراحت به طور برنامه ریزی شده در کارهای روزانه بیمار گنجانده شود. - محدودیت فعالیت به منظور حفظ انرژی و کاهش سرعت متابولیک - بیماری که در بستر استراحت می کند به انجام ورزش های فعال برای حفظ تن عضلانی و پیشگیری از عوارض ترومبوآمبولیک تشویق می شود. در صورتی که بیمار نتواند این فعالیت ها را انجام دهد، پرستار ورزش های انفعالی و دامنه حرکتی مفاصل را انجام می دهد.	عدم تحمل فعالیت در رابطه با خستگی

۱۹. UTI :

مداخلات پرستاری	تشخیص پرستاری
- داروهای آنتی بیوتیک، ضد اسپاسم و ضد درد طبق دستور پزشک به بیمار داده شود. - بیمار را تشویق به مصرف زیاد مایعات نمایید زیرا با رقیق نمودن ادرار و کاهش حالت تحریکی آن بر روی مخاط، به کاهش درد کمک می کند. - منع مصرف محرک های مجاری ادراری (مانند: قهوه، چای، سرکه، ادویه جات، کولا و الکل) - به منظور تخلیه کامل مثانه، دفع مکرر ادرار توصیه می شود (هر 2 تا 3 ساعت یکبار) زیرا این کار سبب کاهش تعداد باکتری، کاهش رکورد ادرار و پیشگیری از عفونت مجدد میشود. - استفاده از لگن آب گرم جهت حمام نشیمنگاهی (ممکن است سبب رفع درد کمک کند، خصوصاً اگر پیشابراه تحریک شده باشد). - در برخی موارد گذاشتن یا بستن یک پد گرم کننده در ناحیه سوپراپوبیک سبب بهبود اسپاسم های مثانه و درد ناحیه مذکور می گردد.	درد در رابطه با التهاب و عفونت پیشابراه، مثانه و ساختمانیهای مجاری ادراری
- نحوه ادرار کردن بیمار را کنترل نموده و به مسائلی از قبیل تکرر، احتباس، سوزش، فوریت در دفع ادرار و غیره توجه نمایید.	تغییر در نحوه ادرار کردن (مانند: احتباس فوریت در دفع ادرار و غیره) در ارتباط با آزار و تحریک مثانه

- شکایات بایستی بلافاصله تحت درمان مربوطه قرار گیرند تا فعالیت ادراری به حالت طبیعی بازگردد.	
- داروهای آنتی بیوتیک طبق دستور پزشک داده شود. - بررسی گزارشات کشت و حساسیت دارویی، تا اطمینان حاصل شود که داروی آنتی بیوتیک مناسب تجویز گردیده است.	عفونت در ارتباط با وجود رکود ادراری، بارداری یا دیگر عوامل خطر ساز
- عوامل خطر ساز و مستعد کننده موجود در بیمار بررسی شود و به بیمار گفته می شود. - به مصرف مایعات زیاد تشویق شود زیرا یکی از ساده ترین راههای پیشگیری از عفونت است. (به بیمار تاکید شود روزانه حداقل 8 لیوان آب مصرف کند). - از مصرف نوشیدنی های حاوی کافئین و الکل خودداری شود. - به بیمار یادآوری شود که با اولین احساس نیاز به دفع ادرار کند حداقل هر 2 تا 3 ساعت در طی روز و 1 تا 2 بار در طی شب ادرار کند تا از اتساع مثانه جلوگیری کند. - زنان را تشویق نماید تا بلافاصله پس از آمیزش جنسی ادرار کنند و حتی الامکان هر چه زودتر حداقل 2 لیوان آب بنوشند. - لزوم حفظ بهداشت و تمیزی ناحیه پرینه را به زنان تاکید نمایید و به آنان یاد داده شود که چگونه لبهای تناسلی را از جلو به عقب شستشو دهند. - پیگیری کشت ادرار	کمبود آگاهی در ارتباط با پیشگیری، دارودرمانی، بهداشت یا مصرف مایعات

۲۰. نارسایی حاد کلیه:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
عدم تعادل مایع به صورت افزایش حجم مایعات در رابطه با عدم تولید ادرار توسط کلیه در مرحله اولیگوریک و کاهش حجم مایعات	- بررسی دقیق جذب و دفع مایع، وزن بیمار، وجود ادم، اتساع وریدهای ژیگولار، فشارخون در وضعیت ایستاده و نشسته، ضربان نوک قلب، صدای قلب و ریه، وضعیت هوشیاری و غشاء مخاطی و تورگور پوستی - در صورت اضافه حجم مایع، محدودیت مایعات برقرار شود. - به بیمار کمک کنید تا محدودیت مصرف مایعات را رعایت کند. اقداماتی مانند: تمیزی دقیق دهان، مصرف قطعات یخ، پماد مرطوب کننده لب، فعالیت های سرگرم کننده و قرار دادن میزان آب تخصیص یافته بیمار در یک بطری، می تواند در این زمینه کمک کننده است.
تغییر وضعیت تغذیه به میزان کمتر از نیاز بدن به علت بی اشتتهایی ناشی از نارسایی کلیوی یا محدودیت رژیم غذایی	- از متخصص جهت برنامه ریزی برای رژیم غذایی کمک بگیرید. - در زمان صرف غذا محیط خوشایندی برای بیمار ایجاد کنید. - غذا به مقدار کم و دفعات مکرر داده شود. - در صورت لزوم، داروهای ضد تهوع و تسکین دهنده التهاب دهان به بیمار داده شود. - کنترل تب و عفونت (چون باعث افزایش متابولیسم و مشکلات تغذیه می شود، لذا پیشگیری مورد توجه بوده)
اختلال در سلامت ناشی از تغذیه نامناسب، ادم و رسوب سموم تحریک کننده	- مراقبت پوستی دقیق جهت پیشگیری از زخم پوستی شامل: تغییر پوزیشن، استفاده از تشک های مخصوص و غیره انجام شود. - حرکت مکرر اندامها انجام شود. انجام ورزش های با دامنه حرکتی طبیعی، تحریک بیمار را بیشتر نموده و جریان خون اعضا را افزایش می دهد. - به بیمار آموزش داده می شود که از خاراندن پوست خودداری کند. - استحمام با آب خنک و شستشو با آب و صابون انجام شود. زیرا در جلوگیری از ترک پوستی و محافظت پوست موثر است.

- به طور مکرر توضیحات دقیقی به بیمار ارائه دهید. نسبت به نیاز بیمار به حمایت روحی و روانی و اجتماعی توجه نموده و اقدامات لازم را انجام دهید.
- یک محیط آرام و امن برای بیمار فراهم کنید.
- ارتباط خود را با بیمار بیشتر کنید تا بیمار احساسات خود را از بیماری راحتتر بیان کند.
- بیمار و خانواده وی را در امر مراقبت شرکت دهید.

۲۱. نارسایی مزمن کلیه:

مداخلات پرستاری	تشخیص پرستاری
- بررسی وضعیت مایعات بدن از طریق کنترل روزانه وزن، جذب و دفع مایعات، تورگور پوست، وجود ادم، اتساع وریدهای گرنی، فشارخون، تعداد و ریتم نبض، تعداد و کیفیت تنفس و وضعیت هوشیاری - محدودیت در مصرف مایع را با توجه به وزن، برون ده ادراری و پاسخ به درمان اجرا کنید. - شناسایی منابع بالقوه مایع (غذاها، مایعات خوراکی و تزریقی و داروها) - به بیمار پیشنهاد دهید در مورد رفع تشنگی و مرطوب کردن غشاهای مخاطی خشک توسط پمادهای طبی، تمیز کردن مکرر دهان و استفاده از تکه های کوچک یخ و یا بطری آب ارائه نماید. - به بیمار تاکید شود که استفراغ، اسهال و کار یا بازی در یک محیط خیلی گرم ممکن است سبب دفع مایعات از بدن شود که باید پیشگیری یا کنترل شود. - نحوه اندازه گیری فشارخون را به بیمار آموزش دهید. - رعایت بهداشت دهان را جهت پیشگیری از خشکی مخاط دهانی به بیمار تذکر دهید.	افزایش حجم مایع به دلیل کاهش برون ده ادراری، افزایش مصرف مایعات و احتباس سدیم و آب
- وضعیت تغذیه ای بیمار را ارزیابی کنید. برای این منظور، تغییرات وزن، نسبت قد و وزن، پارامترهای آزمایشگاهی (الکتrolیتها، BUN، کراتینین، پروتئین، ترانسفرین و آهن) بررسی شود. - عوامل موثر در تغییر رژیم غذایی شامل: بی اشتها، تهوع یا استفراغ، طعم ناخوشایند غذا، افسردگی، استوماتیت و عدم درک علت محدودیت های غذایی ارزیابی شود. - پروتئین های با ارزش بیولوژیک بالا (تخم مرغ، لبنیات و گوشت) را فراهم کنید. از پروتئین های گیاهی تا حد امکان استفاده نشود. - برنامه دارویی بیمار طوری تنظیم شود که بلافاصله قبل از غذا مصرف نشود. - در صورت عدم ممنوعیت، ورزشهای سبک قبل از غذا توسط بیمار انجام شود زیرا سبب تحریک اشتها می شود. - هر روز بیمار را وزن کنید. - علایم مصرف ناکافی پروتئین مثل: ادم، تاخیر در بهبودی و کاهش آلبومین سرم را بررسی کنید.	عدم تغذیه مناسب به دلیل بی اشتها، تهوع، استفراغ، محدودیت های رژیم غذایی و تغییر غشاهای مخاطی دهان
- اطلاعات کتبی و شفاهی در زمینه: عملکرد و نارسایی کلیه، محدودیت مایع و رژیم غذایی، داروها، مشکلات و علایم و نشانه های قابل گزارش به بیمار داده شود.	کمبود آگاهی در ارتباط با ماهیت بیماری و برنامه

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
افزایش درجه حرارت بدن در رابطه با افزایش متابولیسم	- درجه حرارت بیمار را هر 3 ساعت و یا در صورت لزوم کنترل کنید. - لباس ها و روانداز بیمار را براساس دمای محیط انتخاب کنید. - بیمار را باشویه دهید و یا حمام در تخت بدهید. - ترشحات ریوی بیمار را کنترل کنید و تخلیه کنید. - در صورت باقی ماندن درجه حرارت کمتر از 37/8 با پزشک مشورت کنید.
اختلال در آرامش به دلیل تهوع و استفراغ	- اقداماتی جهت کاهش تجمع مایع و گاز در روده و معده بعمل آورید. - مناظر و بوهای نامطبوع را از محیط اطراف بیمار حذف کنید. - بعد از هر بار فیزیوتراپی ریه، به بیمار دهانشویه بدهید. - سطح الکترولیت های خون را کنترل کنید. - هنگام شروع تغذیه از راه دهان تغذیه را با مایعات صاف شده به مقدار کم و در دفعات بیشتر شروع کنید. - اثرات درمانی و عوارض داروهای ضد استفراغ را مورد بررسی قرار دهید. - در صورت تداوم تهوع و استفراغ با پزشک مشورت کنید.
تغذیه کمتر از نیاز بدن در رابطه با بی اشتتهایی در نتیجه کاهش فعالیت و بیوست	- قبل از شروع تغذیه مراقبت های لازم از دهان بیمار را بعمل آورید. - جهت تامین علائق و نیازهای غذایی بیمار، با متخصص تغذیه مشاوه کنید. - به منظور تحمل بهتر رژیم های کم نمک، از سبزی، ادویه جات، آبلیمو، ترش و ماست استفاده کنید. - زمان کافی جهت تغذیه به بیمار بدهید. - بیمار را تشویق کنید غذا را به دقت جویده، روی عمل بلع خود تمرکز داشته باشد. - به بیمار آموزش دهید تا یکساعت قبل و بعد از مصرف قرص آهن و یا غذاهای آهن دار از مصرف موادی که جذب آهن می کنند مثل شیر، حبوبات خودداری کند.
اختلال در تعادل آب و الکترولیت ها در رابطه با افزایش دفع مایعات به دلیل استفراغ	- تهوع و استفراغ بیمار را کنترل کنید. - روزانه حداقل 2500 میلی لیتر مایع به بیمار بدهید. - در صورت اجازه مصرف غذا از راه دهان بیمار را تشویق به مصرف مواد حاوی سدیم و پتاسیم بالا نمایید.
تغییر در تصویر ذهنی فرد از خود در رابطه با تغییر در ظاهر فرد	- با تشویق بیمار به صحبت کردن و بیان احساساتش، میزان اختلال در تصور ذهنی را به بیمار برآورد کنید. - سوء تغذیه های بیمار را در مورد محدودیت های آینده در فعالیت های جسمانی شناسایی کنید. - بیمار را تشویق به ملاقات با اطرافیان کنید. - بیمار را تشویق کنید به فعالیت های اجتماعی خود بپردازد. - در صورت وخیم تر شدن وضع بیمار با روان پزشک مشورت کنید.
کاهش فعالیت فیزیکی به علت طولانی شدن زمان استراحت	- ممکن است بیمار به استراحت های طولانی تر نیاز داشته باشد در این موارد به بیمار کمک کرده تا از بروز عوارض ناشی از استراحت طولانی مدت نظیر زخم های بستر، بی اشتتهایی، افسردگی و... جلوگیری شود.
اضطراب به علت عوارض احتمالی و نامشخص هپاتیت	- به بیمار توصیه کنید که احساس خود را در رابطه با علت بیماری و سیر و طول مدت بیماری بیان کند.

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
درد به علت اتساع عروق و تورم اندام گرفتار	- محیطی بدون استرس و آرام جهت استراحت بیمار فراهم شود - اندام بیمار بالاتر از سطح قلب او قرار گیرد- - استفاده از کمپرس آب گرم و مرطوب روی اندام مفید می باشد - از مالش و فشار شدید پا خودداری شود - جهت جلوگیری از زخم و عفونت در پاها توصیه میشود روزانه پاها را با آب گرم و صابون ملایم شسته و به آرامی خشک نماید - از پوشیدن لباس تنگ، کمربند و کش جوراب که امکان دارد جریان خون را کاهش دهند جلوگیری شود
عوارض پوستی ناشی از ادم اندام های تحتانی	- روش های مقابله با ادم پاها را به بیمار توضیح دهید - چگونگی معاینه ادم پا از جمله توجه به پف آلودگی، پوست کشیده، گوده گذاری، و سفتی هنگام لمس را به آموزش دهید - از بیمار بخواهید محیط ساق پا را اندازه گیری و ثبت کند - به بیمار یاد دهید هر چند ساعت پاهایش را به مدت 10-20 دقیقه بالا نگه دارد - در مورد میزان فعالیت بیرون و داخل منزل بیمار را راهنمایی کنید. توضیح دهید که از نشستن و ایستادن طولانی مدت خودداری کند. - توصیه شود روزانه 10-15 دقیقه قدم بزند - اگر برای بیمار استفاده از جوراب الاستیک تجویز شده نحوی استفاده از آن توضیح داده شود

۲۴. سرطان:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
اضطراب به علت بیماری و درمان های مورد انتظار	- فراهم کردن جوی آرام بخش و این جهت بروز ترس و نگرانی ها و شاید خشم بیمار - مشوق خانواده ی بیمار در حمایت از وی و کمک به اتخاذ روش های مثبت مقابله ای - قرار دادن هرگونه روش های تشخیصی و درمانی را با توضیحات کامل و مناسب در اختیار بیمار تا بداند چه چیزی در اختیار اوست
عدم تعادل غذایی، کمتر از نیاز بدنبه علت بی اشتها یا زود سیر شدن	- اندازه گیری روزانه وزن - تشویق به خوردن وعده های مکرر و کوچکی از غذاهای غیر متحرک - توصیه به مصرف غذاهای پر کالری و حاوی ویتامین سی-آ- و آهن - کنترل و ثبت جذب و دفع مایعات - بررسی علایم کم آبی (کاهش دفع ادرار- تشنگی- تاکی کاردی- کاهش قوام چوست) و مدنظر قرار دادن یافته های آزمایشگاهی از نظر اختلال متابولیکی (سدیم- پتاسیم- گلوکز- نیتروژن اوره خون)
درد به علت توده ی تومور	- اجرای مسکن طبق دستور پزشک - تغییر وضعیت به منظور تسکین درد - استفاده از روش های غیر دارویی برای کنترل درد مثل موسیقی و ماساژ پشت و ایجاد انحراف فکر

اندوه و افسردگی به علت تشخیص سرطان	-حمایت عاطفی بیمار از سوی پرستار -تشخیص تغییرات خلقی و مکانیسم های دفاعی بیمار مثل انکار و دلیل تراشی و فرافکنی و اطمینان دادن به خانواده و خود بیمار که این واکنش های عاطفی، طبیعی و قابل انتظار است -استفاده از افرادی مثل روانپزشک یا مددکار اجتماعی و یا فرد روحانی و روانشناس در صورت نیاز -نشان دادن همدلی پرستار با بیمار و وقت گذاشتن برای وی -با صداقت جواب دادن به پرسش های بیمار و تشویق به تصمیم گیری های بهتر در رابطه به درمان
اختلال در مراقبت از خود به علت ضعف و خستگی	-متمرکز شدن مداخلات پرستاری روی کمک به بیمار تا تعادل بین فعالیت و استراحت مددجو ایجاد شود در صورتی که واقع بینانه و قابل اجرا باشد -جهت جلوگیری از بی حرکتی تشویق به ورزش و فعالیت های فیزیکی در حد مناسب بیمار -توصیه به مصرف غذاهایی با کالری زیاد و پروتئین
کمبود آگاهی در مورد فعالیت های مراقبت از خود	-ارلیه اطلاعات در زمینه رژیم غذایی، برنامه ی درمان، فعالیت و تغییر در روش زندگی و کنترل درد -در صورت تجویز شیمی درمانی یا پرتو درمانی باید توضیحات کامل در مورد طول دوره ی درمان و عوارض مورد انتظار مثل تهوع استفراغ و ریزش مو و کاهش گلبول سفید و بی اشتیایی داده شود -و در صورت نیاز کمک به بیمار و خانواده اش در زمینه ی تصمیم گیری های مربوط به مراقبت های مرحله ی پایان زندگی

۲۵. شیمی درمانی:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
تهوع و استفراغ در رابطه با تحریک مخاط معده در شیمی درمانی	آموزش به بیمار جهت -استفاده از لقمه های کوچک و به آرامی جویدن هر وعده ی غذایی را -سه روز اول بعد از شیمی درمانی از گوشت سفید مثل مرغ و ماهی در وعده های غذایی استفاده کند و و پس از این مدت از گوشت قرمز بخصوص ماهیچه استفاده کند -اجتناب از خوردن غذاهای چرب و سرخ شده و خیلی محرک (ادویه دار) -بعد از خوردن غذا تا 2 ساعت به صورت نشسته استراحت شود نه بصورت دراز کش -تنفس از راه دهان موقعی که حالت تهوع وجود دارد -عدم مصرف غذا تا زمانی که استفراغ کنترل نشده -سعی در استفاده از غذاهایی که هضم راحتی تری دارند و اشتها آور میباشند
اسهال به علت شیمی درمانی	آموزش به بیمار جهت -مصرف مایعات فراوان مانند آب، آب سیب، چای کم رنگ جهت جبران مایعات از دست رفته -عدم مصرف مایعات خیلی گرم یا خیلی سرد، و در صورت مصرف نوشابه صبر شود تا گازش کاملاً خارج شود -غذا را در دفعات متعدد و در مقدار کم بخورید -از خوردن غذاهایی که باعث درد های انقباضی میشود مثل سبزی خام-کلم-نخود فرنگی-غذاهای چرب -ادویه دار خوداری شود

-به علت دفع زیاد پتاسیم در زمان اسهال غذاهای حاوی پتاسیم مثل موز-مرکبات-سیب زمینی-سبزی ها استفاده شود	
ریزش مو در رابطه با تاثیرات شیمی درمانی	آموزش به بیمار جهت -کوتاه کردن مو قبل از شیمی درمانی -استفاده از کلاه و شال گردن و روسری نخی -شانه کردن مو با شانه ی دانه درشت

۲۶. تب:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
خطر کمبود حجم مایع در رابطه با تب	- چک کردن دمای بدن و کنترل درجه حرارت - مایع تراپی با دستور پزشک

۲۷. پارکینسون:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
اختلال تحرک جسمی در ارتباط با سفتی عضلات و ضعف حرکت	- توصیه به انجام ورزش های کششی در دامنه حرکتی جهت افزایش انعطاف پذیری مفاصل
عدم تعادل تغذیه: دریافت کمتر از نیاز بدن در ارتباط با لرزش در خوردن، مشکل در جویدن و بلع	- رژیم غذایی نیمه جامد با مایعات ژله ای جهت بلع راحت فراهم کنید

۲۸. اسهال:

تشخیص پرستاری	مداخلات پرستاری
خطر کاهش حجم مایعات در ارتباط با دفع مکرر مدفوع و جذب ناکافی مایعات	- برقراری مایعات داخل وریدی طبق دستور برای هیدراته کردن سریع بیمار
اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با دفع مکرر مدفوع ابکی	- استفاده از لوسیون و پماد به عنوان سد پوستی