

PROBLEMI HRANJENJA BOLNIKOV PO MOŽGANSKI KAPI

PROBLEMS OF FEEDING AFTER STROKE

Alenka Košir, Marija Bohinc

UDK/UDC 616.831-005.1:613.2-032

DESKRIPTORJI: možganski infarkt; hranjenje; parenteralna prehrana

DESCRIPTORS: cerebral infarction; eating; parenteral nutrition

Izvleček – V članku so predstavljene ugotovitve raziskave o problemih, ki se pojavijo pri hranjenju bolnikov po možganski kapi. Raziskava je potekala v dveh domovih za starejše na podlagi anketiranja bolnikov in tistih, ki jim nudijo pomoč pri hranjenju. V raziskavo je bilo zajetih 62 bolnikov po možganski kapi. Cilj raziskave je bil ugotoviti, kateri in kako pogosti so problemi pri hranjenju in kakšen je odnos bolnikov do njih. Ugotovitve raziskave so pokazale, da so težave pri hranjenju po kapi pogost in resen problem, saj so bile ugotovljene v 76 % anketiranih ter da imajo globlje duševne in socialne posledice.

Abstract – The article presents the findings of the research on problems occurring in feeding the patients after stroke. The research study was carried out in two old people's homes by means of inquiries for 62 patients and personnel helping them with their feeding. The goal of the research was to find out kinds and severity of the problems and the attitude of patients towards them. It has been found out that problems with feeding following stroke are a frequent and severe problem, occurring in 76 % of the cases, having also deep psychological and social consequences.

Uvod

Možganska kap je obolenje, ki vse bolj ogroža sodobnega človeka in skupaj z žilnimi obolenji predstavlja enega izmed prioritarnih zdravstvenih problemov. Bolnikom povzroči različne izgube in pušča vrzel v življenju in osebnostnih interesih (Jacobsson, 1998). Temu primerno se zmanjša sposobnost samooskrbe pri opravljanju življenjskih aktivnosti, med katerimi je tudi aktivnost hranjenja. Težave, ki nastanejo so lahko različne – od popolne nesposobnosti hranjenja, ki se pojavi neposredno po kapi, do komaj opaznih težav ali popolne ozdravitve po rehabilitaciji.

Hranjenje je proces, pri katerem živi organizem vnša s hrano v telo hranljive snovi (Greene, Harry, 1987). Vendar hrana ne zadovoljuje samo naših fizioloških potreb. Obrok hrane je tesno povezan s čustvi (Jacobsson, 1998), saj nekatera čustva včasih povzročajo željo po posebnih jedeh. Hranjenje in hrana imata za posameznika kulturni in družbeni pomen, ki je povezan s samo-identifikacijo (Jacobsson, 1998). Ta se odraža skozi to kaj, kje in kako pijemo in jemo. Zato lahko težave pri hranjenju, ki se pojavljajo zaradi bolezni in prizadetosti, povzročajo poleg fizioloških tudi psihične in sociološke probleme pri bolnikih.

Pri možganski kapi je sposobnost hranjenja najbolj prizadeta v akutni fazi, ko je bolnik letargičen, v komi

ali ne more požirati. Daniels in sod.(1998) so v raziskavi, ki so jo opravili pri bolnikih v akutni fazi, z videofluoroskopskim snemanjem požiranja ugotovili prisotnost disfagije v 65 %. Hranjenje pri takih bolnikih poteka parenteralno – intravenozno ali enteralno po sondi. V fazi rehabilitacije se sposobnost požiranja večinoma povrne. V nekaterih primerih pa so težave trajne narave in hranjenje po sondi ostane oblika hranjenja za vse nadaljnje življenje.

Problema pri hranjenju ne predstavlja samo disfagija, temveč tudi druge nevrološke motnje, ki so posledice kapi. To so motnje motorike, senzorične, komunikacije, kognitivnih funkcij, čustvovanja in vedenja. Jacobssonova (1998) je v raziskavi ugotovila, da se zaradi teh nevroloških motenj 70 % bolnikov po možganski kapi srečuje s problemi pri hranjenju.

Namen raziskave

Namen opravljene raziskave je bil ugotoviti, kateri in kako pogosti so problemi pri hranjenju, ki se pojavljajo zaradi prizadetosti po možganski kapi. Predvsem v obdobju, ko ni več mogoče pričakovati bistvenega izboljšanja nevroloških izpadov in so problemi trajne narave, kar zmanjšuje kakovost življenja varovancev.

Metoda

Raziskovalna metoda je bila deskriptivna, raziskovalna tehnika je bila anketa, sestavljena iz 24 vprašanj.

Vzorec

V raziskavi so sodelovali varovanci iz Doma starejših občanov Ljubljana-Bežigrad in Škofja Loka. V njej so bili zajeti vsi varovanci, ki so utrpeli možgansko kap, in sicer 32 iz bežigradskega ter 30 iz škofjeloškega doma, skupaj 62 varovancev.

Zbiranje podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo od junija do avgusta 1999 s pomočjo anketnega vprašalnika. Vprašanja so bila razdeljena v tri sklope. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na splošne podatke o varovancu: spol, starost, zakonski stan, kraj bivanja, izobrazba, poklic.

Drugi sklop vprašanj je ugotavljal stanje po kapi: čas od zadnje kapi, število kapi, nevrološke spremembe neposredno po kapi, kraj zdravljenja, potek rehabilitacije in stanje prizadetosti po rehabilitaciji.

Tretji sklop vprašanj je spraševal o težavah, ki so jih imeli varovanci pri hranjenju: o vrsti, okusu in vonju zaužite hrane; o sposobnosti žvečenja, požiranja in zadrževanja hrane v ustih; o sposobnosti priprave hrane na krožniku, vnosu hrane v usta in pitju; o položaju med hranjenjem; o družabnosti med hranjenjem; odnosu do težav in stanju sluznice.

Obdelava podatkov

Dobljeni podatki so bili obdelani s kvantitativno statistično metodo in prikazani v grafih in tabelah. Pri tem je bil uporabljen računalniški program Excel 98.

V 58 % so varovanci samostojno odgovorili na vprašanja. V 38 % so zaradi prizadetosti varovancev podatke o hranjenju dopolnili člani negovalnega tima, v 4 % pa svojci varovancev.

Rezultati

Splošne značilnosti anketirancev

V raziskavi je sodelovalo 62 varovancev iz obeh domov, ki so doživeli možgansko kap. Njihova povprečna starost je bila 79 let. Kar 84 % vseh je bilo starejših od 69 let. Žensk je bilo 41(66 %), moških pa 21(34 %).

V 85 % so anketirani prihajali iz mestnega in primestnega okolja in le v 15 % s podeželja.

Izobrazbena stopnja anketiranih je bila nizka. Kar 69 % vseh je imelo manj kot srednjo šolo, 16 % srednjo šolo in le 14 % višjo in visoko izobrazbo. Temu primerno je bilo tudi delo, ki so ga opravljali, saj so

bili varovanci v 48 % zaposleni kot delavci. V 24 % so opravljali delo na domu, v 15 % administrativno delo in le v 11 % je bilo delo, ki so ga opravljali, intelektualne narave.

Podatki o možganski kapi

Varovanci so v 73 % doživeli eno kap. Pri ostalih se je kap enkrat ponovila, v 8 % tudi dvakrat ali več. Tetičkovič (1997) v zvezi s tem navaja podatek, da se cerebrovaskularne bolezni ponavljajo v 9 % na leto in da je tveganje za njeno ponovitev toliko manjše, kolikor hujša je okvara živčnega sistema po prvi bolezni.

V času raziskave je pri 77 % varovancev preteklo od zadnje kapi eno leto in več in so že prestali fazo aktivne rehabilitacije. Preostalih 23 % je kap doživelo pred manj kot leto dni, od tega 5 % v zadnjih treh mesecih. Čas, ki je pretekel od dneva kapi, je pomemben za bolnikovo rehabilitacijo. Najpomembnejše je obdobje takoj po kapi, ko se izgubljene funkcije lahko obnovijo in s tem tudi zmanjšajo težave

V akutni fazi kapi se je 73 % varovancev zdravilo bolnišnično. Ostali so bili v domski, domači oskrbi ali obravnavani v splošni ambulanti. Varovanci, ki so bili v bolnišnični oskrbi, so tam začeli tudi z rehabilitacijo. Pri 54 % varovancev se je rehabilitacija nadaljevala v domu starejših občanov v okviru domske fizioterapije, v 10 % v zdravstvenem domu, pri 16 % pa nikjer. Rehabilitacije na Inštitutu za rehabilitacijo invalidov je bilo deležnih 14 % varovancev, v zdravilišču pa 5 % varovancev.

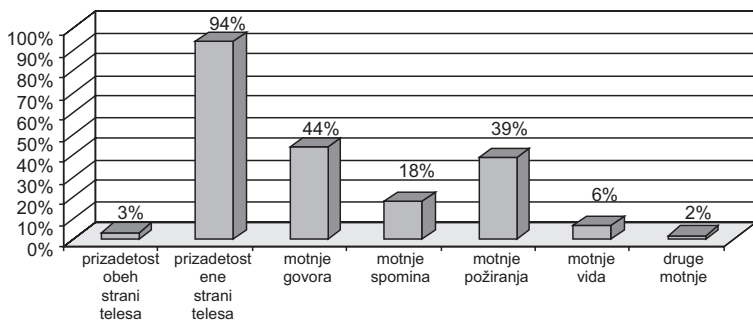
Nevrološke okvare, ki so jih opazili pri varovancih takoj po kapi so bile prizadetost ene strani telesa v 94 %, motnje govora v 44 %, motnje požiranja v 39 %, motnje spomina v 18 %, motnje vida v 6 % in v 3 % prizadetost obeh strani telesa (graf 1). Pri tem smo se osredinili le na tiste okvare, ki povzročajo probleme pri hranjenju, saj je posledic možganske kapi še več, na primer inkontinenca vode in blata, motnje branja in pisanja.

Po zdravljenju in rehabilitaciji so se v 23 % nevrološke okvare izboljšale v tolikšni meri, da so postali samostojni pri opravljanju življenjskih aktivnosti. Pri 66 % vprašanih je kap zapustila prizadetost, zaradi katere potrebujejo pomoč pri opravljanju življenjskih aktivnosti. V 11 % so bile nevrološke okvare in prizadetost tako hude, da ni prišlo do izboljšanja.

Težave pri hranjenju bolnikov po možganski kapi

Z anketo smo ugotovili, da je imelo težave pri hranjenju 47 varovancev (76 %). Drugih 15 (24 %) je doživelo lažjo kap. Ta ni pustila trajnih nevroloških posledic, ki bi varovance ovirale pri hranjenju.

Graf 2 prikazuje, katere in kako pogoste so bile težave, ki so jih imeli vprašani pri hranjenju. Največ varovancev (76 %) je imelo težave pri pripravi hrane



Graf 1. Nevrološke okvare, ki so se pojavile neposredno po kapi.

na krožniku. Pogoste so bile težave pri prenosu hrane k ustom (45 %) in pri žvečenju (42 %). Požiranje je bilo moteno pri 37 % vprašanih. V 24 % so bili varovanci brez težav. Pri nekaterih je bilo opaziti več težav hkrati. Ugotovili smo, da je vseh 28 (45 %) bolnikov s težavami pri prenosu hrane v usta imelo tudi težave pri pripravi jedi na krožniku.

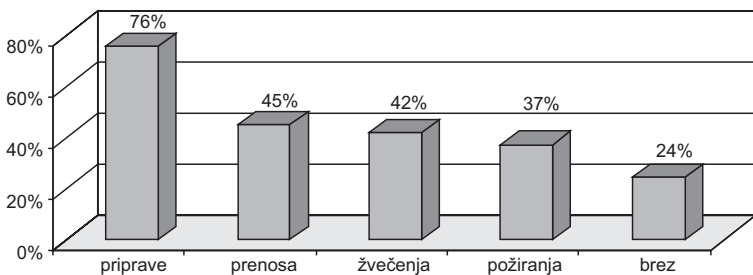
Med težavami pri pripravi hrane je največje povzročalo rezanje hrane (55 %) in odpiranje embalaže (55 %). Težavi sta pri varovancih nastopali hkrati. V 45 % varovanci niso mogli namazati kruha, v 18 % so polivali iz krožnika pri zajemanju tekoče hrane. Varovanci s pasirano hrano in sondo so bili obravnavani posebej. Hrana, ki jo uživajo, je že pripravljena, večina pa se jih ne more hraniti sama.

Ob prenosu hrane v usta se je srečalo s težavami 28 varovancev (45 %). Od teh je 17 varovancev (27 %) med prenosom stresalo hrano z jedilnega pribora, 11

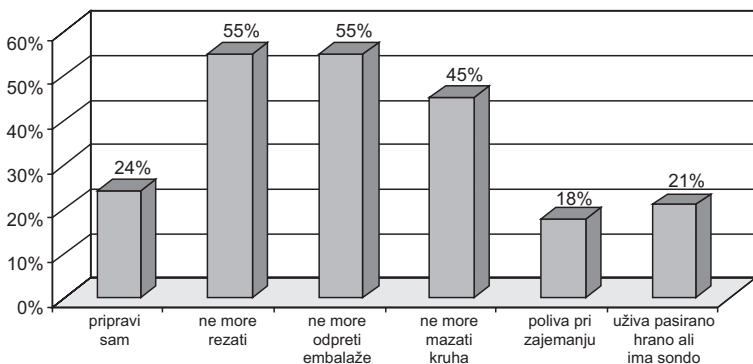
varovancev (18 %) pa zaradi prizadetosti ni moglo prenesti ne hrane z jedilnim priborom in ne kozarca s tekočino k ustom. 14 (22 %) varovancev je polivalo med prenosom kozarca k ustom. Stresanje z jedilnega pribora je bilo nekoliko pogostejše od polivanja iz kozarca 6 %.

Sposobnost žvečenja in zadrževanja hrane v ustih je bila motena pri 26 varovancih (42 %). Pri štirih varovancih je bila prizadetost po kapi tako huda, da niso bili sposobni priprave hrane v ustih in pitja, zato so se hranili po sondi. Število varovancev, ki jim je uhajala med pitjem tekočina iz ust, je bilo višje (17) kot število tistih, ki so med žvečenjem drobili iz ust. Pri žvečenju si je z gibi glave pomagal eden varovavec. Drobljenje in polivanje iz ust je bilo istočasno prisotno pri 9 varovancih.

Za ugotovitev možne zmanjšane sposobnosti požiranja smo varovance spraševali, ali se jim hrana kdaj »zaletava«. Pritrdilno je odgovorilo 23 (37 %) vprašanih. Najpogostejši vzrok zaletavanja je bil, če je bilo hrane v ustih preveč naenkrat 13 varovancih (21, %) in, če je bila hrana, ki so jo uživali bolj redka ali so bile to tekočine pri 8 varovancih (13 %). Pri treh (5 %) je bilo zaletavanje in pokašljevanje med hranjenjem redno. Pri štirih varovancih (6 %) je bila sposobnost požiranja tako prizadeta, da je hranjenje potekalo po sondi. Pri nekaterih varovancih je bilo ugotovljenih več težav hkrati.

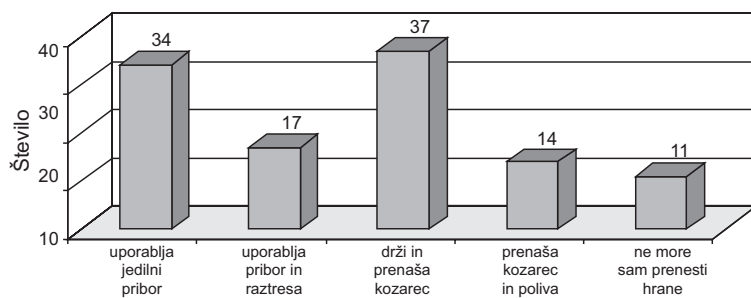


Graf 2. Težave varovancev pri hranjenju.



Graf 3. Težave varovancev pri pripravi hrane in rokovanju z njo na krožniku.

Glede na konsistenco je bila hrana, ki so jo uživali, pri 39 varovancih običajne konsistence. Mehko hrano je uživalo 10 varovancev, pasirano hrano 9, sondno hrano 4 in gosto-tekočo hrano nobeden. Sonda, po kateri so se hranili varovanci, je bila pri treh vstavljena skozi nosnico, pri enem pa skozi gastrostomo. Kakšen je bil vpliv konsistence hrane na njen okus in vonj, prikazujeta tabela 1 in tabela 2. Za večino sta ostala okus in vonj enaka kot pred kapjo. Slabši okus hrane po kapi je navedlo 16 varovancev, od katerih je 10 % (4) uživalo navadno hrano in 57 % (12) hrano spremenjene konsistence. Trije varovanci so menili, da je hrana brez okusa. Spremembe vonja po kapi je zaznalo prav tako 16 varovancev (25 %). Od tega je 9 varovancev (14 %) menilo, da ima hrana slab vonj in 7 (11 %), da je hrana brez vonja. Dobljeni podatki so pokazali povezavo med spremembami okusa in vonja, saj so tisti, s težavami pri zaznavanju okusa hrane, imeli tudi težave pri zaznavanju vonja hrane.



Graf 4. Prenos hrane v usta.

Spremembe ustne sluznice niso bile pogoste. Navedlo jih je 15 varovancev. V 12 primerih kot občutek žeje in suhih ust, v dveh kot problem zastajanja hrane v ustih in v enem primeru obloženost ustne sluznice. Podatki so bili upoštevani samo pri tistih, ki niso navajali vzporednih obolenj, ki sicer povzročajo podobne težave. Tak primer je sladkorna bolezen. Če bi upoštevali spremembe tudi pri teh varovancih, bi bil odstotek tistih z občutkom žeje in izsušenostjo ustne sluznice višji.

V raziskavi smo ugotavljali tudi vpliv prizadetosti večinoma ene polovice telesa po možganski kapi, na

Tab. 1. Vpliv konsistence hrane na okus.

	Navadna, trda		Gosta			Sonda	Skupaj
	Mehka	Pasirana	tekoča	Tekočine			
Enak okus	35	4	2	0	0	0	41
Slabši okus	4	6	6	0	0	0	16
Brez okusa	0	0	1	0	0	2	3
Skupaj	39	10	9	0	0	2	60*

* Dva anketiranca zaradi teže bolezni nista odgovorila na vprašanje.

Tab. 2. Vpliv konsistence hrane na vonj.

	Navadna, trda		Gosta			Sonda	Skupaj
	Mehka	Pasirana	tekoča	Tekočine			
Diši kot prej	35	4	5	0	0	0	44
Slab vonj	3	3	2	0	0	1	9
Brez vonja	1	3	2	0	0	1	7
Skupaj	39	10	9	0	0	2	60*

* Dva anketiranca zaradi teže bolezni nista odgovorila na vprašanje.

Tab. 3. Vpliv položaja med hranjenjem na pripravo in vnos hrane pri varovancih s posledicami po možganski kapi.

	Stabilen sedeč položaj	Sedeč položaj z oporo	Hranjenje v postelji	Skupaj
Težave pri pripravi hrane na krožniku	12	6	1	19
Težave pri prenosu hrane v usta	0	0	0	0
Obe težavi	1	13	14	28
Skupaj	13	19	15	47

spodobnost sedenja. Ugotovljeno je bilo, da je težave pri sedenju imelo 34 varovancev (55 %). Od teh je lahko 19 varovancev (31 %) obdržalo med sedenjem pokončno držo, če so imeli oporo na prizadeti strani. Drugih 15 varovancev (24 %) se je moralo zaradi velikih težav pri ohranjanju pokončne drže trupa hraniti v postelji.

Kako stabilnost pri sedenju in sposobnost ohranjanja pokončne drže vpliva na pripravo in vnos hrane v usta prikazuje

tabela številk 3.

Težave pri pripravi hrane je imelo vseh 34 varovancev, ki so imeli težave pri ohranjanju pokončne drže med sedenjem. Pri 27 varovancih z zmanjšano stabilnostjo med sedenjem sta bili prisotni obe težavi (priprave hrane na krožniku in vnosa v usta).

Z raziskavo smo ugotavljali tudi odnos varovancev in njegove okolice do nastalih težav pri hranjenju in družbe, v kateri se najrajši mudijo med obedovanjem (graf 5).

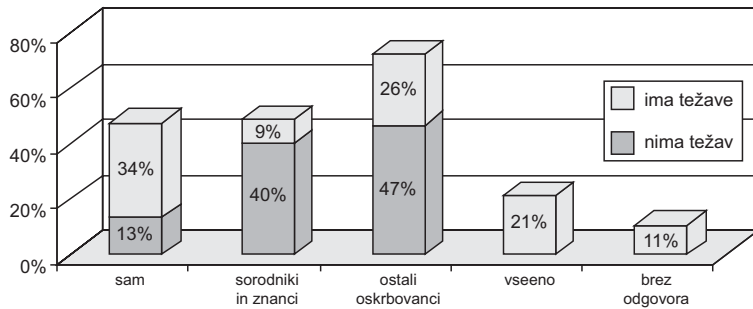
Varovanci, ki so imeli težave pri hranjenju, so v 34 % jedli rajši sami, z drugimi oskrbovanci pa v 26 %. V primerjavi s tistimi, ki niso imeli težav, jim je bila družba dosti manj mar (21 %), saj tega ni navedel nihče brez težav. Varovanci, ki so bili brez težav, so povedali, da radi jedo v družbi domačih in znancev (40 %) in tudi drugih oskrbovancev (47 %).

Odgovori na vprašanje o počutju varovancev zaradi težav s hranjenjem so bili skopi. Kar 14 varovancev (30 %) s težavami ni odgovorilo na vprašanje. Da jih težave ne motijo, je izjavilo 16 varovancev (34 %), ki imajo težave pri hranjenju. Ostali so med problemi čustvanja najpogosteje navajali jezo 6 (13 %) in brezvoljnost 5 varovancev (11 %). Občutek krivde in neprijetnost sta bila manj prisotna (graf 6).

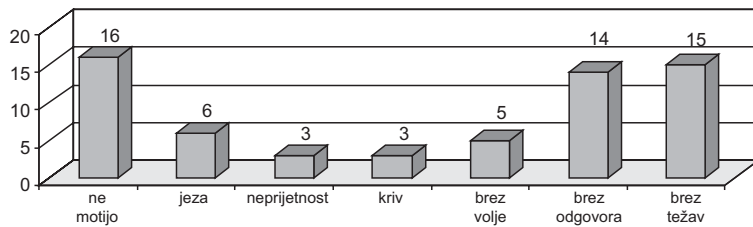
Razprava

Ugotovitve raziskave potrjujejo, da posledice možganske kapi pogosto povzročajo težave pri hranjenju, saj so bile prisotne pri anketiranih varovancih. V raziskavi na Švedskem je Jacobsssonova prišla do podobnih rezultatov, ko je ugotovila prisotnost težav pri hranjenju v 70 %.

Nekateri varovanci so imeli le eno, večina pa dve ali več težav pri hranjenju. V kolikšni meri so se te pokazale, je bilo odvisno od nevroloških okvar, ki jih je zapustila možganska kap pri varovancu.



Graf 5. Družba, v kakršni so varovanci glede na težave med hranjenjem najrajši.



Graf 6. Počutje varovancev zaradi težav s hranjenjem.

Ne število, ampak jakost in obseg kapi sta odločala, v kolikšni meri so nastale težave pri hranjenju. Ugotovljeno je, da so vsi varovanci brez težav pri hranjenju imeli neposredno po kapi le eno, največ dve nevrološki okvari.

Najpogosteje ugotovljene težave pri hranjenju so bile v zvezi s pripravo hrane na krožniku, vnosom hrane in tekočine v usta, zadrževanjem hrane v ustih in žvečenjem ter požiranjem. Podobne težave je v raziskavi ugotovila tudi Jacobssonova (1998).

Težave v zvezi s pripravo hrane na krožniku so predstavljale največji problem pri hranjenju varovancev po možganski kapi, saj so bile najpogostejše. Hemiplegija in hemipareza, ki zmanjšata moč in gibljivost ene od rok, zmanjšata varovančevo sposobnost za pripravo hrane, pri čimer mora uporabljati obe roki. Najpogostejše težave so bile v zvezi z odpiranjem zavojčkov in embalaž, pri mazanju namazov in rezanju hrane. Težavo pa je predstavljalo tudi zajemanje hrane, ko so varovanci zaradi zmanjšane kontrole gibov stresali in polivali mimo krožnika. Popolnoma nesposobni za pripravo hrane so bili varovanci s pasirano hrano in sondo. Ti so doživeli močnejšo kap, zato so imeli večje nevrološke okvare in več težav pri hranjenju.

Težave pri vnosu hrane so bile manj pogoste kakor pri pripravi hrane na krožniku. Značilno za varovance, ki so polivali iz kozarca med prenosom k ustom, je bilo, da so tudi stresali hrano z jedilnega pribora. Ker je večina ljudi desničarjev, bi pričakovali, da bodo takšne težave pogostejše pri bolnikih s prizadetostjo desne roke in desne polovice telesa. Vendar so bile tovrstne težave prav tako prisotne pri bolnikih z levostransko prizadetostjo. Jacobssonova (1998) vidi vzrok za to v nestabilnem položaju zaradi enostranske prizade-

tosti. Dobro nadziranje trupa tvori namreč oporno bazo, iz katere lahko premikamo roke (Koltin, Rosen, 1996). Nestabilen položaj telesa prizadene gibljivo sposobnost rok in povzroča stresanje hrane med hranjenjem (Jacobsson, 1996). Prav ta ugotovitev lahko razloži, zakaj je stresanje hrane pogosto pri levostranski prizadetosti, ko je desna roka, s katero desničarji hrano prenašajo, neprizadeta. Še več: Jacobssonova (1996) trdi tudi, da je nestabilen položaj vzrok težav pri pripravi hrane na krožniku. Ugotovitve v opravljeni raziskavi so bile podobne, saj so se težave pri pripravi hrane pokazale pri vseh varovancih, ki so se hranili v postelji in so potrebovali pri sedenju oporo na prizadeti strani. Varovanci, ki so jedli v postelji in so med sedenjem potrebovali oporo na prizadeti strani, so imeli vsi razen enega težave pri vnosu hrane v usta. To pomeni, da ni bila samo prizadetost roke, ampak tudi nestabilen položaj pri sedenju kriv,

da je varovanec hrano med prenosom stresal in polival. Nestabilnost pri sedenju in iskanje opore namreč zmanjšujeta tudi varovančevo osredičenost, potrebno za pripravo hrane na krožniku in vnos hrane v usta.

Nesposobnost zadrževanja hrane v ustih in žvečenja je bila tretja najpogostejša težava pri varovancih po možganski kapi. Pri tem je bilo ugotovljeno, da je uhajanje tekočine iz ust med pitjem pogostejše, kot drobljenje hrane med žvečenjem. Razlog za to je ugotovitev, da je hrano trše in gostejše konsistence lažje nadzorovati kakor tekočine (Lamber, Gisel, 1996). Zmanjšana sposobnost žvečenja in priprave bolusa za požiranje je bila najbolj izrazita pri varovancih, ki so uživali pasirano hrano in hrano po sondi.

Zaletavanje hrane, pokašljevanje in dušenje med hranjenjem so znaki, ki kažejo na motnje pri požiranju. V raziskavi so varovanci navajali te težave najpogosteje tedaj, kadar je bilo v ustih preveč hrane naenkrat, kadar je bila hrana tekoča in kadar niso uporabljali pri požiranju posebne drže glave.

Spremembe vonja in okusa hrane je navajala skoraj tretjina anketirancev. Večina, ki je omenjala slabše okušanje, je navajala tudi spremembe voha. Težave so bile nekoliko izrazitejše pri varovancih, ki so uživali hrano spremenjene konsistence (mehka hrana, pasirana, tekoča hrana po sondi). Jacobssonova (1998) je ugotovila, da so varovanci ob srečanju s hrano spremenjene konsistence in zaradi njenega vonja začutili slabost, ki jih je spomnila na bolezen in spremenjeno življenje.

Po možganski kapi nekateri varovanci zaradi paze obraznih mišic ne morejo popolnoma zapreti ust, kar povzroča izsušenost ustne sluznice in ust. V nekaterih primerih pride tudi do zastajanja hrane v ustih, kar narekuje poostreno ustno nego. V raziskavi ni bilo

mogoče ugotoviti probleme v zvezi s tem, saj spremembe ustne sluznice niso bile pogoste.

S psihosocialnega vidika je bilo z raziskavo ugotovljeno, da so varovanci s težavami pri hranjenju jedli rajši sami, za razliko od tistih brez težav. Jacobssova (1998) meni, da je pri varovancih po možganski kapi pogosto nagnjenje k izolaciji. Zaradi svojega videza in težav se sramujejo pred drugimi. Z izolacijo se izogonejo pozornosti, ki jo spričo svojih težav vzbujajo pri drugih. Vzpodbudna je ugotovitev, da se je 24 odstotkov varovancev s težavami pri hranjenju dobro počutilo, če so jedli skupaj z drugimi oskrbovanci. To pomeni, da so našli razumevanje za svoje težave in so bili sprejeti s strani sebi podobnih, saj težav pri hranjenju nimajo samo prizadeti po kapi, ampak tudi invalidi po nesrečah in drugih obolenjih (multipla skleroza, demenca). Varovanci brez težav so navajali, da se radi hranijo v družbi z drugimi oskrbovanci in v družbi sorodnikov, kar potrjuje prepričanje, da ima hranjenje globlji sociološki pomen; med vprašanimi namreč nihče ni navedel, da bi mu bilo vseeno, kdo je navzoč, kadar uživa hrano. Nekaj varovancev je kljub temu, da niso imeli težav pri hranjenju, odgovorilo, da jedo najrajši sami. To pomeni, da tudi značaj varovanca vpliva na željo po hranjenju v družbi, pa tudi njegov življenjski slog, predvsem pa prizadevanje medicinske sestre, da bi se oskrbovanci med seboj dobro sprejemali in sodelovali.

Varovanci po možganski kapi so bili s svojim stanjem zadovoljni ali pa niso govorili veliko o tem. Tisti, ki so bili zadovoljni s stanjem, v kakršnem so bili, so navajali kot vzrok za to uspešno rehabilitacijo, nekateri so bili zadovoljni, ker se jim je precej izboljšalo, drugi pa so se zaradi starosti in osebnostnih lastnosti s stanjem sprijaznili. Pri nekaj varovancih je bilo opaziti, da se s takim odgovorom želijo izogniti globljim razmišljanjem, ker bi bila zanje boleča. Drugi občutki, ki so jih še opisovali, so bili jeza, neprijetnost, občutek krivde ter pomanjkanje volje in upanja. Opaziti je bilo, da je ob vprašanju o njihovem počutju zaradi težav ostalo nekaj neizrečenega, saj varovanci niso bili vajeni govoriti o tovrstnih težavah. Ta ugotovitev opozarja, da notranjim stiskam zaradi težav pri hranjenju, s katerimi se srečujejo varovanci, posvečamo premalo pozornosti ali pa se jim zaradi neprijetne teme skrbno izogibamo.

Sklep

Možganska kap je obolenje, ki pogosto pušča za seboj nepopravljive posledice. Zaradi njih se pri posa-

mezniku zmanjša sposobnost opravljanja življenjsko pomembnih aktivnosti, med katerimi je tudi hranjenje. Varovanci s problemi pri hranjenju potrebujejo ustrezno obravnavo medicinske sestre, ki zagotavlja primerno stanje prehranjenosti in dobro psihofizično počutje. Ugotovitve raziskave so pokazale, da je hranjenje lahko zelo oteženo zaradi posledic možganske kapi. To nima za posameznika samo fizioloških posledic, temveč spremeni tudi psihično počutje in njegov odnos do družbenega okolja.

V opravljeni raziskavi ni mogoče prezreti povprečne starosti anketirancev, ki je bila 79 let. Ob tem se postavlja vprašanje, v kolikšni meri so dobljene ugotovitve rezultat nasledkov možganske kapi in ali so bile ugotovljene težave nemara že posledica starostnih sprememb.

Ugotovitve raziskave so pokazale nekatere negovalne probleme, ki jim medicinska sestra v procesu zdravstvene nege mora nameniti več znanja in časa. Obenem pa ji tudi pomagajo pri delu z varovanci in svojci varovancev, ki imajo težave pri hranjenju.

Literatura

1. Bohinc M, Cibic D. Teorije zdravstvene nege. Didakta, 1995.
2. Daniels SK, Brailey K, Priestly HD et al. Aspiration in patients with acute stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;1: 14-9.
3. Green ML, Harry J. Nutrition in contemporary nursing practice. II: Introduction to nutrition. USA: John Wiley & Sons, Inc., 1987: 5-21.
4. Jacobsson C, Axelsson K, Asplund K, Wengreen B-I, Norberg A. Outcomes of individualized interventions in patients with severe eating difficulties. *Clinical nursing research*, 1997; 6: 25-44.
5. Jacobsson C, Axelsson K, Osterlind PO, Norberg A. Eating and oral functions among people with stroke and healthy elderly. 1998: 1-22.
6. Jacobsson C, Axelsson K, Wengreen B-I, Norberg A. Eating despite severe difficulties: Assessment of post-stroke eating. *Journal of clinical nursing*, 1996; 5: 23-31.
7. Jacobsson C. Licentiate thesis: Development of methods for assessment and treatment of eating difficulties after stroke. Umea, 1998: 1-4.
8. Koltin SE, Rosen HS. Hemiplegia and feeding: An occupational therapy, Approach to upper extremity management. *Top Stroke Rehabil* 1996; 3: 69-86.
9. Lambert HC, Gisel EG. The assessment of oral pharyngeal and esophageal dysphagia in elderly persons. *Physical & occupational therapy in geriatrics* 1996; 4: 1-25.
10. Seretin A. Hranjenje bolnika po možganski kapi. Diplomsko naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1999.
11. Smithard DG, O'Neill PA, Martin DF, England R. Aspiration following stroke: is it related to the side of the stroke. *Clinical rehabilitation* 1997, 11: 73-6.
12. Smithard DG, O'Neill PA, Park C et al. Complications and outcome after acute stroke: Does dysphagia matter? *Stroke* 1996; 7: 1200-4.
13. Tetičkovič E. Klinična neurologija. Maribor: Obzorja, 1997.