

Thuy Axberg och Fatemeh Kazemi

Sjuksköterskeprogram med inriktning mot äldre omsorg, Institutionen för
vårdvetenskap

Vetenskapsteori och forskningsmetod II, VÄ6:3, Vårtermin 2009

Kandidatuppsats C-nivå, 15 poäng

Handledare: Margareta Hellström

Examinator: Erna Lassenius

Ät- och sväljningsproblem efter stroke

En litteraturstudie om äldres upplevelser av matsituationen efter stroke.

Trouble swallowing and eating difficulties after stroke

A literature review on elderly people's experiences of eating and swallowing difficulties after stroke.

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund	1
2.1	Vanliga komplikationer efter stroke.	2
2.1.1	Kommunikation	2
2.1.2	Synfältsbortfall.....	3
2.1.3	Emotioner.....	3
2.2	Den normala sväljprocessens faser och vanliga ätproblem efter stroke	3
2.2.1	Den normala sväljprocessens fyra faser.....	3
2.2.2	Vanliga problem relaterade till matsituationen.....	4
2.3	Sjuksköterskans uppgifter och ansvarsområde	5
2.4	Omvårdnad.....	5
2.5	Hälsa och lidande	6
3	Problemformulering	7
4	Syfte	7
4.1	Frågeställningar.....	7
5	Teoretiska utgångspunkter	7
5.1	Egenvårdsbalans.....	8
6	Metod	10
6.1	Datainsamling	11
6.2	Databearbetning	11
6.3	Forskningsetiska övervägande	12
7	Resultat	12
7.1	Upplevelser av ätproblem	12
7.1.1	Känslor av beroende.....	12
7.1.2	Känslor av skam.....	13
7.1.3	Känslor av hopplöshet.....	14
7.1.4	Känslor av rädsla.....	14
7.1.5	Känslor av förlust.....	15
7.2	Omvårdnadsåtgärder som kan minska patienters lidande.....	16

7.2.1	Befrämja oberoende	16
7.2.2	Befrämja delaktighet	17
7.2.3	Skapa en relation	17
7.2.4	Skapa trygghet.....	18
8	Diskussion	19
8.1	Metoddiskussion	19
8.2	Resultatdiskussion.....	21
8.2.1	Upplevelser av ätproblem och problem som ätsvårigheter kan medföra	21
8.2.2	Omvårdnad.....	24
8.2.3	Reflektion.....	26
9	Referenser	26
	Bilaga 1 - Matris över slutligt urval av artiklar till resultat.....	31
	Bilaga 2 - Sökresultat.....	38

Sammanfattning/abstract

Bakgrund: Stroke är en av de stora folksjukdomarna och drabbar ca 30 000 människor varje år i Sverige. Riks-strokesuppföljningen 2007 visade att medelåldern för patienter som drabbats av stroke och vårdas på strokeenheter var 75 år medan medelåldern för patienter som drabbats av stroke och vårdas på en vanlig vårdavdelning var 79 år. Mer än 80% av de patienter som vårdas på sjukhem efter insjuknande rapporterades ha någon form av beroende/problem med ät- och sväljningssvårigheter. Det är inte bara de fysiska begränsningarna som ät- och sväljningssvårigheter medför, utan även förluster p g a av de mentala, psykiska och sociala konsekvenser som ät- och sväljningssvårigheterna orsakar. Sjuksköterskan spelar en viktig roll för att hjälpa patienterna till ett bättre liv, både då det gäller de fysiska funktionerna och det sociala livet.

Syfte: Att belysa upplevelser av ät- och sväljningsproblem bland äldre som drabbats av stroke.

Metod: Som metod valdes en systematisk litteraturstudie. Den genomfördes genom att söka artiklar i databaser Medline och Cinahl och på bibliotek. Som teoretisk referensram har vi valt att använda oss av Orems egenvårdsbalans.

Resultat: Ät- och sväljningsproblemen till följd av stroke ger både fysiska och sociala problem för patienterna. Genom olika metoder där man strävar att befrämja patientens oberoende, befrämja patientens delaktighet i egenvården, skapa en god relation mellan patient och vårdare kan man åstadkomma en tillvaro för patienten som förbättrar patientens livskvalitet.

Diskussion: En förutsättning för sjuksköterskans utvärdering, planering och omvårdnad är kunskaper om strokepatienters upplevelser av hela återhämtningsprocessen och patientens egna beskrivningar av vilka åtgärder som hon/han anser hjälper och vilka som inte hjälper. Sjuksköterskor är oundgängliga i den löpande bedömningen av både funktionella och psykosociala mål och prestationer.

Nyckelord: Ät – och sväljningsproblem, upplevelse, underlätta, omvårdnad, äldre, stroke.

Keywords: Eating and swallowing difficulties, experience, stroke, nursing care, older people, facilitate

1 Inledning

På våra praktik- och arbetsplatser har vi träffat många äldre patienter som drabbats av stroke. Vår erfarenhet är att bland dessa patienter är det mycket vanligt att ätandet omges av problem. Genom dessa möten har vårt intresse väckts för att försöka förstå patienters upplevelser av ätsvårigheter. Vår utgångspunkt är att vi observerat att patienter som drabbats av stroke får både fysiska och mentala problem. De fysiska problem som kan uppstå av ät- och sväljningssvårigheter är undernäring till följd av att patienten inte får i sig tillräckligt med föda och tappar matlusten. De mentala konsekvenserna är att patienten kan känna sig generad av att plötsligt inte kunna hantera maten som de sociala normerna föreskriver. Dessa patienter drar sig ofta tillbaka och undviker den sociala gemenskapen som måltider innebär. Att äldre patienter har förmåga att äta är väsentligt för deras förmåga att uppnå livskvalitet och att återhämta sig. Med detta arbete vill vi fördjupa vår kunskap om patienters upplevelser och hur vi som vårdpersonal kan underlätta och förbättra situationen för dessa patienter.

2 Bakgrund

Stroke definieras enligt kriterier fastställda av WHO, World Health Organisation, som *“ A focal (or at times global) neurological impairment of sudden onset and lasting more than 24 hours (or leading to death), and presumed vascular origin”* (WHO, 2006). *”Snabbt påkommande fokal störning av hjärnans funktion med symtom som vara minst 24 timmar eller leder till döden, där orsaken inte uppenbarligen är annan än vaskulär* (Kylberg & Lindell, 2002. s.207). Om dessa störningar går tillbaka helt inom 24 timmar talar man om en Transitorisk Ischemisk Attack, TIA , och den innefattas därför inte i definition av stroke (Engström et al.,2005). *”Transient Ischemic Attack (TIA), which is defined as neurological symptoms but lasting less than 24 hour”* (WHO, 2006).

Stroke är en av landets mest utbredda folksjukdomar och en vanlig orsak till invaliditet. I Sverige drabbas varje år omkring 25-30 000 personer (Hedner, 2003; Socialstyrelsen, 2009). De allvarligaste fallen påträffas hos de patienter som till stor utsträckning är beroende av andras hjälp för att kunna äta . Såväl fysiska som kognitiva funktionsnedsättningar kan påverka födointaget (Socialstyrelsen, 2009).

Patienter som vårdas på strokeenheter har en medelålder på 75 år medan medelåldern för de patienter som vårdas på allmänna vårdavdelningar är 79 år (Socialstyrelsen, 2009). Mer än 80 % av strokepatienterna på sjukhem var beroende av personal vid måltid (Kumlien & Axelsson, 2002). Några av de ätproblem som beskrivs är passivitet, patienter äter inte eller glömmer att äta vilket kan relateras till nedsatt uppmärksamhet, minskad initiativförmåga försämrat minne eller begreppsmässig oförmåga. Bland 520 personer som var 65 år eller äldre och som lades in för rehabilitering på grund av olika sjukdomar, många var strokepatienter, drabbades 82 % av ätsvårigheter, 32 % behövde hjälp med att äta och 46 % var undernärda (Westergren et al., 2002). Nära hälften av patienter med stroke har stora svårigheter att äta under akutskedet. Ätproblem är emellertid vanligt även lång tid efter den akuta fasen och kan bero på sväljningssvårigheter, tuggsvårigheter, tandprotes etc (Larsson & Rundgren, 2003). Prevalensen av sväljningssvårigheter hos patienten som drabbas av stroke är mellan 28 % och 73 %. Av dessa är det 29-50 % som aspirerar och hälften av dem som har aspirationsbesvär drabbas av tysta aspirationer. De flesta strokepatienter drabbas av tillfälliga sväljningssvårigheter. Man uppskattar att 11-50% har besvär som varar i sex månader eller längre (Wahlund, 2006).

2.1 Vanliga komplikationer efter stroke.

Vanliga problem som följer efter stroke är nedsatt känsel, synfältsbortfall, bristande kroppsuppfattningsförmåga då det gäller vissa delar av kroppen, ät- och sväljningssvårigheter. Det är vidare vanligt med funktionsnedsättningar av kognitiva funktioner som minne, associationsförmåga (förmågan att spontant upprätta tankemässiga förbindelser), uppfattningsförmåga, talförmåga och även förmåga att förstå när någon tilltalar en (Kumlien, 2005).

2.1.1 Kommunikation

Kommunikationsproblemen är ofta subtila och svåra att beskriva på ett enhetligt sätt. Av de patienter med stroke som överförs från sjukhus till sjukhem har ca 46 % svårigheter att kommunicera och förklara vad de vill (Kumlien et al., 1999). Studien visar att 6 månader efter inträffad stroke uppvisar 27 % av patientgruppen fortfarande visuella/perceptuella och kommunikativa brister. Dessa funktionshinder leder i sin tur till ätproblem för patienten såväl direkt som indirekt. Indirekt kan det leda till problem vid måltiden eftersom vårdpersonalen

då inte alltid förstår om patienten vill eller inte vill äta (Perry & McLaren, 2003). Patienter som drabbats av stroke som orsakat skador i höger hemisfär kan få svårigheter att uttrycka och tolka känslor och attityder i tonfall, mimik och övrig motorik. Det kan yttra sig i ett stort ohämmat talflöde och störningar i känslan för turtagning, växlandet av samtalsturer mellan deltagarna i ett samtal som är den grundläggande organiserande processen under ett samtal (Cherney & Halper, 1998; Socialstyrelsen, 2005).

2.1.2 Synfältsbortfall

Synfältsbortfall på grund av neglekt (halvsidig perceptions- och uppmärksamhetsstörning), gör att patienten endast ser den ena halvan av tallriken och därför endast äter den halva av portionen som hon/han kan se. För att avhjälpa detta problem behöver miljön arrangeras så att tallriken placeras på den för patienten synliga sidan. Sjuksköterska kan också behöva berätta för patienten om den andra hälften eller hjälpa patienten att vända tallriken under måltiden (Kumlien & Axelsson, 2002).

2.1.3 Emotioner

Emotionella reaktioner som depression eller sänkt sinnestämning är vanliga efter stroke (Socialstyrelsen, 2005; Kumlien, 2005). Förekomsten av depression efter stroke ligger i intervallet 14 - 30% (Socialstyrelsen, 2005; Jonathan et al., 2008). Depression beskrivs av patienter som en försämrad förmåga att koncentrera sig, bevara kunskap och att komma ihåg saker som har stor betydelse för det dagliga livet. Detta bidrog till en känsla av osäkerhet (Bendz, 2003). Depression efter stroke är även förknippad med högre dödlighet (Jonathan et al., 2008). Patienter beskriver att de var oförberedda på att insjukna i stroke och att de kände oro för vad som skulle hända med dem som en konsekvens av stroke. De kände också en rädsla för att dö (Burton, 2000b).

2.2 Den normala sväljprocessens faser och vanliga ätproblem efter stroke

2.2.1 Den normala sväljprocessens fyra faser

Förberedande fas: Kroppen gör sig beredd på att inta föda baserat på syn- och luktntryck. Syn- och luktntrycken hjälper kroppen till en tilltagande salivavsöndring. Hela proceduren då man för föda mot munnen är en synkroniserad rörelse mellan hand, arm, överkropp, huvud och käke.

Oral fas: Den orala fasan är viljestyrd. Käken och läpparna sluter sig. Man tuggar maten och med hjälp av tungan förs den färdigtuggade maten mot svalget.

Faryngeal fas: Denna fas är inte viljestyrd. Sväljreflexen framkallas omedvetet samtidigt som respirationen automatiskt hejdas för att skydda luftvägarna. Gomseglet och struphuvudet höjs. Epiglottis stänger luftrörsingången och stämbanden sluter sig. Sammandragning i sväljmuskulaturen pressar den färdigtuggade födan vidare.

Esofageal fas: Denna fas är inte heller viljestyrd. Sammandragande vågrörelser, som börjar överst i oesophagus, driver den tuggade födan framför sig mot magen. Tyngdkraften hjälper också till (Almås, 2001).

2.2.2 Vanliga problem relaterade till matsituationen

Vanliga begränsningar efter stroke är ätsvårigheter (Perry & McLaren, 2003).

Sväljningsprocessen innebär en koordination av flera funktioner som förutsätter att stora hjärnan, hjärnstammen och hjärnnerverna samverkar. Efter en stroke kan en eller flera av dessa funktioner drabbats vilket ger upphov till olika funktionshinder, t ex oral-faryngeal svaghet, vilket i sin tur inverkar på förmågan att äta (Harvey, 2004). Interventioner vid ätsvårigheter som en följd av stroke visar på ett antal förekommande svårigheter: nedsatt sväljfunktion, drabbas av hamstring av mat i munnen, munhåle- och protesproblem, försämrad motorik, nedsatt känsel i sväljningsapparaten, försämrad förmåga att känna lukt och smak samt svårighet att känna temperaturen på maten (Jacobsson et al., 1997; Harvey, 2004). Patienterna uppfattade födointaget som påfrestande och tröttande och upplevde att födointaget upptog en stor del av dagen. Resultatet är undernäring hos äldre strokepatienter. Undernäring är en allvarlig varningssignal. Ett försämrat näringsintag är relaterat till ökat antal dödsfall och även högre dödlighet (Elmståhl et al., 1997). Men först och främst är resultatet försämrad hälsa och sämre livskvalitet. Det är också vanligt förekommande med muntorrhet och sköra slemhinnor som i sin tur kan leda till infektioner. På grund av nedsatt känsel är det vanligt att patienter inte känner att matrester eller mediciner ligger kvar i munhålan. Matrester och mediciner som är kvar i munhålan kan orsaka ökad karies eller frätskador i munnen, särskilt bland strokepatienter som drabbats av svalgpares (Socialstyrelsen, 2005).

Tuggsvårigheter: När födan inte tuggas tillräckligt medför det risk för att patienten sväljer för stora bitar.

Hamstring: Om sväljproceduren inte fungerar som den ska medför det att mer och mer föda samlas i munnen.

Dysfagi: Dålig funktion hos de icke viljestyrda sväljfunktionerna ökar risken för att födan kommer i luftstrupen i stället för matstrupen.

Läckage: Bristande förmåga att kontrollera muskelrörelserna medför att läpparna inte sluts fullständigt, mat i munnen rinner ut.

Smärta: Om det föreligger slemhinnesår eller om patienten har en tandprotes som skaver ger det upphov till smärta.

Neglektbesvär: Försämrad förmåga att se hela synfältet orsakar att patienten inte ser hela matportionen.

Smakupplevelse: kan bli annorlunda p g a känselnedsättning.

Nedstämdhet: kan ha effekt på aptiten (Ericson & Ericson , 2002).

2.3 Sjuksköterskans uppgifter och ansvarsområde

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) står det att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och främja goda kontakter mellan patienten och vårdpersonalen. Vård och behandling ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Vårdpersonal ska arbeta för att förbygga ohälsa och den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom och skada. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde. (Sveriges Riks Lag, 2005).

Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden; att främja hälsa, att förbygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande (ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor, 2004). Socialstyrelsen (2005) betonar att sjuksköterskan skall ta initiativ till att vidta åtgärder som syftar till att främja hälsa och förebygga uppkomsten av sjukdom. Sjuksköterskans kompetensområde utgår från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn vilket innebär att sjuksköterskor skall respektera patientens autonomi, integritet och värdighet, tillvarata patients kunskaper och erfarenheter samt visa öppenhet för olika värderingar och trosuppfattningar (Socialstyrelse, 2005a). Att adekvat information överförs till dem som ska ta över vården av patienten är viktigt för en fungerande vårdkedja (Larsson & Rundgren, 2003).

2.4 Omvårdnad

Strokevården är ett vårdområde där omvårdnaden är av största betydelse för patientens hälsa, kortsiktigt men även på lång sikt (Engström et al., 2005). Viktiga faktorer för rehabiliterings resultat är sjuksköterskans yrkeskunskap, erfarenheter och även sjuksköterskans inställning.

Sjuksköterskans agerande har direkt inverkan för graden av patientens tillfrisknande eller motsatsen, tillstötande av komplikationer som t ex venstrombos, trycksår, lunginflammation, urinvägsinfektion och nedstämdhet (Almås, 2001). Syftet med omvårdnad är att genom planering och genomförande i möjligaste mån återställa patienten, förebygga ohälsa och sjukdom och bevara hälsan (Engström et al., 2005).

När patienten har ätit måste sjuksköterskan kontrollera att det inte finns kvar matrester eller medicin i munhålan eftersom det kan orsaka obehag och problem för patienten (Kumlien och Axelsson, 2002). Hos äldre patienter är tandprotes vanligt. Om denna inte är ordentligt anpassad för patienten är det stor risk att den orsakar skav och smärta och möjligheten att äta blir på så vis försämrade. Det är sjuksköterskans plikt att vara observant på detta och att kontakta tandläkare för att justera protesen om denna typ av problem föreligger (a.a.).

Stimulering av patienten vid måltider är en viktig del av sjuksköterskans uppgifter. Att stimulera patienten vid måltider kan handla om att påminna patienten om att äta eller att uppmana patienten att äta. Det är viktigt att samspelet mellan patient och sjuksköterska fungerar på ett bra sätt för att denna stimulans ska fungera. Utgången av ätträning är beroende av hur samspelet mellan vårdare och patient fungerar (Kumlien och Axelsson, 2002).

2.5 Hälsa och lidande

Varje människa har en inre, synnerligen individuell upplevelse av sin hälsa och eventuella lidande (åkomma och funktionsförlust). I omvårdnadssammanhang är den subjektiva sidan av hälsa och lidande i hög grad, central (Kristoffersen, 1998). Att som sjuksköterska underlätta för strokepatienter att hantera ättsvårigheter innebär samtidigt att lindra ett lidande. Hälsa och lidande eliminerar inte varandra - de hör ihop. Om en människa får utstå lidande som hon uppfattar som mycket plågsamt kan hon på samma gång uppleva hälsa. Men ett svårt lidande kan göra oss inkapabla att hantera situationen och förhindra utveckling (Wiklund, 2003). I patients livsvärld kommer det obetingat att beröra patients lidande och hälsa. Både lidande och hälsa är naturligt förekommande i människors liv. Sjuksköterskas mål är att lindra lidande och främja hälsa. Därmed är det dock inte sagt att det råder ett motsatsförhållande mellan lidande och hälsa. Det är tänkbart att vara i ett lidande p g a sjukdom men på samma gång

upplever hälsa genom att t.ex. att lyssna på fin musik och fåglar som kvittrar (Dahlberg et al., 2003).

Mat och måltider är viktiga för människor, både ur näringssynpunkt och den psyko-sociala roll som måltiden spelar. Om man inte kan inta föda så mår man inte bra och orkar inget. Måltider i sig har också en viktig sociokulturell betydelse (Sydner, 2002). Om patienten mår mycket dåligt av en orsak kan detta göra att hon/han förlorar förmågan att uppleva att de i övrigt faktiskt mår bra. Att äta är psykologiskt, funktionellt och socialt en viktig del av livet för alla personer (Perry & McLaren, 2003).

3 Problemformulering

Vid vård av patienter som drabbas av stroke spelar omvårdnaden en central roll. En viktig förutsättning för omvårdnadsarbetet är att vara observant på förändringar som kan påverka nutritionstillstånd och välbefinnande vid måltiden. Stroke kan leda till ätproblem som i sin tur leder till ett omvårdnadsbehov och lidande som påverkar patientens upplevelse av sig själv och sjukdomen. Personalresurserna är ofta inte tillräckliga och patienter med ätproblem får inte alltid den hjälp de behöver. Vi anser att det är betydelsefullt och oundgängligt att uppmärksamma detta område då ätande har en stor mening för välbefinnande, livskvalitet och hälsa. För att kunna stödja dessa patienter och underlätta de problem som kan finnas är det viktigt att söka kunskap om patienters upplevelse av måltidssituationen.

4 Syfte

Att belysa upplevelser av ät- och sväljningsproblem bland äldre som drabbats av stroke.

4.1 Frågeställningar

- Hur beskriver äldre strokepatienter sina upplevelser av matsituationer ?
- Finns det omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskor kan använda sig av för att minska lidandet för patienter med dessa problem?

5 Teoretiska utgångspunkter

En vanligt förekommande upplevelse hos patienter som drabbats av stroke är känslan av att ha förlorat kontrollen över sitt liv. Förlusten av kontroll handlar såväl om fysisk kontroll som kontroll över livet i allmänhet. Att känna att man vare sig har kontroll över sina normala

fysiska aktiviteter eller normala sociala aktiviteter kan leda till en upplevelse av vanmakt och frustration (Burton, 2000b). Att drabbas av stroke kan medföra ett antal fysiska förändringar . Det kan i sig dessutom medföra förändringar av livet som helhet. Förmågan att kontrollera sin kropp begränsas. Delar av kroppen är ofta förlamad och okontrollerbar. Det kan ge upphov till en känsla av förlorad integritet och förlorad autonomi. Hela livssituationen förändras och delar av kroppen känns plötsligen främmande (Jacobsson, 2000a). Då behövs hjälp för att på nytt ta kontroll över sin situation och över sin kropp. Viktigt är då att patienten får möjlighet att vara delaktig i vården och själv göra det som man själv kan utföra. För att i största möjliga utsträckning behålla sin integritet och autonomi har Orem ställt upp en teori som vi anser vara tillämpbar i detta fall, Egenvårdsbalans.

5.1 Egenvårdsbalans

Orem betonar att förutsättningen för att sjuksköterskan skall kunna vara till hjälp för sina patienter är att en person - person relation upprättas mellan sjuksköterska och patient. Så att kan sjuksköterskan ges möjlighet att samla information om hur patienter upplever och uppfattar sitt eget behov av vård (Orem, 1995). Basen för denna teori är att friska människor själva är kapabla att ta hand om sin egenvård. Eftersom vi fungerar i ett socialt sammanhang är vi också uppfostrade att ta hand om våra medmänniskor, d v s dem som är i större behov av vård måste vi hjälpa. Orems teori om egenvårdsbalans består av tre delteorier som är beroende av varandra, *teorin om egenvård, teorin om egenvårdsbrist och teorin om omvårdnadssystem.*

Teorin om egenvård kan beskrivas som att utföra sådana aktiviteter som patienten själv kan utföra själv i syfte att upprätthålla liv, hälsa, och välbefinnande (Kirkevold, 2000).

De aktiviteter man avser är sådana handlingar som syftar till att tillfredsställa individens egenvårdsbehov. Man kan kategorisera aktiviteterna i tre delar:

- Universella
- Utvecklingsmässiga
- Hälsorelaterade

Universella aktiviteter fyller allmängiltiga behov som alla behöver under hela livet. Exempel på detta är andning för syreupptagning, att få i sig näring och ballans mellan självständig aktiviteter och social samvaro. *Utvecklingsmässiga* aktiviteter handlar om sådant som har med

en människas utvecklingsprocess att göra. Exempel på detta kan vara händelser som närståendes sjukdom eller tillstånd, att man lider av en sjukdom.

Hälsorelaterade aktiviteter är sådana aktiviteter som är nödvändiga för att upprätthålla ett nödvändigt stabilt hälsotillstånd. Om man blir sjuk måste man vidta vissa åtgärder för att bli frisk igen, om man skadar sig måste man vidta åtgärder för att skadan ska läkas. För att man ska kunna sköta sin egenvård, förutsätter det att en individ har förmåga att utföra sina egenvårdsaktiviteter. Det totala behovet av egenvårdsaktiviteter kan sammanfattas som individens egenvårdskrav. Olika personer har olika förmåga att tillfredsställa sitt egenvårdskrav. Så kan t ex ett spädbarn inte på egen hand tillfredsställa sitt egenvårdskrav och inte heller en gammal och sjuk människa. Däremellan finns en skala på hur stor del av egenvårdskravet som en individ människa kan uppfylla. En fullt frisk, vuxen människa kan normalt sett uppfylla hela sitt egenvårdskrav (Orem, 1991).

Orem talar om *egenvårdsbrist* i teorin om egenvårdsbalans. Ett väsentligt begrepp i detta sammanhang är egenvårdskapacitet. Det behov av egenvård som en individ har måste kunna fyllas av individens egenvårdskapacitet. Om individen inte besitter denna kapacitet uppstår en brist, egenvårdsbrist. Denna brist måste täckas av någon annan individ. Enkelt uttryckt måste personen ha hjälp med sin egenvård. Denna hjälp kan kanske komma från en närstående. När inte heller de närstående klarar att täcka egenvårdsbristen ställs det krav på professionell omvårdnad. En individs egenvårdskapacitet varierar under livet. I detta sammanhang talar man även om begreppet egenvårdsbegränsningar. Egenvårdsbegränsningar är vad ordet säger, d v s omständigheter som gör att en person inte kan utföra egenvård. Omständigheter som på detta sätt hindrar personen från att utföra egenvård kan vara brist på kunskaper, begränsningar i bedömningsförmåga eller begränsningar i fråga om att fatta nödvändiga beslut samt oförmåga att utföra den egenvård som skulle behövas. Om man som vårdgivare inser vari begränsningarna ligger blir det lättare att tillsätta rätt resurser som hjälper vårdtagaren att komma runt de egenvårdsbegränsningar som föreligger (Orem, 1991).

Den tredje delteorin inom egenvårdsbalans är *teorin om omvårdnadsbalans*. Utgångspunkten för omvårdnadssystemet är en omvårdnadssituation där åtminstone två personer är inblandade. En person behöver hjälp medan den andra personen är någon form av vårdgivare. Vårdgivaren måste förstå och inse vari omvårdnadsbristerna ligger. Vårdgivaren måste vidare ha tillräcklig kompetens för att gripa in där och utföra de aktiviteter som behövs. På så vis kan vårdgivaren på olika sätt och i olika omfattning beroende på behov fylla de

behov så att egenvårdsbegränsningarna överbryggas. Omvårdnadssystemet träder här in och vidtar de åtgärder som behövs för att övervinna *egenvårdsbristerna* eller genom att hjälpa vårdtagaren med de han/hon inte klarar av eller genom att förstärka vårdtagarens resurser så att hon/han faktiskt klarar av dem. För att man som vårdgivare ska kunna överbrygga vårdtagarens egenvårdsbegränsningar genom att hjälpa vårdtagaren eller genom att lyfta vårdtagarens egen förmåga så måste vårdgivaren ha tillräcklig omvårdnadskapacitet. Omvårdnadskapaciteten kräver olika typer av färdighet såsom medicinsk kunskaper, tekniska respektive sociologiska färdigheter (Orem, 1991).

Omvårdnadssystem kan indelas i tre huvudkategorier: Fullständigt kompenserande, delvis kompenserande, stödjande/undervisande (Orem, 1991).

Dessa kategorier av omvårdnadssystemen förklarar hur vårdtagare och vårdgivare uppdelar lösningen på vårdtagarens egenvårdskrav. I det första fallet, fullständigt kompenserande system, måste vårdgivaren till 100% bistå mottagaren för att lösa egenvårdsbristen. I det andra fallet delar vårdgivare och vårdtagare på de egenvårdsåtgärder som krävs för vårdtagaren. I det sista fallet, stödjande/undervisande system, hjälper vårdgivaren vårdtagaren på ett sånt sätt att hon/han själv förmår att utföra egenvården (Orem, 1991).

Då omvårdnadssystemet träder in kan man utnyttja olika metoder för att uppnå ett önskat resultat: Att agera i stället för vårdtagaren, att upplysa och förklara för vårdtagaren hur han/hon själv ska agera. Att stötta både i aktiv handling och mentalt. Att ge förutsättningar för en utvecklande omgivning. Att undervisa (Kirkevold, 2000)

Vårdgivaren har som verktyg en rad metoder med hjälp av vilka man kan bestämma vilka omvårdnadsåtgärder som krävs för att överbrygga egenvårdsbegränsningar (Orem, 1991).

6 Metod

Innan vi gjorde projektplanen sökte vi ett antal artiklar utan att anteckna sökorden. Då vi läst boken ” *Nursing research: principles and Methods*”, bestämde vi oss för att göra en systematisk litteraturstudie för att besvara vårt syfte och frågeställningar. Vi började med att läsa abstract för de flesta artiklar. För vissa artiklar var det nödvändigt att läsa mer än endast abstract för att avgöra om den var relevant för uppsatsen. Enligt Polit & Beck (2004) så finns det olika faser där man först måste fastställa problemet och därefter väljs metod och utsortering. Man ska hitta relevanta sökord varefter man genomför sökningar. Därefter tar

man fram och samlar in materialet, analyserar och integrerar materialet och för att sedan tolka det. Den sista fasen är att redovisa och skriva den kunskap man har samlat in (a.a.).

6.1 Datainsamling

Artikelsökningar har gjorts i databaserna MEDLINE och CINAHL. Dessa databaser är enligt Polit & Beck (2004) de två elektroniska databaser som är mest anpassade för att vara till nytta för sjuksköterskeforskning. Sökning har även gjorts genom sekundär sökning i artiklarnas referenslistor, s.k. manuell sökning. Sökord som använts är "Stroke patients, eating", "eating difficulties after stroke", "dysphagia, stroke", "deglutition disorder, stroke", "eating experiences after stroke", "stroke, daily life, experience" and "poststroke, eating", "nursing, dysphagia", "stroke, rehabilitation", "swallowing difficulties", se bilaga 2.

6.2 Databearbetning

Vi läste igenom samtliga artiklar tillsammans med nogsamt beaktande av artiklarnas innehåll. Baserat på abstract (Polit & Beck, 2004), kunde vi avgöra om dessa artiklar var relevanta till vårt syfte/arbete. Då relevanta referenser har identifierats, hämtade vi den fullständiga forskningsrapporten för att gå igenom den (a.a.). Stor vikt ska läggas vid att studera artiklarna. Denna genomgång och strukturering görs utgående från det syfte och de frågeställningar som vi själv har för arbetet samtidigt som vi antecknade ord och uttryck för att på så vis skapa oss en förståelse för vad artiklarna handlar om. Vi måste sedan grundligt läsa igenom materialet för att få en fullständig förståelse för artiklarna (Polit & Beck, 2004).

Det mest centrala då man gör en litteratur studie är att mycket detaljerat granska resultaten i de olika artiklarna, systematisera och strukturera de material som finns tillgängligt. Enligt Dahlberg (1997) består dataanalysen av tre faser. Den primära fasen är att göra en översikt av de utvalda artiklarna. De utvalda artiklarna genomlästes upprepade gånger för att vi skulle kunna skapa oss en god bild samt för att få en översiktlig förståelse av innehållet. I den andra fasen delade vi upp artiklarna mellan oss för djupare studie av resultaten i de utvalda artiklarna. Fokus i denna fas ligger på resultatet i artiklarna. I den tredje och sista fasen gjordes en sammanställning av materialet parallellt med en artikeljämförelse. I en litteraturstudie går man igenom vad andra forskare har kommit fram till tidigare inom ett välavgränsat ämnesområde. De studier man granskar ska vara jämförbara i någon mening och

lämpliga att jämföra med varandra (Ejvegård, 2003). Som brukligt har vi gjort en tabell med en sammanställning över de studerade resultatartiklarna, se bilaga 1. I denna tabell redovisas författare till artiklarna, publiceringsår, syfte, metod, urval samt resultat.

6.3 Forskningsetiska övervägande

Frågan om vetenskaplig oredlighet är en av de mest centrala vid vetenskapliga rapporter eller forskning. Det som framställs som vetenskapligt material måste vara pålitligt. Om detta grundläggande faktum inte följs så undergrävs tillförlitligheten i forskningssystemet. Det slutar med att man inte längre kan lita på publicerade arbeten (Forsman, 1997).

Det är ett centralt etiskt övervägande att innehållet i de artiklar som används i studien inte får misstolkas. För oss är både engelska och svenska främmande språk. När man skriver på ett annat språk än originaltexten är det lätt att göra ouppsåtliga förvrängningar. Vi har studerat materialet noggrant var och en för sig för att undvika att göra egna tolkningar som kan påverka eller förvränga innehållet. Materialets ursprung får inte plagieras, falsifieras eller feltolkas genom till exempel interpretera engelska till svenska så att innebörden förändras (Nilsson, 2005). Vi översatte texterna noggrant med hjälp av lexikon var och en för sig och jämförde sedan översättningarna för att finna bästa resultat.

7 Resultat

Resultatet presenteras med hjälp av de två huvudkategorier vi funnit: Patientens upplevelser vid matsituationen; Omvårdnadsåtgärder som kan minska problemen. Under dessa teman kunde vi urskilja fem respektive fyra underkategorier; Känslor av beroende, Känslor av skam, Känslor av hopplöshet, Känslor av rädsla och Känslor av förlust (förlust av social gemenskap och förlust av funktioner). Befrämja oberoende, Befrämja delaktighet, Skapa en relation och Skapa trygghet.

7.1 Upplevelser av ätproblem

7.1.1 Känslor av beroende

Svårigheter att äta sammanfaller inte alltid med att vara beroende av att bli matad (Poels et al., 2006). Strokepatienter strävar efter att vara oberoende och återta kontrollen. Problem gör att man känner sig klumpig och kan leda till att man hellre döljer sina problem än ber om hjälp

Det kan resultera i att patienter gömmer och minimerar svårigheter med att preparera maten på tallriken och sedan kunna föra den till munnen (Jacobsson et al. 2000b).

I studier av Burton (2000a) och Westergren et al. (2001a) uttryckte patienterna att de hade så svaga armar att det medförde svårigheter att röra besticken från tallrik till mun. Vidare kände patienterna det besvärande att tvingas be om hjälp samtidigt som känner sig klumpiga då de äter. Även i denna studie framkom att det var många patienter som försökte dölja sina problem. I en studie där 43 % av strokepatienterna hade svårigheter att äta (Poels et al., 2006) framgick det att matning förekom i signifikant utsträckning. Personer som drabbats av dysfagi upplevde sig som beroende av andra eftersom de måste bli matade (Carlsson et al., 2004; Westergren et al., 2001a). Svårigheter att äta har en klar korrelation till övriga dagliga aktiviteter. En person som är beroende av hjälp för att äta är förmodligen också beroende av hjälp för andra dagliga aktiviteter (Pajalic et al., 2006).

7.1.2 Känslor av skam

Förändrad fysisk och psykisk förmåga vid måltider gör att patienter känner skam, rädsla och andra negativa känslor (Carlsson et al., 2004; Westergren et al., 2001a). De kände att de granskades och bedömdes av andra. De beskrev hur de försökte att dölja bristen på kontroll. Läckage av saliv försökte de dölja genom att hela tiden torka sig i mungipan. Patienter beskrev känslor av skam beroende på deras förändrade handlande och utseende. De beskrev detta som ett brännmärke i pannan (Jacobsson et al., 2000b). Det finns läkare som anser att utveckling av undernäring till stor del orsakas av att patienten känner skam då han/hon äter och därmed får problem med näringsintaget (Poels et al., 2006). Patienterna upplever att det är viktigt att bevara sin självbild och den bild som andra personer har av dem. I denna studie beskrivs hur strokepatienterna upplevde att insikten om det förändrade kroppstillståndet medförde känslor av skam och ifrågasättande av det egna personliga värdet (Carlsson et al., 2004). Det är stor risk att dessa patienter inte gör vårdpersonalen eller andra observanta på dessa problem då patienter känner skam på den nedsatta förmåga att äta på ett korrekt sätt och deras förändrade fysiska och sociala utseende är vanliga. Det kan avskräcka dem från att berätta för någon om sina problem (Jacobsson et al., 2000b).

De emotionella upplevelserna av att äta och laga mat uttrycker en strokepatient ”Jag kan inte skala en potatis och baka en kaka” d v s som strokepatient har denna patientens roll i familjen förändrats från att vara utförare av olika sysslor till att bli mottagare av hjälp, patienten har

förändrats från aktiv till passiv. För många vuxna kvinnor var denna förvandling särskilt smärtsam då de hela livet haft som roll att hjälpa andra i familjen och nu är oförmågan att ta hand om sig själv. Hos många ger detta en känsla av skam eftersom de inte är sig själva längre. De fysiska hindren som gör att patienten inte längre kan gå ut blir på så vis ett hot mot patientens värdighet (Dowswell, 2000).

7.1.3 Känslor av hopplöshet

Strokepatienter har stora problem med att äta, man talar om upplevelse allt från förvirring till fruktan och hopplöshet. Att äta var för flera associerat med både skam och osäkerhet (Burton, 2000a). Patienter upplevde både mat och lukten av mat som negativt, de beskrev hur känslan av sjukdom och den försämrade aptiten gjorde att de inte förmådde att kämpa och ta kontrollen över situationen, att de förlorade sig själva i sjukdomens grepp. De kände hopplöshet och var på så vis nära att ge upp. Frekvent förekommande hostningar då de skulle svälja var ett sådant lidande som hotade deras hopp (Jacobsson et al., 2000b).

7.1.4 Känslor av rädsla

Vårdarna menade att de kunde se att patienterna efter en stroke var oroliga inför måltider (Westergren et al., 2001b). Strokepatienter beskrev rädsla för att sätta i halsen. De hade dessa känslor då de inte kunde kontrollera vad som händer när mat och vätska passerar ner i halsen. Patienterna beskrev hur de vändades då de insåg att de inte hade förmåga att kunna svälja sin egen saliv och kände att halsen var helt "förstoppad". Andra patienter uttryckte liknande erfarenheter i samband med en plötslig känsla av rädsla och obehag för att äta och de hade olika metaforiska uttryck för sina upplevelser som "med en kardborrknäppning i halsen" och "svavel i halsen" (Jacobsson et al., 2000b). Vanlig mat som kött och potatis tyckte många var obehagligt att äta, men soppa eller fruktkompott fungerade bättre. Patienterna beskriver hur de kände obehag och rädsla då de matades med sked eller då dryck fördes till dem genom ett glas. Patienten fick ibland för mycket mat eller dryck i munnen och hann inte med att svälja. Dessa obehag observerades inte alltid av vårdgivarna (Carlsson et al., 2004; Jacobsson et al., 2000b).

Konsekvenserna av stroke förorsakar fysiska, psykiska och sociala konsekvenser för patienten som i sin tur leder till både frustration och rädsla hos patienten men även hos patientens familjemedlemmar (Hafsteinsdottir & Grypdonck, 1997).

7.1.5 Känslor av förlust

Två typer av förluster som patienter upplever efter en stroke är förlust av funktionell förmåga och förlust av förmåga att utöva olika aktiviteter som var värderades av patientens omgivning innan patienten drabbades av stroke (Carlsson et al., 2004). Denna typ av aktiviteter kan vara mycket allmänt men också det som har med mat och måltider att göra, t ex att laga mat (a.a.).

Förlust av funktioner

Strokepatienter drabbas av komplikationer av olika art. En av dessa komplikationer är problem med att äta. Problem med att äta och svälja kan orsaka aspiration och i förlängningen även malnutrition. I denna studie förekom det bland många patienter problem med att kontrollera kroppsdelar såsom arm, huvud och mun vilket för många innebar fysiska problem att få maten till munnen. Att hantera maten med bestick då man äter blir ett problem och det är ganska vanligt att man spiller när man försöker föra maten från tallriken till munnen (Jacobsson et al., 2000b). Westergren et al. (2001a) tar i sin studie upp att 62% av strokepatienterna som inte behövde hjälp med äta ändå hade någon form av ätsvårigheter. Funktionella brister i armar, händer och läppar uppenbarade sig för de flesta strokepatienter som kroppsliga handlingsförändringar. Patienter pekade på dessa förändringar då det handlar om att äta (Jacobsson et al., 2000b).

Förlust av social gemenskap

De sociala och psykologiska effekterna av ätsvårigheter förbises ofta. Ansamling av mat runt läpparna under måltiderna är ett exempel på ett problem som strokepatienterna själva upplever som generande och besvärande. Det är exempel på vad som orsakar oro hos patienter (Jacobsson et al., 2000b). Patienter med stroke var väl medvetna om hur obehagligt och skrämmande ett kvävningssnabb anfall kan vara för personer som bevittnar det. Patienterna själva hade i viss mån vant sig och kunde hantera det men för omgivningen verkade det skrämmande. På så vis upplevde strokepatienterna att de inte förmådde att äta på ett socialt accepterat sätt, de visste att de dreglade, inte förmådde att hantera maten på tallriken eller i munnen på ett korrekt sätt (Carlsson et al., 2004). Patienter med stroke upplever att relationer till vänner påverkas. En av orsakerna är att de som drabbats av stroke i mindre omfattning deltar i fysiska och sociala aktiviteter än innan insjuknandet (Widar et al., 2004). Patienterna

känner att andra irriterades av deras ätproblem. Patienterna vägrade att gå ut och äta på grund av detta problem (Roy et al., (2007). Det sociala livet begränsas p g a att patienten är beroende av hjälp och inte kan delta i normalt socialt umgänge (Widar et al., 2004).

Strokepatienter drabbas ofta av hosta vid matintag, de spiller på ett sätt som man inte gjorde tidigare, det rinner från munnen och patienten drabbas inte sällan av oförmåga att hantera tallrik och bestick på ett sätt som är kulturellt eller socialt acceptabelt (Carlsson et al., 2004). Patienter som måste sondmatas, har svårt att koncentrera sig eller svårigheter att äta på ett socialt acceptabelt sätt hamnar ofta i social isolering (Axelsson et al., 1986). Förutom aspiration och undernäring är också den sociala isolering som dysfagin kan leda till en bidragande orsak till för tidig död (Westergren et al., 2001b). Svårigheter att svälja har en signifikant negativ korrelation med upplevelsen av livskvalitet på flera områden, social isolering spelar en viss roll här (Roy et al., 2007).

7.2 Omvårdnadsåtgärder som kan minska patienters lidande

Förståelse och kunskap om strokepatienters upplevelser av ätsvårigheter spelar en viktig roll i utformningen av den kliniska behandlingen. Då kan syftet vid ät-träning av strokepatienter i första hand handla om att motverka känslan av rädsla och osäkerhet vid måltider (Axelsson et al., 1986).

7.2.1 Befrämja oberoende

Åtgärder som är baserad på en noggrann diagnostik är en förutsättning för att vara framgångsrik även långsiktigt efter en stroke, och för att på sikt se till att patienten återfår sin förmåga att äta själv (Axelsson et al., 1986). Att äta är en viktig del av vardagslivet och detta måste utvärderas och diagnostiseras noggrant, särskilt som problem i denna verksamhet har en direkt koppling till behovet av vårdresurser (Pajalic et al., 2006). En av de stora drivkrafterna för återställande av både fysiskt och mentalt tillstånd var viljan att känna sig som alla andra igen (Nilsson et al., 1997). Man har i vissa studier funnit att strokepatienter många gånger gör tydliga mål för sig själva då det gäller att bemästra sina funktionella hinder. De mål man sätter upp är att så långt det är möjligt återfå den funktion man hade innan stroke. I dessa sammanhang är det mycket viktigt att man respekterar de mål patienten satt upp. Sjukvårdens roll i detta sammanhang blir att sätta sig in i patientens mål och respektera patientens mål (Hafsteinsdottir & Grypdonck, 1997).

En del av sjuksköterskans funktion handlar om att främja patientens personliga utveckling i betydelsen av att hjälpa patienten att klara sig själv. Sjuksköterskans roll var att hjälpa, uppmuntra, undervisa, informera. En annan viktig roll var att fungera som koordinator och länk mellan olika yrkesgrupper och agera som talesman för patienten. Patienter som fick ätträning hade lättare att hantera olika matsituationer (Jacobsson, 2000b). Individualiserade interventionsprogram har visat sig vara effektiva för att förbättra matsituationen, orala rörelser, näringsstatus samt vara förebyggande mot aspirationspneumoni. Bland patienter utan förmåga till oralt intag har individualiserade insatser gjort det möjligt att äta normal mat igen (Axelsson et al., 1986; Jacobsson et al., 1996).

7.2.2 Befrämja delaktighet

I en studie av Jacobsson et al. (1996) framgår betydelsen av att låta patienten vara så delaktig som möjligt i beslutsprocessen. Patienten är den som bäst kan beskriva upplevelsen av att leva med ätsvårigheter och har de en möjlighet att komma överens med sjuksköterskan om åtgärder är det troligare att det leder fram till positiva resultat. Det finns flera tydliga orsaker till att sjuksköterskor behöver skaffa information från patienten själv; dels för att förstå situationen bättre från patientens perspektiv och dels för att inse nödvändigheten av att ge patienten den tid de behövde för att identifiera problemet klarare för sig själv (Lawler et al., 1999). För patienter som har sväljproblem orsakade av försvagad tunga kan en lämplig metod vara att luta huvudet bakåt för att kunna förflytta den tuggade maten bakåt i munhålan. På så vis förs den tuggade maten av tyngdkraften snarare än att bli aktivt framdriven av tungan. Andra alternativ om patienten har fördröjd sväljreflex är att luta hakan mot bröstet vilket kan hjälpa att leda bort maten från svalget och på så vis minimera aspirationsrisken (Holmes, 2008).

7.2.3 Skapa en relation

Vikten av dialog mellan patient och vårdare betonas vid behandling av ätproblem för att man på så vis kan åstadkomma en individanpassad ätträning (Jacobsson et al., 2000b). För att uppnå en bra relation mellan sjuksköterska och patient är det viktigt att bygga upp en effektiv kommunikation (Burton, 2000a). Om det finns en förtroendefull relation mellan patient och vårdare finns det också större förutsättningar patienten att ta till sig kunskaper och erfarenheter från vårdpersonalen. Sålunda är det mycket viktigt med en bra relation mellan

sjuusköterska och patient (Jacobsson et al., 2000b). Många strokepatienter upplevde både positiva och negativa förhållningssätt från omgivningen då det gäller svårigheterna att äta (Lawler et al., 1999). Goda relationer, stöd av andra och betydelsen av sociala sammanhang har stor betydelse för upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet vid rehabilitering (Widar et al., 2004). För patienter med ät- och sväljningssvårigheter är det därför viktigt med bekräftelse från vårdgivarna. På så vis känner sig patienten stärkt och problemen med att äta och svälja reduceras (Lawler et al., 1999). Problem vid matning reduceras och man erhåller en bättre harmoni och interaktion om patienten, speciellt patienter med kommunikationsproblem får hjälp med att äta av samma person vid måltiderna (Lawler et al., 1999).

7.2.4 Skapa trygghet

Vårdpersonalen har som uppgift inte bara att säkerställa näringsintaget utan även att stimulera patienter med dysfagi vid ätträningen för att på så vis göra maten och måltiderna både säkra och mindre obehagliga för patienten (Jacobsson et al., 2000b). Inte minst gäller det patienter som har problem med att inte kunna slutföra olika aktiviteter. Det blir då viktigt att som sjuusköterska vara lugn när man utför aktiviteter tillsammans med patienten som att ge instruktioner och vägleda patienten. Det är nödvändigt att ge patienten tillräckligt med tid för att utföra en uppgift i taget och stödja patienten under hela uppgiften ända tills patienten är färdig (Kumlien & Axelsson, 2000). Andra faktorer som är viktiga för att säkerställa matintaget är att patienten är ordentligt vaken och att patienten sitter upprätt för att säkerställa att maten sväljs på bästa möjliga sätt (Poels et al., 2006).

Sjuusköterskorna benämnde vissa metoder som "kompenserande vård", "fysiskt rehabiliterande vård" eller "känslomässigt och socialt stödjande vård". Patienter som inte tar egna initiativ eller är glömska måste uppmuntras och påminnas. Sjuusköterskan stimulerar patienten att äta t.ex. genom att sitta bredvid patienten och vägleda patientens hand från tallrik till munnen (fysiskt rehabiliterande vård). Patienten är omhändertagen på ett sådant sätt att han/hon blir påmind om att äta, man ser till att patienten sitter ordentligt och bekvämt för att kunna äta (kompenserande vård). När patienten förlorar tålamodet försöker sjuusköterskan lugna ner patienten (emotionellt och socialt stödjande vård) (Kumlien & Axelsson, 2000).

Vissa patienter med dysfagi får nedsatt oral känsel vilket gör att de inte känner när de har mat i munnen. En enkel teknik för att hjälpa sådana patienter är att trycka med skeden mot tungan mer än vid normal matning för att på så vis få patienten att känna att maten finns i munnen. Ett alternativ till denna metod är att ge någon sur föda, t.ex. citron eller grapefrukt, för att stimulera sväljningen. För andra patienter kan det ge bättre respons med kyla vilket ökar sensorisk medvetenhet och på vis minskar fördröjningen i sväljreflexen (Holmes, 2008).

Oförmågan att sitta upprätt är en viktig faktor bakom strokepatienternas ätproblem (Westergren et al., 2001a). Därför är en kombination av olika tekniker viktig för att förbättra förmågan att äta. Exempel på sådana tekniker är balansträning, stabilitet vid bålen vid sittande, en korrekt justerad sittställning, hjälp med bra grepp om bestick och lämpliga hjälpmedel i övrigt. Individualiserad träning och användning av särskild teknik kan göra att patienten sväljer på ett säkrare sätt (Jacobsson et al., 1996).

8 Diskussion

Diskussionen är indelad i två huvudkategorier, metoddiskussion och resultatdiskussion.

8.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa äldre strokepatienters upplevelser av ät- och sväljningsproblem och därför använde vi av oss en litteraturstudie vilket innebar att vi sökte kunskap utifrån frågeställningar och syfte. Vi sökte efter artiklar om strokepatienters upplevelser av ät- och sväljningssvårigheter efter stroke. Patienternas erfarenheter och upplevelser av ätsituationer är inte bara fysiska utan även psykiska, sociala och existentiella.

En nackdel med studien var att det fanns ett begränsat antal artiklar/studier som beskriver strokepatienters upplevelser av ät- och sväljningssvårigheter. Tidsramen för uppsatsen var också en begränsande faktor som gjorde att vi tvingades begränsa oss i artikelsökning. Om ytterligare tid hade varit tillgänglig skulle man kunna söka även i andra databaser, med där man kunnat finna ytterligare information i ämnet.

Sökning av vetenskapliga artiklar har endast utförts i databaserna MEDLINE och CINAHL. Som utgångspunkt för sökningarna och val av sökord utgick vi från sökmetodik som lärdes ut under termin 1. Artiklar söktes även manuellt från de olika artiklarnas referenslistor. Denna sökning var inte alltid framgångsrik eftersom dessa artiklar inte alltid fanns tillgängliga i full

text och heller inte kunde beställas gratis. I några fall korresponderade vi med författarna till icke tillgängliga artiklar och fick på så vis tillgång till dem. Vi var medvetna om kravet på att använda primära källor (Polit & Beck, 2004) men tvingades i två fall ändå att använda sekundära källor. Vi gjordes detta i mycket begränsad omfattning och enligt Backman (2008) så är det acceptabelt.

Karolinska Institutets och Erstas bibliotek tillsammans med databaserna som nämndes ovan är de platser där vi hittade relevant litteratur och studier. Det var inte effektivt i början eftersom vi letade var och en för sig och läste genom samma abstracts och ibland nästan hela artiklar utan att den andre visste om det. För att effektivisera arbetet bestämde vi oss för att göra en uppdelning av sökningarna så att en person sökte om upplevelser av ätsvårigheter och den andra personen sökte efter artiklar som handlar om omvårdnadsåtgärder.

I några fall var det svårt att avgöra de påträffade artiklarnas relevans eftersom varken abstract eller fulltext fanns tillgängligt. Vi fick då bedöma och välja artikeln utifrån dess titel. Det innebär att vi kan ha förbigått relevanta artiklar som skulle ha kvalificerats sig i uppsatsen. Inte alla sökningar som gjorts i databaserna har redovisats i sökschemat. Vi valde att inte ta med de sökningar som inte resulterat i användbara artiklar eftersom tabellen annars skulle bli orimligt omfattande. För vissa artiklar som vi sökte initialt, utan vetskap om att de måste redovisas, sparade vi inte de sökord som använts.

Då man gör en litteraturstudie är det nödvändigt att läsa abstracts, eftersom man då får en sammanfattande bild av vad studien avhandlar (Hott & Notter, 1996). Inte alla artiklar hade abstracts, vilket ledde till att vi tvingades gå igenom dem omsorgsfullt innan vi kom fram till om de var användbara eller inte. Polit & Beck (2004) ger bra tips om hur man bör läsa forskningsrapporter. Han säger att det är lämpligt att läsa artiklar långsamt. Det kan vara bra att skumma igenom artikeln först för att få en överblick av innehållet och sedan läsa artikeln mer noggrant en andra gång. Den andra eller senare läsning av en artikel innebär en träning i att vara en aktivare läsare. Att läsa aktivt innebär att ständigt reflektera över det lästa materialet för att kontrollera om det hittills lästa förstås fullt ut. Vid problem att förstå, läses svåra passager om eller görs anteckningar för att vid senare tillfälle kunna ta hjälp för

klargörande genom ex handledare. Genom flera genomläsningar och synpunkter från handledare fick vi en djupare förståelse för texterna som vi läste.

8.2 Resultatdiskussion

I denna uppsats har vi velat belysa äldre strokepatienters upplevelser av ätproblem. Omvårdnadskunskapen hos sjuksköterskor om ät- och sväljningsproblem hos äldre strokepatienter skulle behöva förbättras för att på så vis ge en större förståelse för hur patienter upplever ätsvårigheter och sociala problem kring måltider.

8.2.1 Upplevelser av ätproblem och problem som ätsvårigheter kan medföra

I kvalitativa studier inriktade på känslöbetonande företeelser (Perry & McLaren, 2003; Westergren et al., 2001b) menade vårdarna att de kunde se att patienterna efter genomgången stroke var oroliga inför måltider. Strokepatienter med begränsad rörlighet i händer och armar som gjorde det svårt för dem att förbereda och transportera mat till munnen, sa att det var svårt att be om hjälp och att de kände sig mycket klumpiga då de åt. För att uppnå egenvårdsbalans är det viktigt att patienter med begränsad rörlighet får hjälp av vårdgivarna på ett sådant sätt att det kompenserar patientens bristande förmågor samtidigt som de ges möjlighet att använda de kvarvarande egna resurserna i så stor utsträckning som möjligt. Detta för att i största mån bevara och förstärka patienternas autonomi (Orem, 1991). Utgångspunkten är att från fullständigt kompenserande vandra mot större förmåga till egenvård hos patienten. För att öka patienternas självförtroende och självkänsla är det viktigt att sjuksköterskan på rätt sätt stöttar och uppmuntrar patienten så att han/hon upplever en större livskvalitet omkring måltiderna (Orem, 1991). De mest negativa upplevelserna har beskrivits av patienter som fick mat via nasogastric sond. Med sonden kvar uppstod en känsla av att halsen var förträngd vilket upplevdes nästan som kvävning. Upplevelsen av att ha något konstigt i ansiktet uttryckte patienter som en känsla av att ha blivit krymplingar. Att fortfarande ha aptit men ändå inte kunna äta upplevdes som mycket hårt. Matsituationen innebar för dessa patienter att ligga och titta på när näring gavs via sonden och detta upplevdes som meningslöst, inte alls som att äta (Jacobsson et al., 2000b).

Det är inte ovanligt att patienter med ätsvårigheter avstår från att berätta om dem eller t o m försöker kamouflera dem eftersom de tycker att denna typ av problem är generande

samtidigt som de inte vill inskränka sitt personliga oberoende (Jacobsson et al., 1997). I en studie av Fraser (1999) påtalas att det är en rad faktorer som påverkar strokepatienters sociala liv, problem att äta med andra människor, förändrade beteende och roller i samspelet med medmänniskor, anhöriga och vänner. Vanligt förekommande var att strokepatienter kände att deras sociala liv blev sämre efter stroke. Många känner sig utestängda från samhället (Murray & Harrison, 2004). De sociala och psykologiska effekterna av ätsvårigheter förbises ofta. Ansamlingen av mat runt läpparna under måltiderna är ett exempel på vad som orsakar oro hos patienter. Ett problem som hos en frisk person kan förbises som litet men som av strokepatienterna själva upplevs som väldigt generande och besvärande. (Carr & Hawthorn, 1988; Jacobsson et al., 1996/2000b). Patienter måste ges stöd samtidigt som anhöriga informeras och undervisas i de problem som patienten upplever. Då finns det större möjligheter att patienten öppnar sig och vågar tala om det som upplevs som jobbigt. Det är viktigt att såväl anhöriga som sjuksköterskor inser att det fodras stor lyhördhet för att stödja patienter med ätsvårigheter. Om patienten inte besitter full förmåga att hjälpa sig själv, klara av sin egenvård, så är det viktigt att närstående, vänner och vårdgivare kan fylla den rollen genom kompenserande vård fysiskt, mentalt och socialt (Orem, 1991). Perry (2001) hävdar i sin studie att mat och ätande är centralt för våra liv, inte bara som en livslång stödmekanism utan också att måltiden är ett sätt att strukturera vår kultur och vårt sociala liv. Att kunna äta och äta med andra präglar sociala relationer och bidrar till den personliga identiteten. Konsekvenserna av dysfagi har beskrivits som att patienter ”vägrar äta offentligt, känner rädsla för att svälja, depression och förlust av glädje vid måltider”. Psykosociala effekter är något som påverkar förmågan att äta och utgör ett potentiellt hot även mot det faktiska näringsintaget (a.a.).

Strokepatienters darrighet, kraftnedsättning och ät- och sväljsvårigheter hade som konsekvens att patienterna upplevde det som mycket jobbigt att äta (Westergren et al., 2002). Patienter är tvungna att vidta extra försiktighetsåtgärder då de äter och dricker för att minska läckage runt munnen. De uttryckte skam över sitt läckage från munnen, vilket i sin tur orsakade lidande för dem (Carr & Hawthorn, 1988). Förlust av aptit, emotionell nedstämdhet, sjukdomsförnekelse och miljön kring måltiderna är sådana faktorer som leder till minskat näringsintag (Axelsson et al., 1989 ; Jacobsson et al., 1997). Patienten gav särskilt uttryck för svårigheterna att klara måltider. "Jag kände mig dum, du vet, att jag måste lära mig att tugga

min mat. Logopeden berättade för mig varför vi skulle göra det här, men det hjälpte egentligen inte". Isolering var ett annat problem eftersom samtliga patienter i denna studie hade en känsla av att vara isolerade eller fast i en bur. För vissa personer var burarna patienternas kroppar medan den för andra var sjukhuset eller deras egna hem (Burton, 2000b). Som sjuksköterska eller annan vårdpersonal är det viktigt att man är mycket lyhörd och uppmärksam då man hjälper dessa patienter, d v s patientfokusering (Orem, 1991). Det handlar om att på ett praktiskt sätt hjälpa patienterna så att problemen vid matintag mildras så att patienten inte känner sig generad eller besvärad vid måltiderna. Genom uppmuntran och stor försiktighet då man assisterar patienten vid måltiderna ger man patienterna självförtroende och minskar rädsla så att de återigen vågar delta i gemensamma måltider d v s man kompenserar egenvårdsbristen enligt Orem (1991). Detta kan inte uppnås i ett steg, utan man måste ta små steg på vägen för att åstadkomma de förbättringar som behövs för att patienten åter ska känna hopp om att klara sig vid måltiderna.

I två andra studier av Bendz (2003) respektive Carlsson et al. (2004) framkommer att det förändrade fysiska och psykiska beteendet skapar skamkänslor i samband med måltider och även andra sociala sammanhang. Strokepatienters personliga integritet och värdighet hotas av deras funktions hinder, ät- och sväljningssvårigheter (Engström, 2005). Patienterna uttrycker att de har så svaga armar att det medför svårigheter att röra besticken från tallrik till mun. Vidare kände patienterna att det är besvärande att tvingas be om hjälp samtidigt som de känner sig klumpiga då de äter. Även i denna studie framkom att det var många patienter som försökte dölja sina problem (Burton, 2000a; Westergren et al., 2001a). I en "människa-och-människa-relation" är det mycket viktigt att sjuksköterskan arbetar på ett sätt som gör att patientens integritet inte kränks. Därigenom säkerställer man att patientens värdighet upprätthålls och på så vis motverkar man uppkomst av skamkänslor som annars kan vara förödande för patientens utveckling (Orem, 1995).

Själva känslan av den förlorade förmågan att äta är mycket centralt i detta sammanhang. Viktigt blir då att använda resurserna på ett sådant sätt att patientens känsla av vanmakt elimineras eller minskas så långt det är möjligt. Som sjuksköterska måste man därför ha förståelse för vilken betydelse förmågan att äta tillsammans med andra människor har för patienterna. Sjuksköterskan måste ha kunskap för att kunna vidta de åtgärder som behövs för

att stödja patienten så att måltiden inte blir något plågsamt, utan så långt som möjligt, den njutning i livet och en viktig social aktivitet som en måltid kan vara som patienten ser fram emot. Sjuksköterskans förståelse för problemen och rätt åtgärder för att hjälpa/underlätta är mycket viktigt. Hon kan stödja, underlätta eller hjälpa patienten beroende på vilka behov han/hon har (Orem, 1995).

8.2.2 Omvårdnad

I omvårdnaden är det inte bara vad man gör, verksamheten, som är viktig utan också hur man gör det, relationen (Jacobsson et al., 2000b). Fokus bör ligga på att patienten är den vi bryr oss om, som är av betydelse och visas i hur vi uttrycker och agerar i omvårdnadshandlingar. Bendz (2003) tar i sin studie upp att vårdpersonalens perspektiv och patientens perspektiv är olika vid rehabilitering av patienter med stroke. Då vårdpersonalen utgår från patienters svårigheter på det biomedicinska planet innebär det att fokus sätts på patientens begränsade funktioner och rehabilitering. Därmed förbigås helheten och en stor del av patientens verkliga problem som också är patientens perspektiv nämligen begränsningar av såväl den biomedicinska, sociala som psykologiska förmågan. God rehabilitering bör grundas på patientens upplevelse eftersom endast patienten själv vet vad svårigheterna betyder (a.a.). Framgångsrika åtgärder för att skapa förståelse för strokepatienters upplevelser i samband med ätsvårigheter har uppnåtts genom att jämföra forskningsbaserade bedömningar och diagnoser mellan patient och sjuksköterska (Kumlien, 2005; Axelsson et al., 1986). Det visar att patientens subjektiva upplevelser bör vara den primära utgångspunkten. Människor skapar mening i sin situation på olika sätt beroende på vilken typ av personliga erfarenheter och kunskaper de har och de agerar i enlighet med sina personliga upplevelser (Polanyi, (1966) (refererad i Bendz, 2003). Utgående från patientperspektivet är det viktigt att man utgår från patientens uppfattning av vårdbehovet. I detta sammanhang måste sjuksköterskan skilja på empati och sympati.

Patienter bör bedömas ur en holistisk synvinkel snarare än bara utgående från hur patienten kan svälja, d v s reduktionistisk människosyn. Enligt det senare perspektivet är bedömningen knuten endast till funktionsduglighet (Westergren et al., 2001b). Ur ett holistiskt perspektiv däremot innebär det att patienten är en integrerad helhet, som består av fysiska, psykiska, sociala och andliga aspekter (Kristoffersen, 1998). För sjuksköterskan innebär detta att man

måste se patienten som en individ och behandla honom/henne med respekt och hänsyn (Orem, 1991). Kvalificerade sjuksköterskor kan göra mycket för att optimera patienternas födointag. Möjliga åtgärder innefattar t ex att placera patienten i upprätt läge under 20 minuter efter att ha ätit för att minska risken för kvävning och aspiration, påminna patienten om att svälja ofta, uppmuntra till flera sväljningar per bolus, uppmuntra till varsamma hostningar efter varje sväljning och se till att hålla bolus storlek begränsad (Holmes, 2008). Detta är återigen exempel på kompensering eller delvis kompensering av vård enligt Orem (1991).

Sjuksköterskan måste noggrant observera patienten under måltid för att se tecken på svårigheter som kvävning. Det är viktigt att sjuksköterskan undviker att bli distraherad medan han/hon stöttar patienten då han/hon äter (Holmes, 2008) d v s under behandling ska patienten vara i fokus enligt Orem (1991). Varje del av maten mosas eller passerar var för sig samtidigt som man beaktar att den ursprungliga färgen på grönsaker och annan mat bibehålls. Det är möjligt att använda formar i vilka passerad mat formas för att sedan vända upp den på tallriken. Den passerade moroten och den passerade broccolin återfår på så vis sin form (Whitehead, 2006). Måltiden ser mer lockande ut och det uppmuntrar intag. Petkant på tallriken, halkfria mattor under tallriken och användning av speciell sked eller gaffel kan göra det möjligt för patienten att äta själv eller åtminstone så självständigt som möjligt (a.a.). Försök att öka patientens medvetenhet om hans orala rörelser medan han äter genom verbal, visuell eller taktill feedback (Carr & Hawthorn, 1998). Detta visar på vikten av sjuksköterskans praktiska färdigheter för att kunna hjälpa patienten på bästa sätt. Då krävs både teoretiska kunskaper, praktisk erfarenhet och lyhördhet för att på bästa sätt tillfredsställa patientens behov. Detta kan beskrivas som att sjuksköterskan besitter omvårdnadskapacitet; medicinska och tekniska kunskaperna liksom sociologiska färdigheter (Orem, 1991).

Det är viktigt att sjuksköterskan kan ge användbar information till patienten om föreningar där patienten kan träffa personer med liknande erfarenheter och utbyta tankar och upplevelser. Givetvis måste man inse att detta inte passar alla, men för dem som kan finna personer att byta erfarenheter med på detta sätt är det av stort värde. Murray & Harrison (2004) kom i sin studie fram till att erfarenheterna av en stroke kan göra att patienter känner sig utestängda från samhället. Att gå med i en grupp speciellt för strokeöverlevare är en metod som ger deltagarna fortsatta möjligheter att umgås. Deltagande i sådana grupper möjliggör en social

interaktion och tillfredsställer ett behov att prata om erfarenheter med människor som delar en liknande sjukdomsbild. Det är lättare för dem att förstå de svårigheter som de står inför. Burton (2000a) hittade tre kategorier som beskriver sjuksköterskans roll. Den första rollen är sjuksköterskan som vårdare. Den andra rollen är sjuksköterskan i rollen som den som underlättar för patienten, t ex säger en sjuksköterska i studien att de avsätter tid tillsammans med patienten, hjälper patienten att äta genom att t ex guida patienten då han/hon ska föra skeden till munnen. Den tredje rollen är som koordinator för det multidisciplinära team som t ex ska se till att dietisten träffar patienten och informerar andra yrkesgrupper som har till uppgift att stödja patienten. Sjuksköterskan måste stimulera, uppmuntra och hjälpa patienten så långt det är möjligt för att minska den känsla av vanmakt och frustration som sjukdomen kan ge upphov till. Sjuksköterskan måste stimulera, uppmuntra och hjälpa patienten så långt det är möjligt för att minska den känsla av vanmakt och frustration som sjukdomen kan ge upphov till. Det överensstämmer med Orem's egenvårdsbalans. Även Orem (1995) tar upp hur man genom att lyfta patientens egen förmåga att hjälpa sig själv så långt detta är möjligt, åstadkommer hjälp till självhjälp. På detta sätt vinner man även att patienten upplever större autonomi.

8.2.3 Reflektion

Resultatet visar att det finns ett antal praktiska åtgärder som sjuksköterskan kan vidta för att underlätta stroke-patienternas situation för att kunna äta på ett bättre sätt och för att i större utsträckning själva kunna ta kontrollen över sin situation då det gäller näringsintag och social samvaro vid måltider. Även om många inte kan återfå sin tidigare förmåga att äta självständigt kan man genom ett antal väl avvägda åtgärder ge förutsättningar för att förbättra patientens situation radikalt. Det är dessa praktiska möjligheter som man som sjuksköterska måste behärska, samtidigt med förståelsen för de sociala problemen som patienten brottas med. Omvårdnadskunskapen hos sjuksköterskor om ät- och sväljningsproblem hos äldre strokepatienter skulle behöva förbättras för att på så vis ge en större förståelse för hur patienter upplever ät- och sväljningsproblem och sociala problem kring måltider.

9 Referenser

- Almås, H. (2001). *Klinisk Omvårdnad 2*. Stockholm: Liber AB
- Axelsson, K., Norberg, A., & Asplund, K. (1986). Relearning to eat late after stroke by systematic nursing intervention: a case report. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 553-559.

- Axelsson, K., Norberg, A., Asplund, K., & Eriksson, S. (1989). Eating problems and nutritional status during hospital stay of patient with severe stroke. *Journal of the American Dietetic Association* 88, 1092-1096.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och Uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bendz, M. (2003). The first year of rehabilitation after stroke – from two perspectives. Nordic College of caring Science, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17, 215-222.
- Burton, C. R. (2000a). A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (1), 174-181.
- Burton, C. R. (2000b). Living with stroke: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (2), 301-309.
- Carlsson, E., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2004). Stroke and eating difficulties: long-term experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 825-834.
- Carr, E. K., & Hawthorn, P. J. (1988). Lip function and eating after a stroke: a nursing perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 447-451.
- Cherney, L.R., & Halper, A.S. (1998). Communication problems following stroke. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 14, 18-27.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur
- Dahlberg, K., Gegesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Faferberg, I.F. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur
- Dowswell, G., Dowswell, T., Young, J., Lawler, J., Forster, A., & Hearn, J. (2000). Investigating recovery from stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 507-515.
- Ejvegård, R. (2003). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur
- Elmståhl, S., Persson, M., Andren, M., & Blabolil, V. (1997). Malnutrition in geriatric patients: a neglected problem? *Journal of Advanced Nursing*, 26, 851-855.
- Engström, B. (2004). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskeförening-SFF, ISBN: 92-95005-16-32.
- Engström, B., Nilsson, R., & Willman, A. (2005). *Omvårdnad vid stroke – State of the art*. Växjö: Grafiska Punkten.
- Erickson, E., & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar*. Poland: Studentlitteratur
- Forsman, B. (1997). *Forskningsetik – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Fraser, C. (1999). The experience of transition for a daughter caregiver of a stroke survivor. *Journal of Neuroscience Nursing*, 31, 9-16.

- Hafsteinsdottir, T. B., & Grypdonck, M.(1997). Being a stroke patient: a review of the literature. *Journal of Advanded Nursing*, 26, 580-588.
- Harvey, J. (2004). Countering ''brain attack''. *Nursing Management*, 35 (8), 27-33.
- Hedner, L.P. (2003). *Invärtes-medicine*. Lund: Studentlitteratur
- Holmes, S. (2008). Nutrition and eating difficulties in hospitalized older adults. *Nursing Standard*, 26, 47-57.
- Hott, J., & Notter, L. (1996). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- Jacobsson, C. (2000a). *Eating training after stroke and its cost-effectiveness*. Doctoral thesis. Umeå University, No 688.
- Jacobsson, C., Axellson, K., Wennegren, B.I., & Norberg, A. (1996). Eating despite severe difficulties: assessment of poststroke eating. *Journal of Clinical Nursing*, 5, 23-31.
- Jacobsson, C., Axelsson, K., Asplunds, K., & Norberg, A. (1997). Outcomes of individualized interventions in patients with server eating difficulties. *Journal of Clinical Nursing*, 6,(1).25-44.
- Jacobsson, C., Axelsson, K., Österlind, P., & Norberg, A. (2000b). How people with stroke and healthy older people experience the eating process. *Journal of Clinical Nursing*, 9,255-264.
- Jonathan, R.T., & Davidson, M., & Zhang, W. (2008). Treatment of Post-stroke Depression with antidepressants. *The journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14, 795-796.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur
- Kristoffersen, N.J. (1998). *Allmän omvårdnad*. Stockholm: Liber AB
- Kumlien, S. (2005). *Persons with stroke and their nursing care in nursing homes*. Thesis, Karolinska University Press ISBN: 91-7140-406-6.
- Kumlien, S., & Axelsson, K. (2000). The nursing care of stroke patients in nursing homes. Nurses's description and experiences relating to cognition and mood. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 489-497.
- Kumlien, S., & Axelsson, K. (2002). Stroke patients in nursing homes: eating, feeding, nutrition and related care. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 498-509.

- Kumlien, S., Axelsson, K., Ljunggren, G., & Winblad, B. (1999). Stroke patients ready for discharge from acute care – a multi-dimensional assessment of functions and further care. *Journal of Disability and Rehabilitation*, 21(1), 31-38.
- Kylberg, U., & Lindell, E. (2002). *Omvårdnad vid långvariga sjukdomstillstånd*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, M., & Rundgren, Å. (2003). *Geriatriska sjukdomar*. Danmark: Narayana Press
- Lawler, J., Dowswell, G., Hearn, J., Forster, A., & Young, J. (1999). Recovering from stroke: a qualitative investigation of the role of goal setting in late stroke recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 401-209.
- Murray, C.D., & Harrison, B. (2004). The meaning and experience of being a stroke survivor: an interpretative phenomenological analysis. *Disability and Rehabilitation*, 13, 808-816.
- Nilsson, I., Jansson, L., Norberg, A. (1997). To meet with a stroke: patients' experiences and aspects seen through a screen of crises. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 953-963.
- Nilsson, M. (2005) *Den systematiska litteraturstudien som vetenskapligt fördjupningsarbete i omvårdnad*. Institutionen för vårdvetenskap, Ersta och Sköndal Högskola.
- Orem, D.E. (1991 & 1995). *Nursing concepts of practice*. (4 & 5 th edition). St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Pajalic, Z., Karlsson, S., & Westergren, A. (2006) Functioning and subjective health among stroke survivors after discharge from hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 457-466.
- Perry, L. & McLaren, S. (2003). Eating difficulties after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 360-369.
- Perry, L. (2001). Dysphagia: the management and detection of a disabling problem. *British Journal of Nursing*, 13, 837-844.
- Poels, B. J., Brinkman-Zijlker, H.G., Dijkstra, P. U., & Postema, K. (2006). Malnutrition, eating difficulties and feeding dependence in a stroke rehabilitation centre. *Disability and Rehabilitation*, 28, 637-643.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and Methods*. (7 th edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Roy, N., Stemple, J., Marril, R. M., & Thomas, L. (2007). Dysphagia in the elderly: Preliminary Evidence of Prevalence. Risk Factor, an Socioemotional Effects. *Annals of Otolaryngology & Laryngology*, 116, 858-865.

- Socialstyrelsen. (2005). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård*. Nr 2006-102-1.
- Socialstyrelsen. (2005a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Artikelnr. 2005-105-1.
- Socialstyrelsen. (2009). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård*. Preliminär version. Nr 2009-136-35.
- Svenska Läkaresällskapet, Vårdförbundet och Svensk sjuksköterskeförening. (2004). *Prioritering av omvårdnad. Ett diskussionsunderlag baserat på insatser vid stroke*. Stockholm: Tryckindustri Information
- Sydner, Y.M. (2002). *Den maktlösa måltiden, om mat inom äldreomsorgen*. Forskningspublikationer från Institutionen för hushållsvetenskap. Uppsala University: Tryck & Medier
- Torkel, G. (2005). *Sveriges Rikes Lag*. Stockholm: Norstedts Juridik AB
- Wahlund, L. O. (2006). *Praktisk geriatrisk*. Stockholm: Liber Förlag AB
- Westergren, A., Karlsson, S., Andersson, P., Ohlsson, O., & Hallberg, I.R. (2001a). Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 257-269.
- Westergren, A., Ohlsson, O., & Hallberg, I.R. (2001b). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 416-426.
- Westergren, A., Unosson, M., Ohlsson, O., Lorefält, B., & Hallberg, I.R. (2002). Eating difficulties, assisted eating and nutritional status in elderly (> or =65 years) patients in hospital rehabilitation. *International Journal of Nursing Studies*, 39 (3), 341-351.
- Whitehead, E. (2006). Helping stroke sufferers with speech and swallowing. *Nursing & Residential Care*, 8, 153-157.
- Widar, M., Ahlström, G., & Ek, A.K. (2004). Health-related quality of life in persons with long-term pain after a stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 497-505.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur
- World Health Organisation. (2006). [Section 1 Introduction (2006) WHO STEPs Stroke Surveillance]. http://www.who.int/chp/steps/Section1_Introduction.pdf tillgängligt 20090105

Bilaga 1 - Matris över slutligt urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land och tidskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat
Jacobsson, C., Axelsson, K., Österlin, P.O., & Norberg, A.	How people with stroke and healthy older experience the eating process.	2000b Sweden Journal of Clinical Nursing, 11, 255-264	Syftet med denna studie var att beskriva processen vid ätproblem, upplevelser av ätproblem och orala funktioner efter en stroke	Semistrukturerade intervjuer med 3 grupper patienter, n = 30 patienter med stroke med olika lokalisering av hjärnskador. Alla observerades under test-måltider, intervjuades om ätförmåga och orala funktioner testades.	Resultaten visade att 21 personer hade vissa typer av ätsvårigheter och uttryckte känslor av rädsla och skam inför att äta. De uppgav att de påverkades även av ändrad fysisk förmåga och utseende, främst relaterade till ätsvårigheter.
Carlsson, E., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M.	Stroke and eating difficulties: long-term experiences	2004 Sweden Journal of Clinical Nursing, 13, 825-834.	Att undersöka hur människor som drabbats av stroke upplever ätsvårigheter under längre tid.	Upprepade intervjuer och observationer av deltagarna i studien, bestående av tre personer 1,5 - 2 år efter senaste stroke.	Patienterna strävar efter att leva ett normalt liv. Patienter kände att de var lämnade åt sig själva då det gällde att lära sig att äta på egen hand. Upplevelser av förluster och känsla av beroende.
Westergren, A., Ohlsson, O., & Halberg, I. R.	Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three month	2001b Sweden Journal of Advanced Nursing, 35, 416-426.	Att beskriva ätsvårigheter och speciellt sväljningsproblem hos patienter med dysfagi, typer av sjuksköterske-	24 patienter intagna på grund av stroke med dysfagi. Individuellt utformade åtgärder baserade på bedömningar.	Tre undergrupper kan urskiljas: de (n = 9) kunde inte slutföra en måltid, trots att de fick hjälp, på grund av nedsatt vakenhet och nedsatt sväljningsförmåga,

	after a stroke.		interventioner, och utveckling av komplikationer under tre månader. Att undersöka gemensamma egenskaper av ätsvårigheter som påverkar möjligheten att avsluta måltider.		de (n = 5) som skulle kunna slutföra en måltid, trots att de lider av nedsatt vakenhet och energi, de (n = 10) kunde slutföra måltider med mindre ätsvårigheter.
Westergren, A., Karlsson, S., Andersson, P., Ohlsson, O., & Hallberg, I. R.	Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation.	2001 a Sweden Journal of Clinical Nursing, 10, 257-269.	Att beskriva olika typer och omfattning av ätsvårigheter, behov av assistans vid ätande, nutritionsstatus och trycksår på patienter (n = 162) intagna för stroke rehabilitering under en period på ett år.	Strukturerade observationer och bedömning av ätande och nutritionsstatus Öppna intervjuer och observationer med hjälp av sjuksköterskedokumentation och interaktion mellan sjuksköterskor och patienter Katz ALD-index. Subjective global assessment (modifierad) .	80 % drabbas av ätsvårigheter, varav 49% behöver hjälp då de äter, 32% undernärda, 15% har trycksår.
Axelsson, K., Norberg, A., & Asplund, K.	Relearning to eat after a stroke by systematic nursing intervention: a case report.	1986 Sweden Journal of Advanced Nursing, 11, 553-559.	Att försöka träna sväljningsförmåga hos en 78-årig man som varit matad genom ventrikelsond under 3 år efter stroke	Intervjuer genomfördes med ostrukturerade dialoger som spelades in på band. Sväljningsträning var video-inspelade.	Uppföljning efter ett år visade att patienten kunde äta normal mat.
Jacobsson, C.,	Eating despite	1996	Att beskriva ett	Semi-strukturerade	För alla patienter

Axelsson, K., Wenngren, B.I., Norberg, A.	severe difficulties: assessment of poststroke eating.	Sweden Journal of Clinical Nursing, 5, 23-31.	program för bedömning och omvårdnads- diagnoser av ätsvårigheter bland strokepatienter	intervjuer genomfördes med patienternas sjuksköterskor. Observationer av måltidsmiljö och test- måltider. 5 patienter undersöktes. Bedömning av Katz för ADL.	utgjorde ätsvårigheter de mest uppenbara problemet i deras dagliga liv, men deras motivation för att gå med i träningsprogram varierade.
Westergren, A., Hallbery, I.R., & Ohlsson, O.	Nursing assessment of dysphagia among patients with stroke.	1999 Sweden Scand J Caring Sci, 13, 274-282.	Att undersöka frekvensen av dysfagi hos akuta strokepatienter och jämföra icke- dysfagiska och dysfagiska strokepatienter angående demografiska aspekter, prestation i ADL och typ av neurologiska brister.	2 dagars utbildning för sjuksköterskor i att använda Katz Index för ADL och testmetod baserad på intervjuer, observationer och sväljningstest. 160 patienter ingick i undersökningen	96 patienter var icke-dysfagiska och 35 patienter med dysfagi (77% av dem som upptäcktes genom testmetoden). Inga betydande skillnader baserat på demografiska aspekter. Nivån på ett självständigt liv efter sjukhus vistelse korrelerade kraftigt med åldern. De flesta patienter med dysfagi kunde identifieras genom systematiska intervjuer, observationer och sväljningstest
Pajalic, Z., Karlsson, S., & Wetergren, A.	Functioning and subjective health among stroke survivors after	2006 Sweden Journal of Advanced Nursing.	Att undersöka funktionen (funktioner, aktiviteter, deltagande) och	Strukturerade intervjuer och bedömning av 89 överlevande efter stroke. De åtgärder	Stark korrelation hittades mellan deltagandet i dagliga aktiviteter och subjektiv

	discharge from hospital	54, 457-466.	subjektiv hälsa bland personer med stroke, 6 månader efter utskrivning från sjukhuset.	som användes var personliga dagliga aktiviteter och instrumentella dagliga aktiviteter	fysisk hälsa
Hafsteinsdottir, T., & Grypdonck, M.	Being a stroke patient: a review of the literature	1997 Netherlands Journal of Advanced Nursing, 26, 580-588.	Att granska forskningslitteratur angående patientens upplevelser av stroke	Litteraturstudie	Studier visar att strokepatienten ofta har tydliga mål för sig själv i relation till funktionell förmåga, mot vilket han mäter framgång och framsteg i rehabiliteringsprocessen
Nilsson, I., Jansson, L., & Norberg, A.	To meet with a stroke: patients' experiences and aspects seen through a screen of crises.	1997 Sweden Journal of Advanced Nursing, 25, 953-963	Att belysa upplevelser av strokepatienter under den akuta fasen av sjukdomen och de första månaderna efter utskrivningen	Berättande intervjuer under 30-90 minuter med 10 patienter. Frågorna var breda och öppna.	Patienterna talade om sjukdomen som en vändpunkt och milstolpe. Många talade om sin situation som mörk och deras kamp för att hantera situationen
Widar, M., Ahlström, G., & Ek, A-K.	Health-related quality of life in persons with long-term pain after a stroke	2004 Sweden Journal of Clinical Nursing, 13, 497-505.	Att beskriva HRQoL (hälsorelaterade livskvalitet) hos personer med långvarig smärta efter stroke. Jämförelser mellan olika typer av smärta, förutsättningar, ålder, kön och	En kvalitativ intervju gjordes och analyserades. Dessutom har två frågeformulär använts där patienten rapporterat status. 43 patienter ingick.	Viktiga faktorer när det gäller HRQoL var fysisk och kognitiv funktion, ekonomisk trygghet och goda relationer, stöd, förmåga att vara tillsammans med familj och vänner.

			hushållets status		
Holmes, S.	Nutrition and eating difficulties in hospitalized older adults	2008 England Nursing, 22,47-57.	Att diskutera betydelsen av undernäring hos äldre, identifiera bidragande faktorer och beskriva dess konsekvenser.	Litteraturstudie	Ättsvårigheter kan uppstå i denna population. Man föreslår strategier för att övervinna dem..
Kumlien, S., & Axelsson, K.	The nursing care of stroke patients in nursing homes. Nurses' descriptions and experiences relating to cognition and mood	2000 Sweden Journal of Clinical Nursing, 9, 489-497.	Att identifiera legitimerade sjuksköterskors beskrivningar och erfarenheter av strokepatienter och deras vård, med fokus på kognition och humör .	Intervjustudie 30 sjuksköterskor från 5 sjukhem. De var ansvariga för omvårdnaden av strokepatienter	Sjuksköterskor framhöll stor komplexitet och variation i patienternas funktionshinder. Osäkerhet gällande förståelsen för dessa patienter och lämpliga omvårdnadsåtgärder. Sjuksköterskorna beskrev behov av ytterligare utbildning i vård vid stroke och tillräckliga resurser för patientens aktivitets-träning Viktigt att möta patienternas psykosociala och kommunikativa behov
Dowswell, G., Lawler, J., Dowswell, T., Young, J., Forster, A., & Hearn, J.	Investigating recovery from stroke: a qualitative study	2000 England Journal of Clinical Nursing, 9, 507-	Att undersöka upplevelser av patienter och vårdgivare under ett år av återhämtning efter	Semi-strukturerade intervjuer med ett ändamålsenligt urval av 30 patienter och 15 vårdgivare i slutet av slumpvis	Återhämtningen graderades genom en jämförelse mellan hur patienten upplevde livet före och efter

		515.	stroke	kontrollerad undersökning (13-16 månader efter stroke).	stroke. Patienterna hade därför individuella och personliga måttstockar på sin återhämtning.
Lawler, J., Dowswell, G., Hearn, J., Forster, A., & Young, J.	Recovering from stroke: a qualitative investigation of the role of goal setting in late stroke recovery	1999 England Journal of Advanced Nursing, 30, 401-409.	Att undersöka målsättnings roll för rehabiliteringen i sena stadier efter stroke, både ur patientperspektiv och sjuksköterskeperspektiv.	Semi-strukturerade intervjuer med patienter och vårdgivare. Intervjuer och analys av journaler med hjälp av Grounded Theory (kategorisering av uppgifterna i teman för att prova konsistens och skillnader)	Patienter och sjuksköterskor har olika perspektiv. Målsättning har utvecklats i litteraturen från sjuksköterskors perspektiv. Sjuksköterskor hade olika tolkning av målsättning. Används dels uttryckligen i relation med patienter dels som begrepp för att informera om handlingar som utförs. Det är mindre tydligt och mer informellt.
Burton, C.	A description of the nursing role in stroke rehabilitation	2000a England Journal of Advanced Nursing, 32, 174-181	Att undersöka och beskriva sjuksköterskans yrkesutövande vid rehabilitering efter stroke	Kvalitativ studie baserad på beskrivande reflektioner. Deltagarna i studien fyllde i frågeformulär inom 3 månader där de beskrev betydande kliniska händelser.	Sjuksköterskorna beskrivs som omvårdnadsgivare. Ytterligare en roll var stödare av patienternas tillfrisknande. Sjuksköterskan beskrivs som koordinator i rehabiliterings-

					teamet.
Poels, B.J., Brinkman- Zijlker, H.G., Dijkstra, P.U., & Postema, K.	Malnutrition, eating difficulties and feeding dependence in a stroke rehabilitaion centre.	2006 Netherlan d Disability and Rehabilita tion, 28, 637-643.	Att analysera förekomsten av undernäring, ätsvårigheter och beroende av matning i stroke rehabilitering.	Strukturerade observationer av ätsvårigheter och beroende av matning, utfördes vid vanliga måltider. 69 patienter inkluderades i en studie under 18 månader.	Vid intagning av patienterna var 35% undernärda. Efter 4 veckors rehabilitering minskade andelen undernärda med 3%. Sammanlagt 43% av patienterna hade en eller flera ätsvårigheter och 16% beroende av att matning.
Roy, N., Stemple, J., Merill, R.M., & Thomas, L.	Dysphagia in the elderly: Preliminary evidence of prevalence, Risk factors, and socialemotiona l effects.	2007 United States Annals of Otology, Rhinology & Laryngolo gy, 116, 858-865.	Att undersöka en kohort av äldre för att ge preliminära belägg för förekomsten av risker och socioemotionella effekter av sväljningsproblem	Tvårsnitts undersökning där 117 äldre intervjuades, angående 4 primära områden med anknytning till sväljningsstörningar: livslängd, nuvarande problem, symtom och tecken, risk och skyddsfaktorer och socioemotionella konsekvenser	Förekomst någon gång under livetiden av sväljningstörningar var 38%, aktuella sväljningsproblem rapporterades av 33%. Ytterligare utvecklade dysfagi, många negativa socioemotionella effekter

Bilaga 2 - SökresultatTabell 1. Översikt av sökresultat i *CINAHL*.

Nr	Sökord	Antal träffar	Använda träffar
1	Stroke patients, eating	22	4
2	Eating difficulties after stroke	13	3
3	Dysphagia, stroke	65	1
4	Deglutition disorder, stroke	4	1
5	Eating experiences after stroke	4	4
6	Stroke, daily life, experience	4	1
7	Poststroke, eating	1	0
8	Nursing, dysphagia	51	0
9	Stroke, rehabilitation	1437	3
10	Swallowing difficulties	55	1
11	Stroke, nursing intervention	45	2

Tabell 2. Översikt av sökresultat i *MEDLINE*

Nr	Sökord	Antal träffar	Använda träffar
1	Stroke patients, eating	25	3
2	Eating difficulties after stroke	13	1
3	Dysphagia, stroke	98	0
4	Deglutition disorder, stroke	4	0
5	Eating experiences after stroke	4	0
6	Stroke, daily life, experience	17	1
7	Poststroke ,eating	2	1
8	Nursing, dysphagia	54	0
9	Stroke, rehabilitation	1877	2
10	Swallowing difficulties	100	1
11	Stroke, nursing intervention	47	1