



## EXAMENSARBETE

*Våren 2011*

*Sektionen för Hälsa och Samhälle*

*Kurs: OM8313*

# Hur patienter som drabbats av stroke upplever ättsvårigheter

**Författare**

Johan Dillenz

Emil Westrup

**Handledare**

Ann-Marie Nilsson

**Examinator**

Ann-Christin Janlöv

# Hur patienter som drabbats av stroke upplever ätsvårigheter

Författare: Johan Dillenz & Emil Westrup

Handledare: Ann-Marie Nilsson

Litteraturstudie

Datum 2011-02-17

## Sammanfattning

**Syfte:** Syftet med studien var att belysa strokedrabbade patienters upplevelser av ätsvårigheter.

**Bakgrund:** Varje år insjuknar ca 33 000 personer i stroke i Sverige. Omkring hälften av dessa upplever ätsvårigheter. Ätsvårigheter definieras som svårigheter som, ensamma eller tillsammans, inverkar negativt på förberedelsen och intagandet av mat och dryck.

**Metod:** Detta är en litteraturstudie med artiklar hämtade från tre olika databaser:

PsycInfo, Cinahl och Pubmed. Analysen av artiklarna gjordes genom att hitta textinnehåll i artiklarna som svarar mot syftet i denna studie. Dessa har format kategorier som redovisas i resultatet. **Resultat:** Fyra kategorier av upplevelser framkom: Ny tugg- och sväljproblematik, Försämrad matupplevelse och ork, Rädsla för att inte kunna kontrollera födointaget och Skam för sitt bordsskick. **Slutsats:**

Sjuksköterskan kan med hjälp av metoder för bedömning av patientens ätsvårigheter hjälpa patienten att undvika negativa upplevelser. Om patienter känner skam och döljer sina ätsvårigheter kan detta leda till att de inte orkar fullfölja en måltid. Det i sin tur kan leda till ett försämrat födointag och ett förvärrat hälsotillstånd. Med ett förhållningssätt till patientens individuella upplevelse av skam och rädsla kan sjuksköterskan försöka få patienten att sätta ord på hur han/hon känner sig och på så sätt förbättra ätsvårigheterna.

Nyckelord: upplevelse, stroke, ätsvårigheter, skam, rädsla.

# How patients affected by a stroke experience eating difficulties

Author: Johan Dillenz & Emil Westrup

Supervisor: Ann-Marie Nilsson

Literature review

Date 2011-02-17

## Abstract

**Aim:** The aim of this study was to highlight the stroke affected patients' experience of eating difficulties.

**Background:** Each year approximately 33 000 people are diagnosed with stroke in Sweden. About half of them experience eating difficulties. Eating difficulties are defined as difficulties that alone or together cause a negatively affect to the preparation and ingestion of food and drink. **Method:** This is a literature review of articles from three different databases: PsycInfo, Cinahl and Pubmed. The analysis of the articles was done by finding text content in articles that met the aim of the study. These formed then the categories as shown in the results. Results: Four categories of experiences emerged in the results: New chewing and swallowing problem, Impaired dining experience and stamina, Fear of not being able to control the food intake and Shame for ones table manners. **Conclusion:** The nurse can with a correct assessment of the patient's eating problems help the patient avoid negative experiences. If patients feel shame and hide their eating problems can it result in not being able to complete a meal. This in turn can lead to decreased food intake and a worsening health condition. With an individual approach to the patient's experience of shame and fear the nurse can try to get the patient to express how they feel, and this way improve the eating difficulties.

Keywords: experience, stroke, eating difficulties, shame, fear.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>5</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
Datainsamling.....	8
Urval.....	8
Analys.....	9
Etiska överväganden.....	9
<b>RESULTAT</b> .....	<b>9</b>
Ny tugg- och sväljproblematik.....	10
Försämrad matupplevelse och ork.....	11
Rädsla för att inte kunna kontrollera födointaget.....	11
Skam för sitt bordsskick.....	12
<b>Diskussion</b> .....	<b>13</b>
Resultatdiskussion .....	13
Metoddiskussion.....	17
<b>Slutsats</b> .....	<b>19</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>20</b>

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Granskningsmallen

## BAKGRUND

Omkring hälften av de patienter som har drabbats av stroke upplever ätsvårigheter i samband med måltiden. Dessa svårigheter kan kvarstå lång tid efter insjuknandet (Kumlien & Axelsson, 2002). Måltiden kan delas in i tre olika delar: 1) Intagandet och förberedelsen av föda vilket innefattar en bra sittställning, delningen av maten på tallriken och att få maten till munnen. 2) Sväljningsprocessen vilken innebär att ha förmågan att kunna tugga, hantera födan i munnen och att kunna svälja den. 3) Energin och aptiten som ska finnas för att kunna klara av att äta en hel måltid (Westergren, 2009).

Ätsvårigheter kan definieras som svårigheter som, ensamma eller tillsammans, inverkar negativt på dessa tre områden (Westergren, Karlsson, Andersson, Ohlsson & Hallberg, 2001). Exempel på ätsvårigheter kan vara att ha problem med sin sittställning på grund av försvagning, hosta och sätta i halsen när patienten äter, uppleva sväljsvårigheter samt brist på energi (Westergren, Unosson, Ohlsson, Lorefält & Hallberg, 2002).

Ätsvårigheter på grund av stroke uppkommer på grund av avbruten blodtillförsel till hjärnan, främst på grund av att ett blodkärl spricker eller blockeras av ett koagel. Detta stoppar tillförseln av syre och näring, vilket skadar hjärnvävnaden. Effekterna som kan komma av stroke beror på vilken del av hjärnan som blir skadad (WHO, 2010). Varje år insjuknar ungefär 33 000 personer av stroke i Sverige och det är lika många kvinnor som män som drabbas (Socialstyrelsen, 2009). Patienter uttrycker att stroke innebär stora förändringar i det dagliga livet eftersom kroppen inte fungerar som tidigare. Att inte kunna lita på sin kropp kan orsaka känslor av sorg och oro (Andersson & Hansebo, 2009). Kirkevolds (2002) studie visade att patienter ofta går igenom fyra faser till följd av en stroke. Den första fasen varar under några få dagar och är det akuta insjuknandet i stroke där det viktigaste är att patienten överlever med så få skador som möjligt. Under denna första fas är patientens minnen oklara och diffusa. Andra fasen varar omkring 5 veckor till 3 månader efter stroke insjuknandet. Patientens upplevelser från denna fas brukar vara att de börjar förstå att en dramatisk

händelse har hänt. Patienten rehabiliteras inför hemgång och fasen avslutas oftast när patienten skrivs ut från den akuta rehabiliteringsavdelningen. Tredje fasen är mycket energikrävande för patienten då det handlar fysisk och psykisk anpassning i hemmet. Patienten provar sig fram för hur mycket han/hon klarar av och för hur mycket som går att rehabilitera. I den fjärde fasen sker oftast inga stora förändringar i rehabiliteringen. Fasen handlar mest om vad som är viktigast för patienten och han/hon ska klara så mycket som möjligt själv (a.a.).

Ättsvårigheter efter stroke är ofta relaterade till både undernäring, uttorkning och lunginflammation, eftersom de leder till nedsatt födo- och vätskeintag och felsväljning (Cederholm, Johansson & Sandman, 2000; Westergren, 2003). Försvagning av armar och brist på energi efter stroke kan bidra till nedsatt födo- och vätskeintag, eftersom det försämrar patienters förmåga att hantera maten på tallriken och föra den till munnen (McLaren & Dickerson, 2000). Dessa svårigheter kan göra att patienten äter endast en liten del av portionen, när en patient äter mindre än en tredjedel räknas det en ättsvårighet, och behöver assistans med att äta (Westergren et al. 2002, Westergren, Unosson, Ohlsson, Lorefält & Hallberg, 2002). Felsväljning kan leda till lunginflammation och kvävning, eftersom matdelar hamnar i luftvägarna (Westergren, 2003). Har patienten drabbats av ansiktspares kan dryck och föda rinna ut i mungipan, eftersom patienten har svårt att stänga munnen, eller så kan maten stanna kvar i den förlamade delen av munhålan efter en sväljning (Berglund, 2001).

Att inta föda är inte bara viktigt för att överleva och för att bli mätt utan har även en social betydelse. I måltiden ingår inte bara ätandet utan även umgänget med andra människor (Westergren, 2003). Måltiden kan vara ett värdefullt tillfälle för människor att återhämta sig, att få njuta av mat och umgås (Lennernäs, 2006). I Socialstyrelsens rapport om förebyggande och behandling av undernäring skriver Unosson (2000) att syftet med sociala måltider är att ge psykisk tillfredsställelse och underlätta sociala kontakter. I rapporten framkommer även att kulturella normer och värderingar bör följas vid bordet som att till exempel att bordsskicket följs. Eget eller andras avvikande beteende, så som att spilla och inte kunna behålla mat i munnen, kan leda till att vissa livsmedel undviks och då minskar

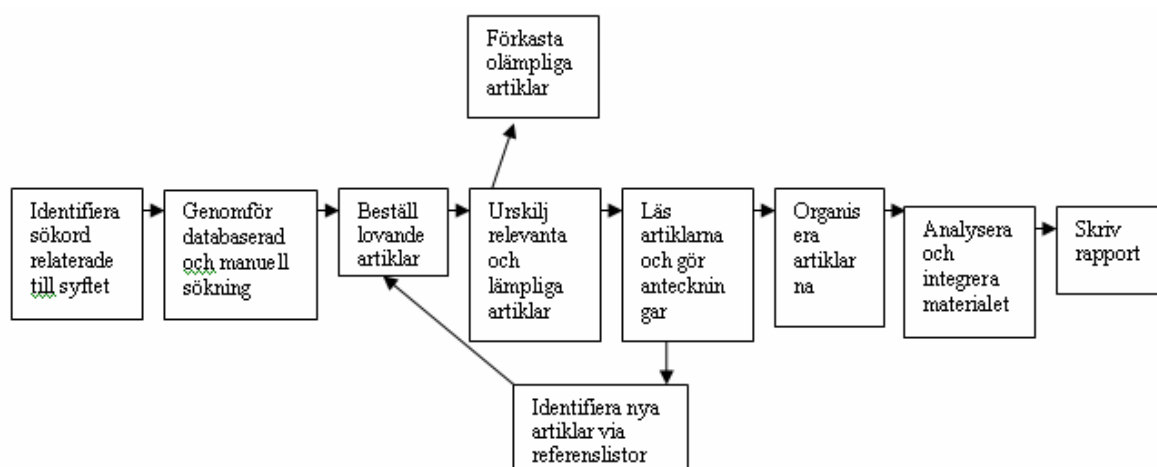
näringsintaget. Därför bör måltiden vara individuellt anpassad efter patientens önskemål (a.a.). Vårdpersonal kan tillvarata patientens egna upplevelser och önskemål som grund för omvårdnaden, patienten är ”expert” på hur han eller hon vill ha det och kan också bäst beskriva hur ätsvårigheterna påverkat dennes liv, t ex att inte kunna äta önskekost eller att inte längre vilja gå på restaurang (Gustafsson, 2003). I en studie som genomförts av Carlsson, Ehrenberg och Ehnfors (2004) uttrycker informanter som drabbats av stroke att de upplever att vårdpersonalen har otillräcklig kunskap om hur de ska hjälpa patienter som drabbats av stroke med sitt matintag. Carlsson et al. (2004) menar att sjuksköterskor behöver lära sig mer om patienternas upplevelse av ätproblemen i samband med stroke för att kunna utveckla riktlinjer som kan vara till gagn för dessa patienter.

## SYFTE

Syftet med studien var att belysa strokedrabbade patienters upplevelser av ätsvårigheter.

## METOD

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie genom sökning och analys av vetenskapliga artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats för att öka förståelsen för fenomenet ätsvårigheter. (Friberg, 2006). Litteraturstudien genomfördes enligt Polit och Becks flödesschema (Figur 1.) (Polit & Beck, 2008).



Figur 1. Bilden är en egen tolkning av Polit och Becks (2008) modell för artikelsökning.

## *Datainsamling*

Först steget i datainsamlingsmetoden var att identifiera frågan om vad som ska eftersökas i litteratursökningen (Polit & Beck, 2008). Frågan som formulerades var: Vad finns det för artiklar som kan belysa upplevelsen av ätsvårigheter hos strokedrabbade patienter? För sökningen i databaserna valdes sökorden Stroke(\*), eat(\*), eating disorders, experienc(\* & e), interview\* och nutrition\*. Dessa sökord avslutades med asterisk (\*) markering för att fånga in så många artiklar som möjligt. Tesaurus och MeSH-termer användes i vissa av sökningarna i databaserna CINAHL och PubMed. De databaser som valdes var CINAHL, Psycinfo och PubMed. Först gjordes en pilotsökning där inga begränsningar användes för att få en överblick av tidigare forskning inom området (a.a.). Därefter kombinerades sökorden med varandra enligt ett sökschema (Bilaga1). De begränsningar som valdes var att språken skulle vara på engelska, danska, norska eller svenska och att sökorden skulle vara med i artikelns abstrakt. Deltagarnas ålder bestämdes till över 18 år i databaserna Cinahl och Psycinfo och i PubMed över 19 år. Artiklarnas publiceringsår begränsades i sökningarna till mellan 1985 och 2010. En manuell sökning gjordes i artiklarnas referenslistor (a.a.), men den gav emellertid inga ytterligare artiklar (se Bilaga1).

## *Urval*

Artiklarnas titlar och abstract lästes för att hitta artiklar som svarade mot syftet. Därefter lästes bakgrund och metodavsnitt (Polit och Beck, 2008). De artiklar som valdes ut var från åren 1996-2010. Efter genomgång av titel och abstrakt valdes 23 artiklar ut för genomläsning. Två artiklar hade en inriktning mot ätsvårigheter relaterat till inte bara stroke utan även andra sjukdomar. Dessa artiklar valdes bort på grund av att det inte gick att särskilja vilka upplevelser som var kopplade till stroke. Åtta artiklar som beskrev sjuksköterskans eller anhörigas upplevelser av patientens ätsvårigheter valdes bort. Resterande material lästes därefter igenom för att undersöka om de svarade mot syftet.



Resultatet av detta urval blev 11 artiklar. Därefter granskades artiklarnas kvalitet med hjälp av Fribergs (2006) granskningsmall (se bilaga 3). Artiklar som ansågs ha ett tillfredställande svar på 75 % eller mer av frågorna från granskningsmallen ansågs ha en hög kvalitet, de artiklar som ansågs ha ett tillfredställande svar på mellan 60 % till 75 % av frågorna ansågs ha en medel kvalitet. Artiklar som hade ett tillfredställande svar på mindre än 55 % av frågorna ansågs ha en låg kvalitet. De artiklar som är med i resultatet har markerats med \* i referenslistan.

### *Analys*

De valda artiklarna lästes och analyserades av författarna var för sig och därefter gemensamt. Varje artikel skrevs ner och sammanställdes i en artikelöversikt för att få en överblick över artiklarnas huvudresultat (se bilaga 2). Därefter identifierades likheter och skillnader mellan artiklarnas resultat textinnehåll som svarade mot studiens syfte lyftes ut och sorterades sedan in i kategorier.

### *Etiska överväganden*

Alla människor har olika förförståelser och tolkar sin omgivning utifrån sin individuella livsvärld (Birkler, 2008). Författarna hade en förförståelse om att strokedrabbade patienter upplevde ett lidande av sina ättsvårigheter. Författarnas avsikt var att redogöra för allt resultat som funnits i de lästa artiklarna som svarar mot syftet, även det som skulle kunna motsäga författarnas förförståelse. (Forsberg & Wengström, 2008). För att denna studies kvalitet skulle bli god var avsikten att författarna skulle göra sig medvetna om sin förförståelse för att kunna hantera den (Polit & Beck, 2008).

## **RESULTAT**

Ur analysen framkom fyra kategorier som kunde belysa patienters upplevelse av ättsvårigheter efter att de drabbats av stroke; *Ny tugg- och sväljproblematik, Försämrad matupplevelse och ork, Rädsla för att inte kunna kontrollera födointaget*

och *Skam för sitt bordsskick*.

### ***Ny tugg- och sväljproblematik***

Försämrad förmåga att äta var något nytt som informanterna upplevde i samband matsituationer efter det att de drabbats av stroke. (Medin, Larson, Arbin, Wredling & Tham, 2010a; Carlsson et al., 2004; Perry & McLaren, 2003b; Jacobsson, Axelsson, Wenngren, & Norberg, 1996; Jacobsson et al. 2000; Johansson & Johansson, 2009). De upplevde svårigheter att svälja och att mat kunde fastna i svalget och halsen. En känsla av tjockhet och trånghet i halsen bidrog till att de fick ont när de svalde födan (Jacobsson et al. 1996; Jacobsson et al. 2000; Perry, & McLaren, 2003b).

*“Sometimes I find things get stuck in my throat; it's a job to remove it” (Perry & McLaren, 2003b, ss.364)*

De hade svårt att hantera maten i munnen, den kunde ”försvinna i munnen” eller rinna ut, och de upplevde regelbundna hostningar (Carlsson et al., 2004; Medin et al., 2010a; Perry, & McLaren, 2003b). Att inte kunna äta som tidigare medförde att informanterna upplevde situationer som de inte var vana vid att uppleva vid en måltid. En kvinna uttryckte att vid måltiden var hon tvungen att tänka efter för att inte bita sig i tungan (Medin et al., 2010a). Eftersom att deras situation hade förändrats kände sig informanterna tvungna att anpassa sig och utveckla nya metoder för att klara av måltiden, något som upplevdes som tufft och jobbigt (Medin et al., 2010a; Perry & McLaren, 2003a; Johansson & Johansson, 2009).

*“I'm going to be crippled, disabled, whatever you want to call it... I'm not happy about it but there's nothing I can do about it” (Perry & McLaren, 2003a, ss. 189)*

Matsituationen kunde upplevas som hemsk på grund av sväljsvårigheterna (Jacobsson et al. 1996). Att inte kunna bemästra situationen kunde upplevas som ett nederlag och var ansträngande. Informanterna jämförde sitt nuvarande sätt att äta med sina egna värderingar. De uttryckte upplevelser som att inte kunna äta ”ordentligt” eller ”på ett trevligt sätt” (Medin

et. al. 2010b). De upplevde hopp om att återhämta sig så att de skulle kunna äta på ett sätt som var tillfredställande för dem (Jacobsson et al. 2000; Medin et al. 2010a).

### ***Försämrad matupplevelse och ork***

Informanterna uttryckte att de hade förlorat känslan av att kunna njuta av födan när de åt eftersom, matens lukt och smak var inte densamma som innan (Green, McGregor, & King, 2008; Jacobsson et al., 1996; Jacobsson et al., 2000; Perry & McLaren, 2003b; Takahashi, Liehr, Nishimura, ITO & Summers, 2005). Att få en känsla av hunger och uppleva njutning av mat var inte längre en självklarhet (Jacobsson et al., 1996), de kunde ogilla lukten av maten och beskrev att intaget av mat och vätska endast var för att överleva (Jacobsson et al., 1996; Jacobsson et al., 2000). Sinnesintrycken av födan kunde vara förändrade till den grad att personen ibland inte kände smaken av det som åts, en informant uttryckte detta som att ”maten smakar papp” (Perry & McLaren, 2003b).

*”If it’s small pieces I am alright, but you couldn’t sort of cut off a piece and put it in your mouth and really enjoy it” (Perry & McLaren, 2003b, ss. 363)*

Illamående och försämrad aptit kunde bidra till att informanterna upplevde att de inte orkade, eller hade lust att fullfölja en måltid (Jacobsson et al. 2000; Medin et al., 2010a; Perry & McLaren, 2003b; Perry & McLaren, 2004). De upplevde att de lade mycket tid och energi på att äta eftersom de koncentrerade sig på att inte sätta mat i halsen (Jacobsson et al. 1996; Medin et al., 2010a; Perry & McLaren, 2003a).

### ***Rädsla för att inte kunna kontrollera födointaget***

Att inte klara av att äta som tidigare innebar att informanterna kunde känna att de hade tappat kontrollen över sin kropp (Jacobsson et al., 2000). De kunde känna både rädsla och panik när de inte kunde kontrollera vad som hände när mat och vätska passerade svalget (Jacobsson et al., 1996; Jacobsson et al., 2000; Medin et al., 2010a; Carlsson et al., 2004).

En informant upplevde att när han drack rann vattnet bara ner utan att han kunde kontrollera det och han satte därför vätskan i halsen (Jacobsson et al., 1996). Informanterna uttryckte en känsla av rädsla och panik inträffade varje gång de åt eller drack. Det gjorde ingen skillnad att de hade kunskap om åtgärder mot felsväljning (Jacobsson et al., 2000). Andra upplevde rädsla när de skulle tugga, att de inte hade tillräckligt med kraft att kunna tugga maten ordentligt. Om de hade tagit för mycket mat i munnen och inte tuggade tillräckligt kunde de sätta i halsen (Medin et al., 2010a).

*” You must be careful to chew the food before you try to swallow, so that you don't choke”*  
(Medin et al. 2003a, ss. 5)

Känslor som ilska och övergivenhet upplevdes på grund av okontrollerbara situationer (Carlsson et al., 2004; Medin et al., 2010a) som t.ex. att inte kunna hantera bestick (Medin et al., 2010a). Vissa informanter som av olika anledningar inte kunde äta själva, kände panik när de fick hjälp vid matintaget. De kunde då uppleva att de inte fick tid att svälja och eller kontrollera hastigheten på matintaget (Carlsson et al., 2004; Medin et al., 2010a). I Medins et al. (2010a) studie framkom att det värsta scenariot informanterna upplevde vid en måltid var svårigheter att svälja. De flesta i studien spottade då ut maten eller pillade ut den med sin hand (a.a.). I en annan studie förklarade en informant att hon undvek mat som var svår att svälja t.ex. sallad eftersom hon var rädd att sätta i halsen (Perry & McLaren, 2003a).

### ***Skam för sitt bordsskick***

Informanterna kunde uppge att de kände skam för hur de uppförde sig när de åt (Jacobsson et al., 1996; Jacobsson et al., 2000; Medin et al., 2010a; Carlsson et al., 2004; Perry & McLaren, 2003b). De ansåg sig inte klara av att äta på ett ”korrekt sätt” och ville då inte äta bland andra människor (Medin et al., 2010a) och kunde uttrycka oro för vad andra tyckte om deras bordsskick (Jacobsson et al., 1996).

*”It looks awful when I eat”* (Jacobsson et al., 1996, ss. 25)

En informant kände att han/hon ville rensa munnen när mat fastnade men gjorde det inte

eftersom det inte ansågs socialt accepterat (Medin et al., 2010a). Vad som anses socialt accepterat påverkade hur matsituationen hanterades (Medin et. al., 2010b). Eftersom de tyckte att det var viktigt att äta på ett korrekt/normalt sätt bland andra kände sig informanterna tvungna att dölja sina problem för att inte behöva skämmas för sitt ätbeteende vid matbordet (Perry & McLaren, 2003b). Vissa informanter undvek sociala tillställningar, t.ex att äta tillsammans med andra de inte kände, eftersom de själva ansåg att de inte åt på korrekt sätt. Det gjorde att de undvek att gå till restauranger och uteslöt mat som kunde göra att deras ätande uppfattades som onormalt (Medin et al., 2010a). Vad andra tyckte och tänkte om hur informanterna åt spelade en roll, eftersom det framkom att informanterna kände sig granskade och dömda av andra (Jacobsson et al., 2000). De uttryckte att det kändes som att folk stirrade och undrade varför personen behövde hjälp med maten (Medin et. al., 2010b). Läckage och spill från munnen fick informanterna att känna sig obekväma och oroliga för vad andra tyckte om dem (Jacobsson et al., 2000).

*"I eat on a tray because I'm... messy. My food goes all over the tray to the left, it was going all over the table... It makes you feel such a fool." (Perry & McLaren, 2003b, ss.366)*

Informanter kunde även känna att besvär som kunde komma av ätsvårigheter, som att sätta mat i halsen och hostningar, kunde besvåra människorna omkring dem (Carlsson et al., 2004; Jacobsson et al., 1996; Medin et al., 2010a; Medin et. al., 2010b). När de åt tillsammans med andra människor kände de sig tvungna att dölja sina ätsvårigheter vilket också krävde kraft och ork (Jacobsson et al., 2000; Medin et al., 2010a). Om sällskapet kände till informanternas ätsvårigheter, upplevde informanterna inte att de behövde dölja sina ätsvårigheter (Medin et al., 2010a).

## **Diskussion**

### *Resultatdiskussion*

Ett framträdande fynd var att patienterna kände skam när de upplevde att de inte åt på ett "normalt sätt", det vill säga när deras bordsskick kunde anses som icke socialt accepterat

(Jacobsson et al., 1996; Jacobsson et al., 2000; Medin et al., 2010a; Carlsson et al., 2004; Perry & McLaren, 2003b). Fenomenet skam beskrivs som en konsekvens av att en människas värdighet har kränkts och har utvecklats av människan för att kunna anpassa sig i sociala sammanhang (Wiklund, 2003; Carlander, 2006). Skam beskrivs kunna vara både sund och osund. Den sunda skammen grundas i självinsikt och gör att vi vågar förverkliga vår potential. Osund skam kommer ur en ”falsk bild” av en själv som är påtvingad av andras ideal. När vi skäms på grund av andras ideal är det osunt (Wiklund, 2003). Osund skam är ett begrepp som passar bra in på de känslor informanterna i vårt resultat ger uttryck för. Det är alltså ingen skam som gynnar dem och den bör därför åtgärdas. Enligt Carlander (2006) är skammens motsats stolthet det vill säga ökar stoltheten minskar skammen och tvärtom. Skammen är ett resultat som speglar människans identitet och upplevelse av vilka vi är. Målsättningar, vänner och karriären i livet bestäms till viss del av hur vi förhåller oss till skam. Det är därför skammen hos patienter måste tas på allvar. Patienter kan känna skam utan att vara medvetna om det. Detta kan bero på att skammen gör så ont att patienten tränger bort känslan. Det framkom i resultatet att en del informanter i studierna kände skam när andra människor skulle dela maten till dem (Perry och McLaren, 2003b; Medin et al., 2010a). Om patienter känner skam för hur de äter kan det bidra till att de inte frågar om hjälp när de egentligen behöver det. Skam kan vara avgörande för hur patienter fungerar vid måltiden, om de anstränger sig för att försöka äta på ett ”korrekt sätt” löper de också risk för att inte orka äta tillräckligt. Informanterna kämpade för att dölja sina ättsvårigheter (Jacobsson et al., 2000) och kände sig tvungna att koncentrera sig på att inte svälja fel eller bita sig i tungan (Jacobsson et al., 1996; Medin et al., 2010a).

Att patienten äter på ett sätt så att kroppens energi används till att hantera problem som vårdpersonal kan hjälpa patienten med, som t.ex. att inte kunna sitta rakt, kan leda till att det inte finns tillräckligt med energi för att äta den mängd föda som kroppen behöver. Problem som då kan uppstå är undernäring (Westergren et al., 2002). Vårdpersonal bör därför hjälpa patienten förstå sin skamkänsla och få honom/henne att se ett sammanhang vilket kan mildra skamkänslan. Detta kan dels hjälpa sjuksköterskan att få en ökad förståelse för patienten och att han/hon kan använda den informationen för att göra en bedömning av vilka medel som behövs för att skapa en optimal matsituation för patienten. För att göra känslan skam begriplig bör patienten försöka sätta ord på känslan. Detta ska göras utan att

patienten värderar eller fördömer sin reaktion. Patienten kan lära sig i vilka situationer känslan av skam väcks för att sedan kunna lära sig förstå känslan och vilket behov känslan fyller. I vårt samhälle finns en strävan efter att ha perfekt kognitiv kontroll och patienter kanske förnekar eller stänger av sina känslor för att bli av med skammen tillfälligt. Sker detta blir det svårare för patienten att mildra skamreaktionen på långsikt. En patient med skam ska bli bemött utan fördömanden eller kritik för hur patienten hanterar situationer som exempelvis matsituationen (Carlander, 2006).

Ett annat framträdande fynd var att patienter upplevde en ny tugg- och sväljproblematik. Patienter som upplever sväljsvårigheter bör utredas och bedömas för att planera åtgärder som kan hjälpa patienterna till ett självständigt ätande (Westergren, 2003). Studier har gjorts för att ta fram sväljträningsprogram för att hjälpa patienter att få tillbaka sin sväljförmåga. Ett av dessa program går ut på att patienterna får öva på att röra läpparna, tungan, munhålemotoriken och att utlösa sväljreflexen. Sväljträningsprogram kan användas som åtgärd för att hjälpa patienter att minska antalet gånger de sväljer fel. Programmet har dock inte alltid effekt på alla patienter (Lin, Wang, Chen, Wang, Chen, Wu, 2003), och patienter känner inte alltid att de känner sig tryggare med kunskapen de fått (Jacobsson et al., 2000).

Det tycks finnas en brist gällande vårdpersonals bemötande av strokedrabbade patienter med ätsvårigheter. Sjuksköterskan har som uppgift att ansvara för att den enskilda individen får information som ger förutsättningar till samtycke för vård och behandling (ICN, 2008). Ingen patient är den andra lik därför måste sjuksköterskan hantera varje situation utifrån patientens tillgångar och svagheter (Socialstyrelsen, 2005). Varje individ upplever sväljsvårigheter på sitt sätt och därför kan det vara svårt för sjuksköterskan att undervisa alla patienter i enbart en metod. Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (1982) ska patienten ges individuellt anpassad information om vilken typ av behandling och vård som finns. Stödgrupper där patienterna själva får berätta om sina ätsvårigheter och hur de hanterar dem kan vara ett alternativ till undervisning. De kan lära sig av varandras erfarenheter. Sjuksköterskan har kompetens för att ansvara för dessa stödgrupper eftersom han/hon ska kunna både undervisa och stödja patienter individuellt och i grupp för att förhindra ohälsa (Socialstyrelsen, 2005). Även anhöriga skulle kunna vara med när dessa

grupper träffas. Ofta så är det anhöriga som kommer att behöva ta hand om patienten i hemmet vid måltiderna (Johansson & Johansson, 2009). Därför är det viktigt att de vet hur de ska hantera ätsvårigheterna när patienten kommit hem. I studien av Johansson och Johansson (2009) som är gjord i Sverige framkommer det att anhöriga känner att sjukhusen inte hjälper dem med det stöd de behöver för att kunna stötta patienten när han/hon kommit hem. Studien visar att patienterna känner rädsla, men att även anhöriga känner rädsla och oro (a.a.). För att patienterna ska kunna bli mer trygga vid måltiden bör även de som stöttar patienten vara trygga och inte känna rädsla. Därför kan olika former av stöd för anhöriga även bidra till att rädslan hos patienten minskar.

Bedömning och åtgärder mot tugg och sväljproblematik är något som sjuksköterskan bör känna till. Enligt Westergren et al. (2002b) är intagandet av föda det som visat sig vara den vanligaste svårigheten (Westergren et al., 2002b) och den främsta faktorn till att strokedrabbade patienter får hjälp med att äta (Westergren, Lindholm, Mattsson, & Ulander, 2009). På grund av att det är den vanligaste ätsvårigheten bör sjuksköterskan veta hur han/hon kan hjälpa patienten. Det finns olika hjälpmetoder för patienter med ätsvårigheter, det kan vara att hjälpa patienten med att transportera föda till munnen eller med att sitta på ett sätt som gör det lätt att äta. För att stärka patientens autonomi bör patienten uppmuntras att äta med minsta möjliga assistans från vårdgivaren (Westergren, 2003). Om patienten uppmanas att äta själv, vid de tillfällena det är lämpligt, medför det att han/hon själv kan bestämma i vilken takt maten intas. Det obehag som kan upplevas när en vårdgivare assisterar ätandet kan då undvikas (Carlsson et. al, 2004; Medin et. al., 2010a).

Sjuksköterskan har en roll i att bedöma patienters förmåga att äta för att kunna anpassa matsituationen så att vidare komplikationer kan undvikas. Det finns en del enkla omvårdnadsåtgärder som kan vidtas för att hjälpa patienten att äta. En åtgärd kan till exempel vara att ändra matens konsistens. Om patienten hostar när han/hon dricker går det att använda förtjockningsmedel i dryck. En åtgärd som sjuksköterskan kan lära ut om patienter har svårt att framkalla sväljningar, är att de pressa ned hakan, vrida huvudet mot den paralyserade sidan och luta det mot den starka sidan. Att ha en bra sittställning är också viktigt (Westergren, Hallberg & Ohlsson, 2001). Sjuksköterskan har också ett ansvar i bedömningen om det är lämpligt att låta patienten äta själv. För en sådan bedömning kan



sjuksköterskan använda sig av olika metoder. Eventuellt kan sjuksköterskan ta hjälp av andra yrkeskategorier, t.ex. logoped för att få en åsikt om patientens sväljningsförmåga, eller kurator. Om rätt hjälpinsatser sätts in kan det leda till att patienten känner sig mindre påverkad av sina ätsvårigheter och de negativa upplevelserna kan lindras. Westergren (2003) har utvecklat en metod som går ut på att sjuksköterskan bedömer patienten under en ”testmåltid”. Patienten bedöms utifrån hur han eller hon skulle klara av att genomföra måltiden utan hjälpmedel eller assistans. Under testmåltiden bedöms om patienten klarar de olika momenten som ingår i måltiden (a.a.). En metod som används för screening av sväljsvårigheter är SSA (Standardised bedside Swallowing Assessment). Patienten genomgår stegvis vattensväljningstest där mängden ökas efterhand beroende på om föregående sväljning ansågs säker efter SSA-kriterierna. Bedömningen av detta test avgör vilken typ och konsistens av dryck eller kost patienten bör få, avseende matens konsistens. Förutom sväljtestet, kan man för att säkerställa att patienten inte har några svårigheter som missats i sväljtestet ska patienten tillfrågas om han/hon upplever några svårigheter att svälja (Westergren, 2009).

## ***Metoddiskussion***

*Litteratursökningen* efter artiklar gjordes i databaserna Cinahl, PsycINFO och PubMed. Artiklarna till resultatet hittades i databaserna PubMed och Cinahl. I PubMed gjordes de första identifieringarna av sökorden som användes i artikelsökningen. Sökningarna som resulterade i att det återfanns dubletter från tidigare sökningar kan tyda på att det var relevanta sökbegrepp och kombinationer av dem som användes (Polit & Beck, 2008). Sökorden: Dysphagia och deglutition disorders gav inga artiklar som svarade mot denna studies syfte och är därför inte med i Bilaga 1, istället användes eating disorders och eat\*. Samtliga artiklar som lästs är skrivna på engelska, vilket medfört en viss risk för feltolkning. Båda författarna har läst och översatt artiklarna var för sig och sedan tillsammans, detta för att vilket kan styrka översättningens kvalitet (Friberg, 2006). Eftersom denna studie är gjord genom analys av tidigare forskning är artikelförfattarnas material först tolkat av dem och därefter är deras tolkningar tolkade av oss. En litteraturstudie som metod är bra för att få en

överblick över vad för forskning som är gjord inom området. Men metoden innebär en risk för feltolkningar på grund av att originalmaterialet har blivit tolkat i två steg. På grund av att få artiklar hittades gjordes en övergripande sökning i PsycINFO. Där blev träffantalet över 200 i två sökningar. Dock hittades inga artiklar med hjälp av sökningen.

Artiklarnas datainsamling har ofta skett genom djupgående intervjuer vilka sträckt sig i vissa fall över en längre tid. Intervjuerna genomfördes mellan 6 dagar till 2 år efter att patienten drabbats av stroke. I två artiklar utfördes intervjuerna 6-14 dagar efter att patienten drabbats av stroke, sex artiklar utförde intervjuerna 3 månader till 8 månader efter att patienten drabbats av stroke och i två artiklar gjordes intervjuer inom 12 månader respektive 2 år efter att patienten drabbats av stroke. I artikeln av Johansson och Johansson (2009) framkom inte vilken tidpunkt patienten drabbats av stroke antagligen för att studien lagt fokus på anhöriga. Större delen av artiklarna utförde sina intervjuer tre till åtta månader efter att patienten drabbats av stroke. Det ansåg författarna inte ha någon större effekt på hur upplevelserna kunde vara. Författarna till denna studie valde att inte specificera om datainsamlingen skedde på sjukhus eller i det egna hemmet. Detta på grund av att en patients subjektiva upplevelse är lika viktig om den upplevs i hemmet som på sjukhuset. Författarna har inte uppmärksammat någon skillnad på upplevelser som patienter har upplevt på sjukhuset eller i hemmet.

Artiklarna var huvudsakligen från Sverige och Storbritannien, vilket i viss mån kan påverka resultatet eftersom upplevelser av mat och ätande kan variera beroende av kultur (Sidenvall, Fjellström, & Ek 1996). Artiklarna som användes inkluderade främst äldre patienter som var över 65 år vilket innebär att resultatet i denna studie även främst blir riktad mot äldre patienter. Författarnas förförståelse var att det gjorts fler studier med yngre informanter än de som hittats. En annan förförståelse var att de som drabbats av ätsvårigheter relaterat till stroke upplever dessa som ett problem. Detta visade sig inte vara entydigt eftersom, det fanns informanter som uppgav att de inte upplevt några problem. Dock hade vårdpersonal rapporterat att även dessa informanter hade ätsvårigheter. Det kan tyda på att de hade en vilja att livet skulle gå vidare som

föret (Perry & McLaren, 2003a). I metoden beskrivs att artiklar som beskriver utomstående upplevelser av patientens ätsvårigheter exkluderas. Författarna har valt att ha med artikeln av Johansson och Johansson (2009) vars syfte var att beskriva anhörigas erfarenheter av strokedrabbade familjemedlemmars ätsvårigheter. Artikeln inkluderades på grund av att det finns delar i artikeln som svarar direkt mot den här studiens syfte där patienter beskriver sina upplevelser av ätsvårigheter.

Det finns få studier gjorda utifrån ett genusperspektiv inom området ätsvårigheter efter stroke. Förslag till framtida studier kan vara att forska om det finns skillnader mellan kvinnor och mäns upplevelser av ätsvårigheter. Ett annat förslag på framtida forskning skulle kunna vara att undersöka betydelsen om att ha personal har kännedom om patienters ätsvårigheter för att sätta in rätt hjälpinsatser.

## **Slutsats**

Studiens resultat visar olika upplevelser patienters tugg och sväljproblematik. Rädsla för att sätta i halsen upplevs som något väldigt obehagligt. Därför krävs det att patienten får stöd i att så stor utsträckning möjligt motverka rädslan. Detta skulle kunna ske med hjälp av olika typer av stöd samt stödgrupper. Sjuksköterskan bör med hjälp av metoder för bedömningar av ätsvårigheter kunna sätta in de åtgärder som hjälper patienten. Om patienter känner skam och lägger energi på att dölja sina ätsvårigheter, kan det leda till att de inte orkar fullfölja måltiden, försämrat födointag och hälsotillstånd som följd. Sjuksköterskan kan genom att använda patientens individuella upplevelse i sin bedömning hjälpa patienten att äta självständigt och lindra de negativa upplevelserna av ätsvårigheter.

## REFERENSER

*De referenser som är markerade med \* ingår i studiens resultatdel.*

Andersson, Å. & Hansebo, G. (2009). Elderly peoples experience of nursing care after stroke: from a gender perspective. *Journal of Avanced Nursing*, vol. 65;10. ss. 2038-2045.

Berglund, A. (2001) Omvårdnad vid stroke. Norrving, B. & Terént, A.(red.) *Strokeboken*. Stockholm: Origo.

Birkler, J. (2008). *Vetenskapsteori: en grundbok*. Stockholm: Liber.

Carlander, J. (2006). *Starka känslor: affekter och emotioner i möten med människor*. Stockholm: Gothia.

\*Carlsson, E., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2004). Stroke and eating difficulties: long-term experiences. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 13. ss. 825-834.

Cederholm, T., Johansson, I. & Sandman, PO (2000). *Orsaker till Undernäring. Näringsproblem i vård och omsorg*. Socialstyrelsen.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

\*Green, T., McGregor, L. & King, K. (2008). Smell and taste dysfunction following minor stroke: a case report. *Canadian Journal of neuroscience nursing*. Vol 30;2. ss. 3-10.

Gustafsson, B. (2003) *Bekräftelse i mötet med personer som har svårigheter att äta. Svårigheter att äta*. Lund: Studentlitteratur.

\*Jacobsson, C., Axelsson, K., Wenngren, B. & Norberg, A. (1996). Eating despite severe difficulties: assessment of poststroke eating. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 5. ss. 23-31.

\*Jacobsson, C., Axelsson, K., Österlind, P. O. & Nordberg, A. (2000). How People with Stroke and Healthy People Experience The Eating Experience. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 9 ss. 255-264.

\*Johansson, A. & Johansson U. (2009). Relatives' experiences of family members' eating difficulties. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Vol. 16. ss 25-32.

Kirkevold, M (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. 2., uppl. Lund: Studentlitteratur.

Kirkevold, M. (2002). The unfolding illness trajectory of stroke. *Disability rehabilitation*. Vol 24;17. ss 887-898.

Kumlien, S. & Axelsson K. (2002). Stroke patients in nursing homes: eating, feeding, nutrition and related care. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 11.

Lennernäs, M. & Wiberg, K. (2006). *Kosten, kroppen, klockan. Att äta, sova och arbeta på udda tider*. Stockholm: Fitnessförlaget.

Lin, LC., Wang, SC., Chen, SH., Wang, TG., Chen, MY., & Wu, SC. (2003). Efficacy of swallowing training for residents following stroke. *Journal of Advance Nursing*. Vol 44;5. ss 469-478.

McLaren, S.M.G. & Dickerson, J.W.T. (2000). Measurement of eating disabilities in an acute stroke population. *Clinical Effectiveness in Nursing* vol. 4 ss 104-109.

\*Medin, J., Larson, J., Arbin, M., Wredling, R. & Tham, K. (2010a). Striving for control in

eating situations after stroke. *Scandinavian Journal of Caring Science*. E-publicerad 15 feb, 2010.

\*Medin, J., Larson, J., Arbin, M., Wredling, R. & Tham, K. (2010b). Elderly persons' experience and management of eating situations 6 months after stroke. *Disability and Rehabilitation*. Vol. 32;16. ss 1346-1353.

\*Perry, L. & McLaren, S. (2003a). Coping and adaptation at six months after stroke: experiences with eating disabilities. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 40. ss 185-195.

\*Perry, L. & McLaren, S. (2003b). Eating difficulties after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 43;4. ss. 360-369.

Perry, L. & McLaren, S. (2004). An exploration of nutrition and eating disabilities in relation to quality of life at 6 months post-stroke. *Health and Social Care in the Community*. Vol. 12;4. ss 288-297.

Polit, Denise F. & Beck, Cheryl Tatano (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Sidenvall, B., Fjellström, C. & Ek, A-C. (1996) Cultural perspectives of meals expressed by patients in geriatric care. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 33;2. ss 212-222.

Socialstyrelsen (2005). [Elektronisk] *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Artikelnummer: 2005-105-1 Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), [Läst: 110102]

Socialstyrelsen. (2009). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård : stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stryhn, H. (2007) *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Svensk Sjuksköterskeförening (2008). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm.

Sveriges Riksdag *Hälso- och Sjukvårdslagen* (1982). [Elektronisk]

Tillgänglig: <<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>>

[Läst: 110102]

\*Takahashi, R., Liehr, P., Nishimura, C., ITO, M. & Summers, L. (2005) Meaning of health for Japanese elders who have had a stroke. *Japan Journal of Nursing Science*. Vol 2. ss 41-49.

Unosson, M. (2000). Förebyggande och behandling av undernäring – omvårdnadsaspekter. *Näringsproblem i vård och omsorg*. Socialstyrelsen.

Wergeland, A. Ryen, S. & Olsen, T.G. (2001). Omvårdnad vid stroke. *Klinisk Omvårdnad 2*. Stockholm: Liber.

Westergren, A., Hallberg, I. & Ohlsson, O. (2001). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 35 ss. 416-426.

Westergren, A., Unosson, M., Ohlsson, O., Lorefält, B., & Hallberg, I. (2002a). Eating difficulties, assisted eating and nutritional status in elderly (>65 years) patients in hospital rehabilitation. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 39. ss. 341-351.

Westergren, A, Ohlsson O & Hallberg, IR. (2002b). Eating difficulties in relation to gender, length of stay, and discharge to institutional care, among patients in stroke rehabilitation. *Disability Rehabil*. Vol. 10;24. ss 523-533.

Westergren, A (red.) (2003) *Svårigheter att äta*. Lund: Studentlitteratur.

Westergren, A. (2009). Nutrition och ätande. Edberg, A. & Wijk, H. (red.) *Omvårdnadens grunder Hälsa och Ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Westergren, A., Lindholm, C., Mattsson, A. & Ulander, K. (2009). Minimal eating observation form: reliability and validity. *Journal Nutrition Health Aging*. Vol: 13;1. ss. 6-12.

WHO (2010). [Elektronisk] *Stroke, Cerebrovascular accident* Tillgänglig: [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/) . [Läst 100429]

Wiklund, G. L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.



## Bilaga 1

### Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
10-10-14	Cinahl (All databases selected)	Eat* AND Stroke	English, Danish, Norwegian, Swedish, All Adult: 19+ years, 1985 till 2010	Tesaurus: Mayor: Eat* sub: Stroke	21	Svarar ej till syftet: 17	5 st Medin 2010 b, Carlsson 2004, Perry 2004, Perry 2003 b, Jacobsson 2000
10-10-14	Cinahl (All databases selected)	Stroke* AND Nutrition* AND Experienc*	Spårk: English, Danish, Norwegian, Swedish Age: 19+. Publiceringsår: 1985 till 2011	Abstract	32	Svarar ej till syftet: 31 st	Green, 2008
10-10-15	Pubmed	Eat* AND stroke*	English, Danish, Norwegian, Swedish, All Adult: 19+ years, 1985 till 2010	Abstract	149	Svarar ej till syftet: 141 st	4 st Medin 2010a, Johansson 2009, Perry 2003 a, jacobsson 1996
10-10-15	Pubmed	Eat* AND stroke*	English, Danish, Norwegian, Swedish, All Adult: 19+ years, 1985 till 2010	MeSH-termer: Eat* AND stroke*	44	Dubletter: 2 st Svarar ej till syftet: 42 st	0 st
10-10-15	Pubmed	eat*AND stroke* AND experience*	English, Danish, Norwegian, Swedish, All Adult: 19+ years, 1985 till 2010	fritext	24	Dubletter:6st Svarar ej till syftet: 18 st	0 st
10-10-15	Pubmed	Stroke AND experienc* AND Eat*	English, Danish, Norwegian, Swedish, All Adult: 19+ years, 1985 till 2010	MeSH-term: Stroke, Abstract: Eat*, Fritext: experience*	8	Dubletter: 5st Svarar ej till syftet: 3st	0 st

10-10-15	Pubmed	Experienc* AND Nutrition* AND Stroke*	English, Danish, Norwegian, Swedish, All Adult: 19+ years, 1985 till 2011	fritext	54	Dubletter: 3 st Svarar ej till syftet: 51 st	0 st
10-10-15	Pubmed	Interview AND stroke AND eat*	English, Danish, Norwegian, Swedish, All Adult: 19+ years, 1985 till 2011	MeSH-termer: Interview AND stroke, Fritext: eat*	3	Dubletter 2 st Svarar ej till syftet: 1 st	0 st
10-10-16	Cinahl	Eat* AND Stroke*	Spårk: English, Danish, Norwegian, Swedish Age: 19+. Publiceringsår: 1985 till 2011	Abstract: Eat* AND Stroke*	63	Dubletter: 9 st svarar ej till syftet: 54 st	Takahashi 2005
10-10-18	PsycInfo	Eat* AND stroke* AND experienc*	English, Danish, Norwegian, Swedish, All Adult: 18+ years, 1985 till 2011	Peer-reviewed	245	Svarar ej till syftet: 245 st	0 st
10-10-18	PsycInfo	Nutrition* AND Stroke*	English, Danish, Norwegian, Swedish, All Adult: 18+ years, 1985 till 2011	Peer-reviewed och abstract	49	Svarar ej till syftet: 49 st	0 st
10-10-20	PsycInfo	Stroke* AND Eat* AND Interview*	English, Danish, Norwegian, Swedish, All Adult: 18+ years, 1985 till 2011	Peer-reviewed	244	Svarar ej till syftet: 244	0 st

## Bilaga 2

### Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsm etod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Carlsson, E., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M.  2004  Sverige	Stroke and eating difficulties: long-term experiences.	Att undersöka hur människor som drabbats av stroke upplever att leva med ätsvårigheter, under en längre period	Upprepade intervjuer och observationer med tre deltagare	Deltagarna intervjuades två gånger under perioden 1,5-2 år efter att de blivit utskrivna från sjukhuset. Analyserades med en fem stegs analysmetod med fenomenologisk ansats	Ätsvårigheter efter stroke upplevdes som strävan att leva ett normalt liv. Informanterna kände att de var övergivna att hantera ätande utbildningen på egen hand. Känslor av beroende upplevdes vid måltidssituationer.	Hög, de tar upp deras förståelse och en enkel bra beskriven metod Etiskt godkänd
Jacobsson, C., Axelsson, K., Österlind, P. O. & Nordberg, A.  2000  Sverige	How People with Stroke and Healthy People Experience The Eating Experience	Studiens mål var att beskriva ätprocessen, upplevelsen av ätandet och orala funktioner. Där de jämför friska äldre och strokedrabbade patienter	Deltagarna som var med var 30 patienter 1-14 dagar gammal stroke och 15 friska äldre deltagare. Patienterna skulle ha en hjärnskada påvisat av en CT och det skulle vara deras första stroke.	Genomfördes med observationer under testmåltider, intervjuer om ätandet och orala funktioner testades. Analysen genomfördes med en kvalitativ ansats. Genom av videoband och strukturerade protokoll. Där textinnehåll kategoriserades	De flesta som drabbats av stroke hade ätsvårigheter och uttryckte rädsla och skam kring ätandet och de hade ändrat sig både psykologiskt och socialt. Störst berodde detta på grund av svårigheter att förbereda maten och transportera maten till munnen, men även sväljfel.	Medel, Syftet är uppdelat i tre olika kategorier vilket gör att det blir oklart. Bra kvalitet på metoden Etiskt godkänd

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsm etod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Jacobsson, C., Axelsson, K., Wenggren, B. & Norberg, A.  1996 Sverige	Eating despite servere difficulties: assessment of poststroke eating	Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskan, utifrån patienters upplevelser, kan diagnostisera ätsvårigheter hos strokedrabbade patienter.	Fem patienter blev intervjuade med semistrukturerad metod. Intervjuerna spelades in och transkriberades verbatim. Alla var inlagda på sjukhus pga. ätsvårigheter.	Varje patient blev intervjuad runt 25 gånger och det tog mellan 20-60 minuter varje gång. Analysen gjordes genom att upplevelser från intervjuer noteringar observationer och videoband. Listades, tolkades och sammanfattades.	Ett program för diagnostisering utformades utifrån patienternas upplevelser och problem. Programmet provades och visade sig ge goda resultat för sjuksköterskans yrkesutövande genom att ge henne ett verktyg för hur hon ska hantera ätsvårigheter hos patienterna.	Medel, väl beskriven metod och analysen är även den beskriven detaljerad Etiskt godkänd
Medin, J., Larson, J., Arbin, M., Wredling, R. & Tham, K.  2010 a  Sverige	Striving for control in eating situations after stroke	Syftet med denna studie var att undersöka erfarenheter av ätsvårigheter bland patienter med stroke 3 månader efter stroke	I studien ingick 14 deltagare med stroke och ätsvårigheter. Intervjuerna spelades och transkriberades.	Analyserades med hjälp av grounded theory.	Strävan av kontroll var en central kategori. Strävan efter att äta säkert och att äta på ett rätt sätt.	Hög, lättläst artikel med ingående information om hur metoden utfördes. Etiskt godkänd

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsm etod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Perry, L. & McLaren, S.  2003 a  Storbritanni en	Coping and adaptation at six months after stroke: experiences with eating disabilities	Syftet med denna studie var att belysa strokedrabbade patienters upplevelser och hantering av ätsvårigheter som är relaterat till stroke.	113 patienter intervjuades 6 månader efter att de drabbats av stroke Intervjuerna var semistrukturerade. De spelades in och transkriberades verbalt	Analysen gjordes med QSR NUD * IST 4 för tematisk analys. Analysen granskades, diskuterades och accepterades av en oberoende forskare.	Två stora teman växte fram; att patienterna vill tillbaka till det normala livet och att de bara ville klara sig själva.	Medel. Metoden är noggrant beskriven. Etiskt godkänd
Perry, L. & McLaren, S.  2003 b  Storbritanni en	Eating difficulties after stroke	Syftet med studien var att undersöka patienter som drabbats av stroke och deras ätrelaterande upplevelser sex månader efter stroke.	6 månader efter stroken gjordes en semistrukturerad intervju med 113 patienter i deras hem.	Analysen gjordes med QSR NUD * IST 4 för tematisk analys	De kroppsliga svårigheter var inte det som upplevdes svårast utan patienter ansåg att de kände sig handikappade på grund utav att de kände förlust ifrån viktiga aspekter från livet. Viktiga aspekter av livet var socialt och psykologiskt ätande samt funktionellt ätande.	Hög Detaljerad metod och klart syfte. Etiskt godkänd
Green, T., McGregor, L. & King, K.  2008  Kanada	Smell and taste dysfunction following minor stroke: a case report	Syftet var att undersöka smak och luktsinnena efter en stroke	Intervjuer från två patienter som varit med om en stroke och som hade smaktbortfall	Analysen gjordes genom att se hur patienterna upplevde smaktbortfallet och rapportera dessa upplevelser	Smaktbortfall och luktortfall rapporterades det om in denna rapport	Medel. Analysen är inte så väl beskriven på grund av att det inte är mer än två testpersoner Etiskt godkänd

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsm etod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Medin, J., Larson, J., Arbin, M., Wredling, R. & Tham, K.  2010 b  Sverige	Elderly persons' experience and management of eating situations 6 months after stroke	Att undersöka erfarenheter och hantering av mat situationer bland personer som drabbats av stroke, 6 månader efter stroke.	Tretton deltagare intervjuades i hemmet 6 månader efter stroke	Analyserades med hjälp av grounded theory.	Upplevelser och vilja att behärska äta varierat situationer, och var relaterade med värden och tidigare vanor. Ättsvårigheter upplevdes som äckliga, obekväma, ansträngande eller oproblematisk och som inte medför skam. Få hjälp från andra kan upplevas som genant och obehagligt. Framför allt kan äta vara svårare när man äter i sällskap av okända människor. Deltagarna fann nya sätt att bemästra äta situationer. Några hade återfått tidigare rutiner	Hög. Enkel att förstå. Detaljerad beskriven metod. Etiskt godkänd
Perry, L. & McLaren, S.  2004  Storbritanni en	An exploration of nutrition and eating disabilities in relation to quality of life at 6 months post-stroke	Syftet med studien var att undersöka hur restsymtom av stroke, relaterade till ätande, påverkar livskvalitet hos strokedrabbade patienter.	6 månader efter stroken gjordes en semistrukturerad intervju med 206 patienter i deras hem och vårdhem.	Dagliga livet mättes med MBI. Mental hälsa mättes med HADS. Nutritionsriskerna mättes med NRS. Även BMI, MAC och TSF. Livskvalitet mättes med QLI. Dieten analyserades med hjälp av datorprogrammen som var Comp-Eat till windows 3.0 och SPSS till windows	Indikationer tyder på att deltagarna i studien hade en dålig nutritionsstatus som var kopplat till dålig aptit och depression. Stöd inom nutritions problematiske områden kan öka livskvalitet hos deltagarna	Medel. Analysen är väldigt utförligt beskriven Etiskt godkänd.

				version 10. Statistik analyserande metoder som användes var Mann-Whitney U-test, Student's t-test och Spearman's och Pearson's koefficients och multipla regression.		
<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsm etod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Takahashi, R., Liehr, P., Nishimura, C., ITO, M. & Summers, L.  2005  Japan	Meaning of health for Japanese elders who have had a stroke	Denna studie genomfördes för att undersöka betydelsen av hälsa för äldre in japan som har haft en stroke.	Tjugofyra manliga och kvinnliga strokepatienter, vars medelålder var $76 \pm 7,2$ år	En anpassning av van Kaam strategi för fenomenologiska analys användes i denna studie. Data analys har gjorts genom ett samarbete mellan forskare i Japan och USA. Analysmetoden genomförades i fem stegbörjade från den engelska transkriptionerna av beskrivningar för att slutligen identifiera en strukturell definition av hälsa för japanska äldste som har haft en stroke.	Patienter angav hälsa som en värdefull gåva. De erkände att de behövde anpassa sig till de nuvarande omständigheterna, genom att ha som mål att kunna leva som innan stroke. Viktiga aspekter som patienterna ville uppnå var att ha en god aptit, lätt andning och smidig tänkande och rörelser.	Hög. Detaljrikt beskriven metod. Etiskt godkänd

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsm etod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Johansson, A. & Johansson U.  2009  Sverige	Relatives' experiences of family members' eating difficulties	Syftet med denna studie var att beskriva anhörigas upplevelser av familjemedlemmar med ät- och sväljsvårigheter i den dagliga livet.	Tolv anhöriga till patienter med sväljsvårigheter var informerade om den aktuella studien av tal terapeut och inbjöds att delta och sju accepteras.	Datanalysen gjordes genom konstant jämförande metod. Kategorier växte fram genom att meningar söktes och ständigt jämförs med varandra för att hitta teman som beskrev anhörigas upplevelse av familjemedlemmars ät- svårigheter.	Informanterna uttryckte emotionella reaktioner till att ätbeteendet. Särskilt förlusten av att äta rätt och samhörighet under måltider gjorde dem ledsna	Hög. En god etiskt medvetenhet i studien som beskrivs väl. Etiskt godkänd.



## Bilaga 3

### Fribergs (2006) Granskningsmall

Kvalitativa studier:

Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?

Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?

Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden? Hur är denna i så fall beskriven?

Vad är syftet? Är det klart formulerat?

Hur är metoden beskriven?

Hur är undersökningspersoner beskrivna?

Hur analyserades data?

Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?

Vad visar resultatet?

Hur har författarna tolkat studiens resultat?

Vilka argument förs fram?

Förs det några etiska resonemang?

Fins det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?

Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?

## Fribergs (2006) Granskningsmall

### Kvantitativa studier:

Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?

Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?

Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden? Hur är denna i så fall beskriven?

Vad är syftet? Är det klart formulerat?

Hur är metoden beskriven?

Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionkriterier)?

Hur analyserades data? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?

Hänger metod och teoretiska metoder ihop? I så fall hur hänger de ihop?

Vad visar resultatet?

Vilka argument förs fram?

Förs det några etiska resonemang?

Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. vad gäller generaliserbarhet?

Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?