



Matvaner og eldre med hoftebrudd

Christine Jærv Ekrheim
Diakonhjemmet Høgskole
Lovisenberg diakonale høgskole

Mastergradsoppgave i
helsetjenester til eldre

Antall ord: 8715
Dato:1.6.2015

Sammendrag:

Masteroppgaven består av en artikkel - del 1. og en refleksjonsoppgave - del 2.

Bakgrunn: 1. Det er gjort få studier om matvaner til eldre med hoftebrudd.

2: Spørreskjema er benyttet som datainnsamlingsmetode i studien.

Hensikt: 1. Beskrive hyppigheten av måltider, inntak av kjøtt, fisk og kalsium med vitamin D hos eldre med hoftebrudd, samt om det er forskjeller mellom eldre som bor alene og eldre som bor sammen med noen.

2. Vurdere hvordan utforming og bruk av spørreskjemaet kan ha påvirket resultatene i studien og hvordan intervjuer kan ha påvirket informanten under datainnsamlingen.

Teoretisk forankring: 1. Annechen Bahr Bugges litteratur om nordmenns matvaner. Matvaner er både strukturert av samfunnet og aktivt formet av handlingene til den enkelte.

2: Litteratur om spørreskjema som metode.

Metode: 1. En retrospektiv deskriptiv tverrsnittstudie utført juli 2013 til desember 2014. Et spørreskjema ble brukt for å kartlegge hva hjemmeboende eldre spiste 3 måneder før hoftebrudd. Kji-kvadrattest og Fishers eksakte test for små utvalg ble benyttet for å se på sammenhengen mellom kategoriske variabler i krysstabeller. T-test ble benyttet for å sammenlikne gjennomsnittet i to grupper, de som bodde alene og de som bodde sammen med noen.

2. Refleksjon basert på relevant metodelitteratur om kvaliteter ved et godt spørreskjema og hvordan datainnsamlingsprosessen kan ha påvirket resultatene.

Resultater: 1. Studien inkluderte 81 hoftebruddspasienter 65 år eller eldre, av disse bodde 44 alene (54 %). Begge grupper spiste gjennomsnittlig tre måltider per dag, og de spiste like ofte kjøtt som fisk til middag. Det var få som tok kosttilskudd daglig. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjaldt kosttilskudd som kalsium og vitamin D.

2. Spørsmålene, svaralternativene og spørreskjemaets struktur kan ha påvirket resultatene i studien. Intervjuer kan ha påvirket informanten under det strukturerte intervjuet med utfyllingen av spørreskjemaet.

Konklusjon: 1. Studien viser ingen signifikante forskjeller mellom de som bodde alene og de som bodde sammen med noen når det kommer til måltidshyppighet og matvaner hos eldre hoftebruddspasienter.

2. Svarene fra spørreskjemaet kan ha blitt påvirket av uklare spørsmål, spørreskjemaets struktur og intervjueren som stilte spørsmålene.

Nøkkelord: Hoftebrudd, diett, matvaner, spisevaner, ernæring, gamle, eldre

Abstract

This Master thesis consists of an article - part 1. and an essay - part 2.

Background: 1. There are few studies that describe food habits among elderly with hip fractures.

2. A questionnaire is the data collection method in this study.

Objective: 1. To describe the frequency of meals, consumption of meat, fish and calcium and vitamin D in elderly with a hip fracture, as well as differences in food habits between elderly living alone and those who live with someone.

2. Evaluate how design and use of the questionnaire may have affected the results in this study and how the interviewer may have affected the informant during the data collection.

Theoretical grounding: 1. Building on Annechen Bahr Bugge's literature on Norwegians eating habits. Eating habits are both structured by society as well as influenced by the actions of the individual.

2. Literature about questionnaire as a method.

Methods: 1. A retrospective descriptive cross-sectional study was conducted from July 2013 to December 2014. Habitual diet among elderly for 3 months preceding a hip fracture was assessed with a questionnaire. Chi-square and Fisher's exact tests (the latter for small sample sizes) were used to compare categorical variables in crosstables. A t-test was used to compare means between two groups, those living alone or with someone.

2. Reflection based on relevant research literature and qualities in a good questionnaire and how data collection may have affected the results.

Results: 1. This study included 81 patients who had suffered a hip fracture. They were 65 years of age or older and 44 participants lived alone (54 %). Both groups had in average three meals per day, and they ate just as often meat as fish for dinner. A few participants reported to use dietary supplements. There were no significant differences between the groups regarding the daily intake of supplements, such as calcium and vitamin D.

2. The questions, multiple-choice's and questionnaire structure may have influenced the outcomes of the study. Interviewer may also have influenced the informant with data collection during the structured interview.

Conclusions: 1. The study shows no significant differences when it comes to meal frequency and food habits among older adults with a hip fracture, whether they lived alone or with someone.

2. The results may have been influenced by unclear questions, the questionnaire structure, and the interviewer who asked the questions.

Keywords: Hip fracture, diets, food habits, eating behavior, nutrition, elderly, older adults

Forord:

Det har vært utfordrende, men også spennende og lærerikt å jobbe med denne masteroppgaven. Det er flere jeg gjerne vil takke:

Veileder Ådel Bergland og biveileder Christine Raaen Tvedt. Dere har vært veldig tålmodige, veiledet meg, gitt konstruktiv kritikk og gode råd.

Min familie, spesielt min samboer Jens Skoglund som har lest igjennom oppgaven, og ikke minst tatt vare på barna og meg i denne skriveprosessen. Mathias og Iris, nå skal jeg sette av mer tid til dere og ikke dataen.

Andreas og Astrid Lossius som har lest over det engelske sammendraget.

Mai Myhre, vi har vært medstudenter i dette masterstudiet og du har oppmuntret meg og motivert meg til å klare å fullføre.

Mette Martinsen som har hjulpet meg i analysearbeidet.

Min leder Asbjørn Hægeland som har vært meget fleksibel ved å gi meg fri til å skrive når jeg har trengt det.

Kirurgisk avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus som har gjort det mulig for meg å ta dette masterstudiet.

Tusen takk! Dere har alle en del av æren for at jeg nå kan levere masteroppgaven.

Innhold

1.0	Matvaner og eldre med hoftebrudd (Artikkel)	8
2.0	Refleksjonsoppgave.....	32
2.1	Introduksjon.....	32
2.2	Presentasjon av studien	33
3.0	Kvaliteter ved et godt spørreskjema	34
3.1	TAP- Paradigmet	34
3.1.1	Temaet (topic)	34
3.1.2	Anvendbarhet (applicability).....	35
3.1.3	Perspektiv (perpective).....	37
4.0	Datainnsamlingsmetoden	39
4.1	Utforming av spørsmål og svaralternativer	39
4.2	Utprøving av spørreskjema/pilotstudie.....	40
4.3	Validitet og relabilitet.....	41
5.0	Hvordan kan intervjuer ha påvirket informanten under det strukturerte intervjuet?	43
5.1	Påvirkning under det strukturerte intervjuet.....	43
5.2	Fire ulike intervju-effekter/prinsipper	44
5.2.2	Administrativ effekt.....	44
5.2.3	Forventningseffekter.....	44
5.2.4	Adferds effekter.....	45
5.2.5	Uredelighetsprinsipper	46
5.3	Pårørendes påvirkning under det strukturerte intervjuet	46
6.0	Konklusjon	47
7.0	Referanser:.....	48

Vedlegg:

Kostholdskjema

Forfatterveiledning Tidsskriftet Geriatrisk sykepleie

Artikkelens tittel: Matvaner og eldre med hoftebrudd

Forfatter: Christine Jærv Ekrheim

Masterstudent i helsetjenester til eldre ved Diakonhjemmet Diakonale Høgskole og
Lovisenberg Diakonale Høgskole

Sykepleier, assisterende enhetsleder, ved Diakonhjemmet Sykehus, avdeling 3 Nord

Email: christine.ekrheim@diakonsyk.no

Tlf: 958 01 093

Antall ord både i sammendrag og i hovedtekst: 3325 ord totalt

(200 ord per sammendrag/ 2925 ord i artikkelen)

Antall tabeller: 2 stk.

Matvaner og eldre med hoftebrudd

Sammendrag

Bakgrunn: Det er gjort få studier om matvaner til eldre med hoftebrudd

Hensikt: Beskrive hyppigheten av måltider, inntak av kjøtt, fisk og kalsium med vitamin D hos eldre med hoftebrudd, samt om det er forskjeller mellom eldre som bor alene og eldre som bor sammen med noen.

Metode: En retrospektiv deskriptiv tverrsnittstudie utført juli 2013 til desember 2014. Et spørreskjema ble brukt for å kartlegge hva hjemmeboende eldre spiste 3 måneder før hoftebrudd. Kji-kvadrattest og Fishers eksakte test for små utvalg ble benyttet for å se på sammenhengen mellom kategoriske variabler i krysstabeller. T-test ble benyttet for å sammenlikne gjennomsnittet i to grupper, de som bodde alene og de som bodde sammen med noen.

Resultater: Studien inkluderte 81 hoftebruddspasienter 65 år eller eldre av disse bodde 44 alene (54 %). Begge grupper spiste gjennomsnittlig tre måltider per dag, og de spiste like ofte kjøtt som fisk til middag. Det var få som tok kosttilskudd daglig. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjaldt kosttilskudd som kalsium og vitamin D.

Konklusjon: Studien viser at det er ingen signifikante forskjeller mellom de som bodde alene og de som bodde sammen med noen når det kommer til måltidshyppighet og matvaner hos eldre hoftebruddspasienter.

Nøkkelord: Hoftebrudd, diett, matvaner, spisevaner, ernæring, gamle, eldre

Food habits and elderly with hip fractures

Abstract

Background: There are few studies that describe food habits among elderly with hip fractures.

Objective: To describe the frequency of meals, consumption of meat, fish and calcium and vitamin D in elderly with a hip fracture, as well as differences in food habits between elderly living alone and those who live with someone.

Methods: A retrospective descriptive cross-sectional study was conducted from July 2013 to December 2014. Habitual diet among elderly for 3 months preceding a hip fracture was assessed with a questionnaire. Chi-square and Fisher's exact tests (the latter for small sample sizes) were used to compare categorical variables in crosstables. A t-test was used to compare means between two groups, those living alone or with someone.

Results: This study includes 81 patients who had suffered a hip fracture. They were 65 years of age or older and 44 participants lived alone (54 %). Both groups had in average three meals per day, and they ate just as often meat as fish for dinner. A few participants reported to use dietary supplements. There were no significant differences between the groups regarding daily intake of supplements, such as calcium and vitamin D.

Conclusions: The study shows no significant differences when it comes to food frequency and food habits among older adults with a hip fracture, whether they lived alone or with someone.

Keywords: Hip fracture, diets, food habits, eating behavior, nutrition, elderly, older adults

1.0 Matvaner og eldre med hoftebrudd (Artikkel)

Introduksjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) har estimert at antall hoftebrudd i verden vil være på rundt 6.3 millioner innen 2050 (1). I Norge er det over 9000 hoftebrudd årlig (2). Det er flest kvinner over 80 år som pådrar seg hoftebrudd (3). En disponerende årsak til hoftebrudd kan være beinskjørhet. Kalsium og vitamin D kan forebygge nye hoftebrudd (2). Eldre over 75 år har mindre produksjon av vitamin D i huden. For å kunne opprettholde vitamin D status bør dette tilføres gjennom kosten, for eksempel med sjømat (4). Ernæringsbehandling til eldre med hoftebrudd har tidligere gitt et positivt resultat i forhold til å minske antall komplikasjoner, gi bedre livskvalitet og kroppsfunksjon (5). For å kunne forebygge hoftebrudd bør man også se nærmere på hva eldre spiser. Grini(6) har gjort en observasjonsstudie i Norge for å se på matvaner og måltidshyppighet hos hjemmeboende aktive eldre. Denne studien viser at eldre er opptatt av mat og det sosiale aspektet rundt et måltid og at de spiser regelmessige tre måltider per dag(6).

I en studie (7) om det norske måltidsmønsteret fant Bugge og Døving ut at eldre i aldergruppen fra 60 år og eldre, var det 97 prosent av kvinnene og 93 prosent av mennene som spiste middag så å si hver dag (7). Måltider er forbundet med vaner og rutiner. Bugge beskriver at spesielt middagsmåltidet er et betydningsfullt måltid og et hverdagsritual. Den tradisjonelle middagstallerken som serveres i hjemmet, består som regel av kjøtt/fisk og grønnsaker (8). Det er gjort få studier på hjemmeboende Eldres måltidshyppighet og derfor lite å finne nasjonalt og internasjonalt. De fleste studier som er gjort omhandler eldre som bor på sykehjem. Koehler & Leonhaeuser (9) gjorde en litteraturstudie på friske hjemmeboende og endringer i matpreferanser når man blir eldre. De fant at Eldres preferanser og valg av mat blir påvirket av blant annet sensoriske oppfatninger, økonomiske faktorer, helse/ernæring, bekvemmelighet og sosiale forhold. Dette kom til uttrykk i form av at barndommen til de eldre hadde stor betydning for valg av mat og preferanser. Mange eldre er tradisjonelle og holder fast på gamle vaner. Eldre ser på måltider som sosiale anledninger og søker selskap. De sosiale faktorene overstyrer egne preferanser (9). En svensk studie (10) viste at eldre fortsatte å lage den samme type mat som de spiste i barndommen, vaner og tradisjoner var viktige for dem. I en oversiktsartikkel (11) over sosiale faktorer som påvirker Eldres valg av

mat fant Vesnaver & Keller ut at livssituasjon spilte en rolle i spisemønsteret. Studier (12) viser at det å miste en livsledsager er relatert til dårligere måltidskvalitet.

Men det er ikke påvist noen sammenheng mellom eldre som velger å leve alene og dårlig måltidskvalitet. Eldre som bor alene spiser færre måltider enn eldre som bor sammen med noen (7). De eldre som spiser sammen med noen spiser mer enn eldre som spiser alene (7). Det å spise alene har blitt beskrevet som å kunne gi økt ernæringsrisiko (12).

Siden det er få studier som har forsket på hjemmeboende eldre med hoftebrudds` måltidshyppighet og deres matvaner er dette et område det er nødvendig å få mer kunnskap om.

Denne studiens hensikt er å beskrive hyppigheten av måltider, inntak av kjøtt/fisk, kalsium og vitamin D hos eldre med hoftebrudd, samt om det er forskjeller mellom eldre som bor alene og de som sammen med noen.

Metode

Design

Dette er en retrospektiv deskriptiv tverrsnittstudie ved bruk av data fra et spørreskjema.

Datainnsamling

Det ble benyttet et spørreskjema, som heter «Sarkopeni og osteoporose – kostholdsskjema for hoftebruddspasienter» (se vedlegg). Spørsmålene i spørreskjemaet dreier seg om hyppigheten av måltider. Det er til sammen atten spørsmål med forhåndsbestemte svaralternativer. Et liknende spørreskjema har tidligere blitt brukt i en annen studie for å kartlegge kostvanene til gravide kvinner, spesielt med tanke på hvor mye sjømat de spiser (13).

Utvalg

Utvalget bestod av eldre pasienter som var innlagt på en kirurgisk sykehusavdeling. Inklusjonskriteriene for studien var: Pasienter som er 65 år eller eldre med et påvist hoftebrudd (lårhalsbrudd, pertrokantært brudd og subtrokantært brudd) og som var operert ved den kirurgiske avdelingen der studien ble gjennomført. Prosjektet hadde satt seg et

forventet mål om å inkludere 100 pasienter. De pasientene som hadde en kognitiv diagnose eller ble vurdert som ikke samtykkekompetent, ble ekskludert fra studien.

Gjennomføring/variabler

Data ble samlet inn i perioden juli 2012 til desember 2013 fra et sykehus på Østlandet, og er en delstudie i et større prosjekt om sarkopeni, ernæring og osteoporose hos eldre hoftebruddspasienter. Hovedstudien som denne delstudien er bygget på er planlagt å være ferdigstilt i 2016.

Deltakerne ble rekruttert på sykehuset av sykepleiere 2-3 dager etter hoftebruddsoperasjon. Utfylling av skjema foregikk inne på rommet til pasienten med sykepleier tilstede. Noen ganger var deltakerens familie, ektefelle/samboer eller barn også tilstede under intervjuet.

Denne populasjonen har ofte problemer med å fylle ut et spørreskjema på egenhånd. Tre sykepleiere med tilknytning til avdelingen intervjuet og hjalp derfor pasientene som ikke klarte å fylle ut spørreskjemaet selv. Det var en sykepleier som inkluderte de fleste pasientene. Som regel så satt hun seg ned hos pasientene og krysset av svarene i samråd med dem. Noen pasienter svarte på spørsmålene på egenhånd og i disse tilfellene samlet sykepleier skjemaene inn senere på dagen eller påfølgende dag.

De spørsmålene som ble benyttet i denne delstudien var (se vedlegg):

1. Hvor ofte spiste du følgende måltider de siste tre månedene før bruddet (frokost, formiddagsmat, middag, kaffemåltid og kveldsmat)? Svaralternativene på spørsmål 1. var: aldri/sjelden, 1-3 ganger/uke, 4-6 ganger/uke og daglig.
2. Hvor ofte spiste du følgende matvarer til middag de siste tre månedene før bruddet (delt i tre kategorier av både kjøtt og fisk)? Svaralternativer til spørsmål 2.: aldri, sjeldnere enn 1 gang/måned, 1-3 ganger/måned, 1 gang/uke, 2-3 ganger/uke, 4 eller flere ganger/uke.
3. Brukte du kosttilskudd før bruddet (syv ulike kategorier kosttilskudd)? Svaralternativer til spørsmål 3.:aldri/sjeldnere enn hver uke, 1-2 ganger/uke, 3-4 ganger/uke, 5-7 ganger/uke.

Andre bakgrunnsvariabler som inngikk i delstudien var alder, kjønn, kroppsmasseindeks og anastetic`s score (ASA). Anastetic`s score ble brukt for å beskrive helsetilstanden til utvalget. En lavere ASA score er tegn på en sprekere pasient, desto høyere ASA score forteller at

pasientene er skrøpelige (14). Kroppsmasseindeks, forteller om pasienten er underernært, normal eller overvektig. Dette kan også beskrive helsetilstanden til pasientene (5).

Etikk

Godkjenning av Den Regionale Etiske Komite for Medisinsk Forskingsetikk (REK) og godkjenning fra ledelsen på sykehuset for å gjennomføre prosjektet ble gitt. Pasientene måtte være i stand til å gi skriftlig informert samtykke. Alle spørreskjemaer var anonymiserte og pasientene ble informert om at de kunne trekke seg fra studien når som helst.

Analyse

Deskriptiv statistikk ble anvendt for å beskrive karakteristika hos pasientene og måltidshyppigheten til eldre pasienter som har pådratt seg et hoftebrudd. Kji-kvadrattest og Fishers eksakte test for små utvalg ble benyttet for å se på sammenhengen mellom kategoriske variabler i krysstabeller. T- test ble benyttet for å sammenlikne gjennomsnittet i to grupper, de som bor alene og de som bor sammen med noen. En p-verdi på 0,05 ble regnet som statistisk signifikant. Data ble registrert i Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versjon 17.

Resultater

Utvalget bestod av 81 deltakere, 63 kvinner (78 %) og 18 menn (22 %). Gjennomsnittsalderen var noe lavere for kvinner, 77 år, og for menn 79 år. (Totalt gjennomsnitt= 78 år, SD = 8,3 år). I kategorien «de som bodde sammen med noen» var den de bodde sammen med enten ektefelle, samboer eller annet familiemedlem. Det var noen flere i gruppen med pasienter som bodde alene enn de som bodde sammen med noen (tabell 1). Gjennomsnittsalderen var også noe høyere for de som bodde alene enn de som bodde sammen med noen.

American Society of Anesthesiologists (ASA score) er en måte å klassifisere pasienter for å avgjøre hvordan helsetilstanden er før valg av anestesi eller før operasjon. Det er ikke ment som en måte å kunne forutse utfallet av en operasjon (14).

I begge gruppene eldre (n=81) var det flest (55 informanter) som hadde en ASA score mellom 1-2. ASA score 1 betyr at de er normalt friske og har god helse. ASA score 2 betyr at de har

en mild systemisk sykdom for eksempel hypertensjon eller diabetes, men at sykdommen denne pasientgruppen har er godt kontrollert. Det var 25 eldre som hadde ASA score 3. ASA score 3 betydelig systemisk sykdom i mer enn et kroppsorgan, for eksempel både en stabil angina pectoris og nyresvikt, men at disse diagnosene er under kontroll. Ingen av gruppene hadde ASA score på 4 eller høyere (tabell 1). ASA og kroppsmasseindeksen var ikke statistisk signifikant forskjellig mellom gruppene. Ingen av individene går under kategorien underernærte (15).

De eldre i begge grupper spiste like ofte frokost, formiddagsmat, middag og kveldsmat. Det var heller ingen signifikante forskjeller av hyppigheten av middagsmåltider med fisk/kjøtt. Begge grupper spiste like ofte kjøtt som fisk til middag. Blant de som bodde alene var det noen flere som spiste kveldsmat enn i den gruppen som bodde sammen med noen. Det var generelt få som tok kosttilskudd daglig. Når det gjaldt kosttilskudd som kalsium og vitamin D var det heller ingen signifikante forskjeller i de to gruppene (tabell 2).

Diskusjon

I denne delstudien er at det ikke er signifikante forskjeller når det gjelder måltidshyppighet, inntak av kjøtt/fisk til middag, kalsium eller av vitamin D i de to gruppene, de som bor alene og de som bor sammen med noen. Hva kan være årsakene til at det ikke er noen forskjeller mellom de to gruppene eldre i denne delstudien?

Måltidshyppighet og det sosiale rundt et måltid

En web- survey (6) fra 2012 beskriver måltidshyppigheten av ulike typer mat som eldre spiser sammenliknet med yngre under 60 år. Dette utvalget eldre besto av 782 eldre fra 60 år og eldre. Denne gruppen spiser mer fisk og sjømat enn yngre og velger mer storfekjøtt enn hvitt kjøtt. De spiser også mer frukt og grønnsaker enn yngre. Den samme studien (6) tok også for seg måltidshyppigheten av frokost, lunsj og middag hver dag. Resultatene de fikk var: 98 % spiser frokost, 45 % spiser formiddagsmat og 76 % som spiser middag hver dag (6). Dette viser at min delstudie har ganske like funn (tabell 2). Studien til Grini (6) fant også ut at 55 % av de eldre sjelden eller aldri spiser middag alene. I min delstudie var det ingen signifikante forskjeller mellom de som bor alene eller sammen med noen med tanke på hyppighet av

frokost, formiddagsmat og middag som ble spist hver dag. Det som min delstudie ikke har svar på er om de som bor alene spiser middag sammen med noen. I noen av intervjuene i min delstudie fortalte informantene at de inntok middagen på senior/eldresenteret. Grini (6) skriver at det sosiale aspektet rundt et måltid er viktig for de eldre. I en observasjonsstudie (16) ble 30 eldre observert i forbindelse med matsituasjon på et sykehus i Canada. Den verbale og non- verbale oppførselen til pasienten ble målt og sammenliknet med hvor mye mat de spiste. Denne studien (16) viste at de som spiste i fellesskap spiste mer enn de som spiste alene på rommet sitt. Selv om pasientenes humør ikke var på topp, spiste de likevel mer enn når de spiste alene på sitt eget rom (16).

Bugge og Døving har gjort studier på nordmenn om måltidshyppighet og matvaner. I studien deres beskriver de at eldre spiser mer når de er sosiale og sammen med andre (7). Studien til Mahler sier det samme (17). Noe av det som er skrevet om hjemmeboende eldre er at eldre hjemmeboende har lavere forekomst av underernæring sammenliknet med pasienter på institusjon (7). Som nevnt tidligere var ingen av informantene i min delstudie underernærte.

Grini sin(6) observasjonsstudie av aktive eldre i Norge viser at eldre er opptatt av mat, måltider og helse. De inntar også måltider på senior/eldresentre og er meget bevisste i sine matvalg. Derimot forandrer matvanene seg når barna flytter ut, om de blir alene eller hvis de får en diagnose relatert til kosthold. Hvis de får diabetes type 2 eller hjerte -og karsykdommer øker de innkjøpet av frukt, grønnsaker og fisk. De er også opptatt av å forsvare sine valg av matvaner når det gjelder mat de burde spist mindre av eller unngått helt (6).

Min delstudie er ikke i samsvar med mye av det som står i den litteraturen jeg fant, nemlig at det ikke er noe forskjell i måltidshyppigheten selv om man bor alene eller sammen med noen. I litteraturen skrives det at eldre som bor alene eller spiser alene har lavere måltidshyppighet en eldre som bor eller spiser sammen med noen (7,8,9,10,11). Det ser derimot ikke ut til at dette har særlig betydning for utvalget i min delstudie ut ifra resultatene.

Fysisk sprekere pasienter

På den samme sykehusavdelingen der delstudien ble foretatt, samles det inn data om eldre hoftebruddspasienter i en kartleggingsdatabase, denne databasen viser at de eldre i delstudien er fysisk sprekere. Kartleggingsdatabasen beskrevet i en studie (3), samler inn data fra ca. 500 hoftebruddspasienter årlig, den beskriver en fysisk skjørere pasientgruppe (3). Den typiske hoftebruddspasienten har i gjennomsnitt en høyere ASA score, jamfør forklaringen av ASA score i resultatetkapittelet i delstudien (14). I perioden fra juli 2012 til desember 2013 hadde kartleggingsdatabasen et antall på 651 pasienter som ble operert etter et hoftebrudd.

Halvparten av disse pasientene hadde en ASA score på 3. I samme periode som data til delstudien ble samlet inn viste kartleggingsdatabasen en gjennomsnittsalder på 84 år.

Delstudien derimot beskriver en pasientgruppe som er yngre, med en gjennomsnittsalder på 78 år, og ingen av de inkluderte i delstudien hadde en ASA score på 3 eller høyere. Dette kan tyde på at informantene i delstudien er fysisk sprekere enn de vanlige pasientene ved samme hoftebruddsavdeling.

Kjønnsfordeling

I begge gruppene eldre er flertallet kvinner (tabell 1). Hadde det vært flere menn med i studien kunne svarene ha vært annerledes. En studie (18) om aleneboende eldre menn viste at menn spiser mindre næringsrik mat, frukt og grønnsaker enn eldre kvinner. Den samme studien (18) viste at menn får i seg mindre vitaminer som blant annet vitamin D.

Delstudien viser at det kun var 7 av totalt 18 menn som bodde alene, mens det var 37 av totalt 63 kvinner som bodde alene (tabell1). Dette er på den andre siden representativt i forhold til kartleggingsdatabasen som også viser at flesteparten av de som pådrar seg et hoftebrudd nettopp er kvinner (3). I introduksjonen ble det nevnt at det ikke er bevist noen sammenheng mellom dårlig måltidskvalitet og det å bo alene, med tanke på de som alltid har bodd alene (7). Studien til Huges(18) fant derimot ut at eldre menn som kunne tilberede mat fikk i seg mer næringsrik mat enn menn som ikke kunne tilberede mat. I en annen studie (10) om hjemmeboende eldre og deres syn på mat og måltider i Sverige, viste at det er flest kvinner som tilbereder maten i hjemmet, de er mer opptatt av å spise regelmessig og ha et variert kosthold av kjøtt, fisk og grønnsaker. For å se dette i forhold til informantene i delstudien med totalt 63 kvinner (tabell 1), som spiser gjennomsnittlig tre måltider per dag (tabell 2) er det sannsynlig å kunne trekke en sammenlikning utifra studiene (10,18) at flertallet av kvinnene i

delstudien kan ha hatt betydning for resultatet ved at det er mindre forskjeller mellom de to gruppene eldre.

Kognitivt friske

Pasientene i delstudien var ressurssterke kognitivt sett. De som ble ekskludert fra studien var de skjøre hoftebruddspasientene. Disse hadde enten en ustabil medisinsk årsak som blant annet kunne resultere i kort levetid eller de hadde kognitiv svikt og dermed ikke samtykkekompetente. Kartleggingsdatabasen fra samme sykehus viste at 29 % av hoftebruddspasientene kom fra fast plass på sykehjem i den samme tidsperioden som delstudien ble utført. Denne pasientgruppen kunne også vært interessant å ha med for å få det hele og fulle bildet av hoftebruddspasientene. Ranhoff (3) har beskrevet tre grupper hoftebruddspasienter, de som faller ute (de sprekeste), inne og de fra fast plass på sykehjem. Informantene i delstudien er mest lik den gruppen som faller ute (3). Det kan være en svakhet i delstudien at de eldste og sykeste eldre med hoftebrudd ikke er inkludert i studien.

Utvalgsstørrelse

Et større utvalg kunne muligens ha gitt andre svar. I forhold til kjønnsfordelingen vil det mest sannsynlig ikke utgjort noen forskjell med tanke på hva tidligere hoftebruddsstudier har funnet med tanke på kjønnsfordeling (3). Det som kunne ha gjort endringer på resultatene er hvis alle sykehjemspasientene også hadde blitt inkludert. Ved å utelate eldre som har fast plass på sykehjem er ikke min delstudie representativ for det som er den typiske hoftebruddspasient i følge kartleggingsdatabasen ved sammen sykehus avdeling. Allikevel er delstudien representativ for utvalget, da den omfatter eldre fra flere ulike samfunnslag i denne byen på Østlandet (3). En utvalgsstørrelse på 81 pasienter er i følge Johannesen stor nok til å kunne beskrive et utvalg (19).

Konklusjon

Studien viser at det er små forskjeller blant de hjemmeboende og sprekeste eldre over 65 år når det gjelder måltidshyppighet, variasjon i matvarer og kosttilskudd uavhengig av om de bor alene eller sammen med noen. Utvalget i denne delstudien er ikke representativ for den typiske hoftebruddspasienten som behandles ved samme sykehusavdeling. Utvalget er yngre og sprekere i forhold til at de har en lavere ASA score i tillegg til at de skrøpeligste eldre var ekskludert i delstudien. Delstudien fant ikke dårligere ernæringsstatus hos de som bodde alene. Fremtidige studier bør fokusere på matvaner og måltidshyppighet og kosttilskudd hos hjemmeboende eldre ettersom dette kan bidra til å kunne forebygge hoftebrudd og beinbrudd generelt.

Referanser:

1. **World Health Organization (WHO).** Keep fit for life: meeting the nutritional needs of older persons. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2002.
2. **Lofthus, CM, Osnes EK. et.al.** Epidemiology of hip fractures in Oslo, Norway. *Bone*; 29:413-8, 2001.
3. **Ranhoff, AH, Holvik, K, Martinsen, MI et. al.** Older hip fracture patients: three groups with different needs. *BMC Geriatr*; 10:65, 2010.
4. **Dawson-Hughes.** Serum 25-hydroxyvitamin D and functional outcomes in the elderly. *Am J Clin Nutr*; 88 (suppl), s.37S-540, 2008.
5. **Helsedirektoratet.** Kostholdshåndboken- veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
6. **Grini, IS, Bugge, AB, Granli BS et. al.** Mat og måltider for aktive eldre – en studie av aktive eldres preferanser, prioriteringer og praksiser. Nofima Rapport 24/2013 og SIFO Rapport 11/2013:S 1-144.
7. **Bugge, A, & Døving, R.** Det norske måltidsmønsteret – Ideal og praksis. Oslo: Statens institutt for forbrukerforskning (SIFO), 2000.
8. **Bugge, A.** Å spise middag: en matsosiologisk analyse. Trondheim: Tapir akademisk forlag, 2006.
9. **Koehler, J.Leonhaueser,** I.U. Changes in food preferences during aging, *Annals of Nutrition & Metabolism*, 52, s. 15-19, 2008.
10. **Edfors, E.,Westergren, A.** Home-Living Elderly People`s Views on Food and Meals. *Journal of Aging Research* Vol.2012.
11. **Vesnaver, E. & Keller, H.H.** Social influences and eating behavior in later life: a Review, *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 30 (1), s. 2-23, 2011.
12. **Popper, R. & Kroll, B.J.** Food preference and consumption among the elderly. *Food Technology*, 57 (1), 32-40, 2003.

- 13. Markhus, MW, Graff, IE, Dahl, L. et. al.** Establishment of a seafood index to assess the seafood consumption in pregnant woman. Bergen: NIFES (National institutt for sjømatforskning) Food & Nutrition Research 2013. 57:1927. Creative Commons Attribution-Noncommercial 3.0 Unported Licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>)
- 14. ASA Physical Classification System** (http://my.clevelandclinic.org/services/anesthesia/hic_asa_physical_classification_system.aspx). (hentet ut: 01.05.2014).
- 15. Helsedirektoratet.** Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, 2009.
- 16. McKenzie et.al;** More Than Just not Being Alone: The Number, Nature, and Complementarity of Meal-Time Social Interactions Influence Food Intake in Hospitalized Elderly Patients; *The Gerontologist*, vol. 5, 2008.
- 17. Mahler, M. et.al.** Appetite and falls: Old age and lived experiences, Creative commons attribution-non-commercial, 2012.
- 18. Huges, G.** Old and alone: barriers to healthy eating in older men living on their own. *Appetite* des; 43(3):269-76, 2004.
- 19. Johannesen, A.** Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 4.reviderte utg. Oslo: Abstrakt forlag, 2011.

Tabell 1.

	<i>Pasienter som bor alene (n=44)</i>	<i>Pasienter som bor med noen (n=37)</i>	<i>P-verdi</i>
<i>Kjønn:</i>			
<i>Kvinner (%)</i>	<i>37 (84 %)</i>	<i>26 (70 %)</i>	<i>0,18</i>
<i>Menn (%)</i>	<i>7 (16 %)</i>	<i>11 (30 %)</i>	
<i>Alder:</i>			<i>0,07</i>
<i>Gjennomsnitt</i>	<i>79,4(SD=8,6)</i>	<i>76,0(SD= 7,7)</i>	
<i>KMI: gjennomsnitt (n=78)</i>	<i>23,6 (SD =3,5)</i>	<i>24,0 (SD=4,2)</i>	<i>0,6</i>
<i>ASA 1-2</i>	<i>29 (66 %)</i>	<i>26 (70 %)</i>	<i>0,8</i>
<i>ASA 3</i>	<i>14 (32 %)</i>	<i>11(30 %)</i>	

Ingen av gruppene hadde ASA 4

Tabell 2.

	Pasienter som bor alene(n=44)	Pasienter som bor med noen (n=37)	P-verdi
Hyppighet frokost daglig	42 (96 %)	33(89 %)	0,65
Hyppighet formiddagsmat daglig	23(52 %)	20(54 %)	1,0
Hyppighet middag daglig	43 (98 %)	33 (89 %)	0,092
Hyppighet kaffemåltid daglig	12 (27 %)	9 (24 %)	0,563
Hyppighet kveldsmat daglig	14 (32 %)	7 (19 %)	0,441
Hyppighet middag med kjøtt daglig (3 kategorier kjøtt)	9 (20 %)	12 (32 %)	0,389
Hyppighet middag med fisk daglig (3 kategorier fisk)	8 (22 %)	10 (23 %)	0,680
Hvor mange spiste 3 måltider per dag	10 (28 %)	12 (32 %)	0,802
Hyppighet kalsium og vitamin D daglig	12 (27 %)	7 (19 %)	0,286


3. Hvor ofte spiste du følgende pålegg de siste tre månedene før bruddet? (ett kryss per linje)

	Aldri	Sjeldnere enn 1 gang/måned	1-3 ganger/måned	1-3 ganger/uke	4-6 ganger/uke	7 eller flere ganger/uke
Kjøtt fra svin, lam eller okse som pålegg (f eks fårepølse, sylte, ribberull, kokt skinke, roast beef)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøtt fra fjærkre som pålegg (f eks røkt kalkun, kyllingpålegg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjømat som pålegg (makrell i tomat, røkelaks, reker eller liknende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hvor ofte brukte du melkeprodukter (melk, ost, prim, fløte, rømme, yoghurt) de tre siste månedene før bruddet? (ett kryss)

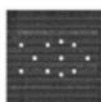
	Aldri/sjelden	1 gang/dag	2-3 ganger/dag	4-6 ganger/dag	7-9 ganger/dag	10 eller flere ganger/dag
Spiste/drakk melkeprodukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hvor ofte spiste du frukt og grønnsaker de tre siste månedene før bruddet? (ett kryss per linje)

	Sjeldnere enn 1 gang/uke	1-3 ganger/uke	4-6 ganger/uke	1 gang hver dag	2-3 ganger/dag	4 eller flere ganger/dag
Frukt/smoothies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Spiste du egg de siste tre månedene før bruddet? (ett kryss)

	Aldri/sjelden	1 gang/uke	2-3 ganger/uke	4-6 ganger/uke	7 eller flere ganger/uke
Spiste egg (stekt, kokt, omelett, eggerøre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



7. Når det fantes vitamin D berikete varianter av de ulike meieriproduktene (for eksempel melk, yoghurt, ost), hvor ofte valgte du da disse de tre siste månedene før bruddet? (ett kryss)

Aldri	Sjelden	Noen ganger	Som oftest	Alltid	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Hvor mye væske (kaffe, te, melk, juice, vann, saft, brus eller liknende) drakk du hver dag før bruddet? (En kopp er det samme som 1,5 dl) (ett kryss)

Mindre enn 3 kopper/dag	3-5 kopper/dag	6-8 kopper/dag	9-11 kopper/dag	12 eller flere kopper/dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Brukte du kosttilskudd før bruddet? (ett kryss per linje)

	Aldri/sjeldnere enn hver uke	1-2 ganger/uke	3-4 ganger/uke	5-7 ganger/uke
Tran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omega-3 tilskudd (annet enn tran)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multivitamin og mineral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B- vitaminer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalsium og vitamin D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet kosttilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Kryss av for feltene under som gjelder for deg før bruddet (mulig å krysse av på alle alternativene)

- Er vegetarianer
 Spiser ikke melprodukter
 Spiser ikke melkeprodukter
 Har diabetes (sukkersyke)
 Har matvareallergi/intoleranse

TAKK FOR INNSATSEN!

Forfatterveiledning:

Artikkel med vedlegg og følgebrev sendes i e-post til redaktør vat@hin.no

Om Geriatrisk sykepleie

Tidsskriftet Geriatrisk sykepleie er et vitenskapelig og faglig tidsskrift som blir utgitt tre ganger i året. Vi ønsker å formidle sykepleieforskning i Norge. Geriatrisk sykepleie har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt. Vi vil også bidra til at sykepleiere leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis. I hvert tidsskrift er det to vitenskapelige og en fagartikkel foruten kronikker, omtaler og fortellinger fra praksis.

Geriatrisk sykepleie har et opplag på 1600 eksemplarer som er indeksert på Nivå 1.

Forskningsartiklene vi publiserer er tilgjengelig for alle på vår hjemmeside som ligger inn under sykepleien.no og faggruppen Geriatri og demens. Vi inviterer en fagfelle til å referee bedømme originalartiklene. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift.

Generelt

Artikkelmanuskript skrives på norsk og alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets dox-form.

All tekst skrives med Times New Roman-teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Sidetallene plasseres øverst på høyre side

Forfatterveiledning fortsetter:

Sidenummerering begynner fra tekstsider (inkluderer ikke overskriftssider eller sammendrag på norsk eller engelsk).

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider etter referanselisten.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all korrektur.

Antall ord er maksimalt 3000 for vitenskapelige artikler (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser). For mindre artikler som kronikker og fortellinger fra praksis max 1500 ord.

INNHold I MANUSKRIPtET SOM SENDES INN:

Vitenskapelige artikler og fagartikler struktureres etter IMRAD prinsippet, som betyr introduksjon, metode, resultat og diskusjon.

Forfatterveiledning fortsetter:**1. Tittelside:**

Over- og underskriftene (tittel) for artikkelmanuskript fremstilles.

Forfatterens(forfatternes) for- og etternavn.

Kort presentasjon av forfatterens (forfatternes) utdannings- og profesjonsbakgrunn.

Forfatterens (forfatternes) stilling og arbeidssted.

Forfatterens (forfatternes) elektronisk postadresse.

Forfatterens (forfatternes) telefonnummer.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn med ordmellomrom (ikke medregnet tittel, undertittel og ingress).

Antall ord både i sammendrag og i hovedtekst.

Antall figurer og tabeller.

Det bør tydelig presiseres en elektronisk postadresse for en person som kan kontaktes av lesere.

Bilde av forfattere i.jpeg format sendes inn når artikkelen er godkjent av redaktør.

Forfatterveiledning fortsetter:**2. Sammendrag**

Artikkelmanuskriptets overskrift (tittel) fremstilles øverst på siden.

Sammendrag skal skrives på norsk.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet. Det skal dekke studiens bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Maksimalt 200 ord.

3–5 nøkkelord

Engelsk sammendrag (abstract)

Artikkelmanuskriptets overskrift (tittel) fremstilles øverst på siden.

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Maksimalt 200 ord.

3–5 engelske nøkkelord (key words) fremstilles for indeksering nederst på siden etter teksten.

Tekstsider

Sidetallene plasseres øverst på høyre side. Tekstsider begynner fra side 1 (ett) med artikkelmanuskriptets overskrift (tittel).

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstrebes og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Forfatterveiledning fortsetter:

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har [aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging](#):

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

[Introduksjon](#) til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

Hensikt med studien og problemstilling(er).

[Metodedel](#) (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

[Resultater](#). Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Vi anbefaler at forfattere som bruker [kvantitativ metode](#) får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

[Diskusjon](#) (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

[Konklusjon](#) Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Forfatterveiledning fortsetter:

Figurer og tabeller

Sendes på eget ark, en side per figur eller tabell. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning i forbindelse med redaksjonell trykkingsarbeid.

Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Alle forfatternavn skal foranstilles og ha fet skrift. For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang og ikke utgave oppgis. Antall forfattere på referanse liste er fem + mfl. Dersom forfatterne skal nevnes i teksten er det tre + mfl.

Innsending av manuskript

Artikkelen sendes som e-post *i ett dokument*. Følgerev til redaktør og erklæring om interessekonflikter sendes som separate vedlegg til e-postadresse vat@hin.no

Følgerev til redaktør

Følgerevet kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering.

I tillegg må forfatterne oppgi:

Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Bruk mellom 180 og 190 tegn inkludert mellomrom.

Forslag på to aktuelle habile fagfeller (navn og kontaktinformasjon).

Forfatterveiledning fortsetter:

Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering.

Geriatrisk sykepleie bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for sykepleiere?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt.

Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfelle for vurdering. Det kan også være aktuelt at tidsskriftets redaksjonskomité vurderer tilsendt artikkelmanuskript. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle krav for å bli vurdert. Det vil si at vi returnerer artikkelmanuskripter selv om de har interessante og relevante emner/tematikk, dersom de ikke overholder våre krav til kvalitet og struktur.

Redaksjonen forutsetter at forfatterne ikke aktivt går ut i andre medier før eventuell publisering hos Geriatrisk sykepleie. Dette gjelder ikke fremlegg på konferanser med trykking av sammendrag.

Forfatterveiledning fortsetter:

Krav til medforfatterskap

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis.

Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

2.0 Refleksjonsoppgave

2.1 Introduksjon

Studien som denne refleksjonsoppgaven bygger på er en del av en større studie om muskelsvinn (sarkopeni), benskjørhet (osteoporose) og ernæring hos hoftebruddspasienter. Spørreskjemaet «Sarkopeni og osteoporose – kostholdsskjema for hoftebruddspasienter» ble laget/utviklet som en del av hovedstudien for datainnsamlingen til en doktorgradsavhandling. Min rolle i prosjektet gikk ut på å inkludere pasientene fra et av de tre sykehusene som var med i hovedstudien. Jeg gav informasjon om hovedstudiens mål og hensikt, og innhentet skriftlig samtykkeerklæring fra informantene. I tillegg til dette fylte jeg ut spørreskjemaet om kosthold i samråd med pasientene med hoftebrudd, eller jeg delte ut spørreskjemaet om kosthold til de pasientene som fylte ut spørreskjemaet selv. Etterarbeidet med dataene fra spørreskjemaet om kosthold som innebærer å lage en kodebok, registrere data og analysere data i SPSS fra et av de tre sykehusene inkludert i hovedstudien var også min oppgave for å samle data til min delstudie.

Det er spørreskjemaet «Sarkopeni og osteoporose – kostholdsskjema for hoftebruddspasienter» som skal beskrives og vurderes i denne refleksjonsoppgaven. Det var allerede forhåndsbestemte rammer for valg av metode og type spørreskjema som skulle benyttes og dette var ikke mulig å endre på. Dataene ble samlet inn på to ulike metoder, som et strukturert intervju og ved selvrapporing fra informanten.

Følgende spørsmål danner utgangspunkt for refleksjonsoppgaven:

1. Hvordan kan utforming og bruk av spørreskjemaet ha påvirket resultatene i delstudien?
2. Hvordan kan intervjuer ha påvirket informanten under det strukturerte intervjuet?

2.2 Presentasjon av studien

De tre sykepleierne som utførte det strukturerte intervjuet med informantene hadde enten en masterutdanning eller var i et masterutdanningsforløp. I tillegg hadde de erfaring med pasientgruppen eldre gjennom sin egen arbeidsplass. To av sykepleierne var ikke de som hadde det daglige stellet med pasientene, en av sykepleierne hadde pleieansvar for noen av de inkluderte informantene. De var alle opptatte av det etisk rundt det å finne et passende tidspunkt for å ha intervjuet. Selve intervjuet foregikk inne på pasientens rom og pasienten lå ofte i sengen. Det måtte tross alt utføres relativt raskt etter hoftebruddsoperasjonen på grunn av den korte liggetiden på avdelingen med hensyn til Samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2009. Denne delstudien (min studie) har kun data fra et av de tre sykehusene som var inkludert i hovedstudien.

3.0 Kvaliteter ved et godt spørreskjema

Det er flere måter å beskrive kvalitetene ved et godt spørreskjema. I denne refleksjonsoppgaven vil jeg benytte Foddys (1) beskrivelse av TAP-Paradigmet som struktur for å kunne beskrive hvilke kvaliteter et godt spørreskjema bør ha. Jeg begynner med å forklare TAP-Paradigmet og reflektere over hvordan dette fungerte i spørreskjemaet i denne delstudien.

3.1 TAP- Paradigmet

Foddy (1) beskriver at et godt spørreskjema bør inneholde tre elementer i spørsmålene noe han kaller TAP-paradigmet. Her velger jeg å oversette TAP. T: står for topic (tema), A: står for applicability (anvendbarhet) og P: står for perspective (perspektiv). Han skriver videre at alle disse tre elementene bør være tilstede for å kunne ha en god ramme for spørsmålene (1).

3.1.1 Temaet (topic)

Foddy (1) skriver at respondenten må forstå hva det spørres etter. I delstudien blir temaet for studien presentert allerede på første side av spørreskjemaet. Det ble i tillegg gitt muntlig informasjon om selve spørreskjemaet. Informantene kan lese utifra spørreskjemaet at det handler om kostvaner for hoftebruddspasienter. Alle de inkluderte spørsmålene i delstudien handler om enten måltidshyppighet, ulik type mat eller kosttilskudd. Haraldsen skriver at to viktige elementer i en spørreskjemaundersøkelse er hvem vi skal spørre og hvordan spørsmålene stilles slik at vi får svar på det vi er ute etter (2). Et av spørsmålene skiller seg ut: «Hvor ofte spiste du følgende måltid (kaffemåltid) de siste tre månedene før bruddet?» «Hva er egentlig et kaffemåltid spør pasienten?» Tja, si det det. Er det et mellommåltid eller er det et måltid som kun består av kaffe? Dette var et spørsmål pasientene var litt usikre på og mange svarte aldri/sjelden på dette spørsmålet. Noen svarte at de spiste det daglig. Det kan være man burde ha brukt et annet navn for dette måltidet, for eksempel kunne man kalt det mellommåltid eller vurdert å fjerne det fra spørreskjemaet. Spørsmål som er utydelige eller kan misforstås kan føre til en målefeil i resultatet (2). Av nysgjerrighet søkte jeg «hva er et kaffemåltid?» på internett. Det som kom opp var blant annet dette: mente du å skrive fiskemåltid? Det sto også kaffemat og forslag til hva som kan serveres til kaffen i form av kaker, kjeks eller frukt. Spørreskjemaet som er utviklet av Nasjonalt institutt for ernæring – og sjømatforskning (3) holder til på Vestlandet og kanskje er kaffemåltid et mer vanlig og

forståelig uttrykk der? Spørsmålsutformingen kan ha ført til et svar som ble mer gjetting eller en antakelse. Intervjuer kunne ha gjort en innsats ved å etterspørre og finne ut hva et kaffemåltid var i forkant av intervjuene. Den beste måten å unngå slike feil er ved å ha gode spørsmål i spørreskjemaet (2).

3.1.2 Anvendbarhet (applicability)

Spørsmålene må klargjøre hvilke kunnskaper, erfaringer og holdninger respondenten skal bygge svaret sitt på. Spørsmålet bør være slik at flest mulig har noe å bidra med eller føler at de kan bidra med (1). Det er vanlig at spørreskjema blir delt ut til informanten mens de er på avdelingen når det er spørreundersøkelser på sykehus (4). Spørreskjemaet i delstudien var på tre A4 sider i papirformat og det var enkelt å ta med til informantene. Et spørreskjema bør tilpasses målgruppen som skal besvare spørsmålene. Liten skrift kan gjøre det vanskelig for leseren, svarene kan bli misforstått hvis man ikke klarer å lese spørsmålene og svaralternativene (2,5). Mange eldre får redusert syn som en del av aldringsprosessen (6). Skriften i spørreskjemaet i delstudien er Helvetia og skriftstørrelsen var omtrent like stor som skriften i denne refleksjonsoppgaven. Spørreskjemaet kunne med fordel hatt større skrift. Det ville gjort skjemaet mer lesbart for de eldre. Med hensyn til skriftstørrelsen var det en fordel at sykepleier hjalp pasienten å fylle ut skjemaet. Johannessen skriver at et spørreskjema bør se innbydende og profesjonelt ut (5). Spørreskjemaet i denne delstudien var i fargene grå og hvit, det var altså ikke spesielt gode kontrastfarger eller innbydende. I ettertid har det vist seg at skjemaet var i fargene mørkeblå og hvit. På sykehuset var originalen kopiert opp, mulig fordi det var kostnadsbesparende ved ikke å ta 100 kopier på fargeprinter. Likevel kan det tenkes at det kunne ha bidratt til at selve lay out og førsteinntrykk av skjemaet hadde blitt mer profesjonelt mottatt slik Johannessen anbefaler (5).

Et spørreskjema bør ha så enkle og konkrete spørsmål som mulig slik at informanten ikke behøver å bruke for mye energi til å finne hvilket svar de mener er riktig for dem (2). Hvordan man presenter spørreskjemaet og selv undersøkelsen er også en kunst. En presentasjon av spørreskjemaet på en fin og forklarende måte kan føre til at flere av informantene gir gode svar (2). I spørreskjemaet står det at informanten skal gi et svar ut ifra hva de spiste tre måneder før bruddet. I delstudien var det noen av informantene som sa at de ikke husket nøyaktig hva de spiste for tre måneder siden, men de fortalte istedenfor hva de pleide å spise. Ofte begynte den eldre å fortelle om hva de ulike måltidene bestod av. Da vi kom til

spørsmålet om ulike typer mat så var det flere som synes det var vanskelig å krysse av for type kjøtt de spiste ettersom det stod en opprøpsing av flere typer kjøtt. Noen sa at jeg spiser aldri svinekjøtt, men jeg spiser oksekjøtt. Så hva skal man krysse av for da når det kun skal være et kryss per linje? Denne utformingen av spørsmålet kan føre til at informanten enten vektlegger det at de ikke spiser svinekjøtt og krysser av for aldri/sjelden eller velger et av de andre alternativene for kjøtt under samme kategori. Dette spørsmålet kan føre til at det blir en målefeil i resultatet (2). To av spørsmålene som var om type fisk var mer forklarende; der sto det eksempler på type fisk i parentes, fet og mager fisk i skjemaet. Informanten og intervjuer snakket sammen under avkrysningen av spørreskjemaet. Ved kompliserte spørsmål eller temaer er det vanlig å ha en dialog mellom informanten og intervjuer slik at uklarheter kan bli forklart (2). Det ble ofte en dialog mellom intervjuer og informant i delstudien.

Det er ingen fasit på hvor mange spørsmål det bør eller kan være i et spørreskjema. Men Haraldsen anbefaler at man ikke bør ha for mange spørsmål slik at man ikke ødelegger motivasjonen for de som skal besvare spørsmålene. Ulempene med for mange spørsmål er at det vil være en fare for lav svarprosent og man risikerer at kun de ivrigste orker å fylle det ut. Derfor kan man med fordel tilstrebe å ha et spørreskjema med færrest mulig spørsmål, men nok til at respondenten ser en nytte av det (2). I denne delstudien var det 18 spørsmål som besto av tre hovedspørsmål med underspørsmål. Det er mer enn nok spørsmål vil jeg si, ettersom flere av spørsmålene hadde mye tekst. For min delstudie som tok for seg 18 av de totalt 28 spørsmålene var arbeidet med analysen mer enn nok å håndtere. Haraldsen (2) minner de som skal utføre studier om at man må ikke glemme at analysearbeidet kan bli større ved flere spørsmål. Spørreundersøkelser med flere enn 30 spørsmål kan komplisere analysearbeidet. Men i større undersøkelser til en målgruppe som er spesielt motivert, er det en mindre fare for at spørsmålene ikke blir besvart. Så i slike spørreundersøkelser kan man trygt ha et spørreskjema som er på flere sider (5). Haraldsen (2) mener at det er en maksimumsgrense på 12 sider med 100 spørsmål (2). Spørreskjemaet i denne studien holdt seg godt innenfor grensen med hensyn til antall sider ettersom det kun var over tre A 4 sider. Informanten hadde ingen kommentarer i forhold til antall spørsmål som ble stilt. De var stort sett ivrige til å fortelle om hva de pleide å spise og de mente absolutt at de hadde noe å bidra med.

3.1.3 Perspektiv (perspective)

Her dreier det seg om en klargjøring av hva slags type svar vi etterspør. Spørreskjemaet i delstudien hadde gjennomgående faste svaralternativer. Haraldsen (2) skriver at faste svaralternativer gjør det lettere for informanten å tolke hva det spørres etter enn når det er spørsmål hvor man skal skrive svar i fritekst (2). Svaralternativene i spørreskjemaet var gradert fra aldri/sjelden til 5-7 ganger /uke med noe ulik variasjon. Spørreskjemaet hadde på den måten en varierende struktur og man måtte ha full konsentrasjon og lese svaralternativene nøye. Haraldsen (2) skriver at man bør tilstrebe gode formuleringer på svaralternativene slik at man ikke behøver å tenke for mye når svaralternativet skal velges. En fempunktets svarskala er mest bruk i brukerundersøkelser. Gradering av spørsmålene kalles en Likert- skala (4).

Spørsmål med forhåndsoppgitte svaralternativer kan gjøre det lettere for respondenten som skal fylle ut skjemaet ettersom man da bare trenger å markere svaret med et kryss. Dette kan også lette etterarbeidet til forskeren som da kan registrere svaralternativet som en kode inn i dataprogrammet. En av ulempene ved spørreskjemaer med faste svaralternativer er at det ikke blir fanget opp noe annen informasjon enn det som er krysset av. For noen kan det føles vanskelig å vite hvilket svaralternativ de skal velge når det ikke kan skrives noe i fritekst (5). I delstudien var det en av informantene som kommenterte at hun bare spiste brød. Det var ingen spørsmål om brød i spørreskjemaet. En annen drakk Herbal-life produkter og spiste mest salat. Disse to fylte ut skjemaet så godt de kunne ettersom det ikke var avkrysningsbokser for disse alternativene. Vi valgte å notere denne maten informantene spiste direkte i spørreskjemaet og fortalte prosjektlederen at informantene etterspurte muligheten til å beskrive hva de spiste i fritekst. På et møte vi hadde i forbindelse med datainnsamlingen ble det sagt at det var helt i orden å notere kommentarer direkte på spørreskjemaet. Det er ikke alle studier hvor det passer til å bruke skjemaer med forhåndsbestemte svaralternativer ettersom man da kan miste nyttig informasjon fra respondenten (2). Bruk av spørreskjemaer passer best til kvantitativ forskning hvor forskeren kan bruke et statistikkprogram for å finne sammenhenger mellom svarene og respondenter som har svart på spørreskjemaet (5). I denne delstudien måtte dette spørreskjemaet brukes for å samle inn informasjon om kostholdet til hoftebruddspasientene, ettersom rammene for delstudien allerede var bestemt i hovedstudien.

Haraldsen (2) mener vi må være nøyaktig for ikke å gå i fellen ved å bruke urealistiske svaralternativer. Det er ikke i alle tilfeller ja/nei svar egner seg. Svaralternativene kan være for snevre eller for detaljerte. Et av spørsmålene i spørreskjemaet som nevnt tidligere var: «Hvor ofte spiste du kaffemåltid? Med svaralternativer: aldri/sjelden, 1-3 ganger/uke, 4-6 ganger/uke og daglig. Her er det en fallgrube hvis man tolker Haraldsens (2) utsagn slik jeg gjør. Det gjelder uttrykket kaffemåltid. Respondenten må vite hva det er og vet man ikke hva et kaffemåltid innebærer så må man gjette på et svaralternativ. Flere var usikker på hva det betydde og svarte av den grunn at de aldri eller sjelden spiste kaffemåltid. Man kunne vurdert å ha med et alternativ som het «vet ikke». Ved gradering av svaralternativer skriver Bradburn at det bør være et nøytralt midtalternativ, den kan gi svar på hvor mange som verken har en svak eller sterk mening om noe, men som forholder seg nøytrale til eller likegyldige til spørsmålet (7).

4.0 Datainnsamlingsmetoden

Bruk av spørreskjemaer er en metode som er godt egnet og hensiktsmessig i kvantitative studier (5). I denne delstudien var det en fordel å benytte spørreskjema for å kunne få samlet inn mest mulig informasjon fra informantene på kortest mulig tid. Dataene i delstudien ble samlet inn ved at sykepleier hadde et strukturert intervju med informantene, men noen av informantene fylte ut spørreskjemaet selv. Disse to ulike metodene for å samle inn data kan ha hatt betydning for svarene man har fått (8).

4.1 Utforming av spørsmål og svaralternativer

Spørreskjemaet som ble benyttet i denne delstudien hadde spørsmål med forhåndsoppgitte svaralternativer som kan ha vært med på å gjøre det enkelt for informanten å krysse av svaret, men som nevnt tidligere opplevde noen av informantene at det var vanskelig å velge riktig svaralternativ. Flere av spørsmålene i studien hadde ulike kategorier av kjøtt og fisketyper i samme spørsmål. Et eksempel på et slikt spørsmål var: Hvor ofte spiste du følgende matvarer til middag de siste tre månedene før bruddet? Videre måtte informanten krysse av om de spiste kjøtt av lam, okse, svin (biff, steik, koteletter, gryterett, frikasse, fårrikål) dette var en av tre spørsmål om ulike kategorier kjøtt. Johannessen (5) skriver at en av ulempene med forhåndsoppgitte svaralternativer er at den informasjon som ikke kan krysses av heller ikke blir fanget opp.

Johannessen (5) skriver at før man utvikler et nytt spørreskjema bør man ha tenkt nøye gjennom hvilke opplysninger som skal være med og hvordan man kan finne svar som kan analyseres for å kunne beskrive konkrete funn, altså operasjonalisere generelle fenomener (2).

Spørreskjemaet kan fylles ut av respondenten selv eller ved at en intervjuer er tilstede som leser opp spørsmålene og svaralternativene. Et strukturert intervju kan bidra til å skjerpe oppmerksomheten til respondenten til å dreie seg om intervjuet (2). Det er vanlig at det blir en dialog og uklare spørsmål kan bli oppklart undersamtalen mellom intervjuer og respondenten. Det er en fordel å benytte denne metoden hvis spørsmål og temaer er kompliserte (5).

For å sikre høy svarprosent bør man ha strukturert intervju istedenfor selvutfylling av spørreskjemaet. Dette ble gjort i denne studien og det kan virke som det hadde en god effekt. Det er på en annen side ressurskrevende i følge Kirkevold (4). Et tilsvarende spørreskjema, som det som ble benyttet i delstudien, har tidligere blitt brukt til å kartlegge sjømatinntak hos

gravide kvinner og middelaldrende (3,9). De skrev i sine studier (3,9) at de brukte ti minutter til utfylling av spørreskjemaet, men i denne studien erfarte vi at det tok minst 30 minutter eller opp mot en time å gjennomføre intervjuet. Sykepleier brukte med fordel tiden ettersom dette tydelig ble godt mottatt av pasienten som skulle besvare spørsmålene. Dette kan ha vært med på å øke svarprosenten (5). I arbeid eller pleie til eldre må man være tålmodige (6). Mange eldre er også glad for å ha noen å prate med, tap av sosialt nettverk gjør at mange er kontaktsøkende (6). Det å ha god tid til å gi informasjon om undersøkelsen på forhånd er også positivt (5).

4.2 Utprøving av spørreskjema/pilotstudie

Haraldsen (2) skriver at de to viktigste elementene i en spørreskjemaundersøkelse er hvem vi skal spørre og hvordan spørsmålene stilles slik at vi får svar på det vi er ute etter.

Spørreskjemaet som er benyttet til denne delstudien har en tittel som tydelig beskriver målgruppen, hoftebruddpasienter og spørsmålene er ute etter å finne svar på hva eldre spiser og hyppigheten av måltider. I denne delstudien var det ikke gjort en pilotstudie. For delstudien kan være uheldig med tanke på forståelsen av spørsmålene og utfallet av svarene som ble gitt. Det anbefales å utføre en pilotstudie, en type prestudie, hvor spørreskjemaet kunne ha blitt testet ut på en målgruppe som er lik den som skal besvare spørsmålene (2). Hvis man hadde gjort en pilotstudie med 5-10 hoftebruddspasienter så kunne spørsmålene ha blitt justert slik at de var mer tilpasset målgruppen eldre med hoftebrudd. Ut ifra responsen fra informantene under de strukturerte intervjuene er det flere spørsmål som ville ha blitt fjernet eller endret fordi de var for omfattende eller lite relevante til temaet. Kirkevold (4) og Haraldsen (2) skriver at man bør bruke eksisterende validerte spørreskjemaer, men i denne delstudien burde man ha å ha brukt tid på å gjennomføre en pilotstudie både med tanke på målgruppen eldre, nyopererte hoftebruddspasienter som skulle besvare spørsmålene. Da ville man ha funnet ut om spørsmålene som ble benyttet var relevante og om de ble forstått av målgruppen (2).

Når man velger å bruke et validert spørreskjema som egentlig er beregnet på en annen pasientgruppe så anbefales det å utføre intervju på målgruppen det skal brukes på for å se om det kan fungere. Først kan brukerne besvare spørreskjemaet selv, før det følges opp med et strukturert intervju for å se på om spørsmålene har blitt forstått og svaralternativer passer. Det

kan med fordel være en som er kjent med spørreskjemametodikk som kan teste ut skjemaet og gjøre analysene spørsmål og svaralternativer (2).

Eldre mennesker er en gruppe som ofte behøver god tid før de kan svare (6). Spørsmålene i delstudien var omfattende og man måtte bruke mye tid på å tenke før den eldre kom fram til det de mente var et riktig svaralternativ. Et spørreskjema bør ha så enkle og konkrete spørsmål som mulig slik at informanten ikke behøver å bruke for mye energi for å finne hvilket svar de mener er riktig for dem (2). Hvordan man presenterer spørreskjemaet og selve undersøkelsen er også en kunst (5).

Hvordan man introduserer en ny studie og tilhørende spørreskjema er også viktig (2). Hvis man presenter studien og spørreskjemaet på en fin og forklarende måte vil det mest sannsynlig føre til at flere av informantene gir gode svar. I motsetning til å være kort og gi lite rom for oppklaring rundt blant annet spørsmål og svaralternativer (2). Alle de tre sykepleierne presenterte studien på en fin og forklarende måte. De ønsket gjerne å lytte og svare på spørsmål i etterkant hvis det var noe informantene lurte på.

4.3 Validitet og reliabilitet

Det finnes mange ulike former for validitet, men den typen dette spørreskjemaet skal valideres ut ifra er begrepsvaliditet. Validiteten måler hvor godt spørsmålene gir svar på det vi ønsker å måle (5). For å kunne få en god måling på dette bør man gjøre en god jobb ved å finne de riktige spørsmålene (2). Hvis man intervjuer mennesker om et tema de ikke har greie på vil vi få en dårlig validitet (10). I denne studien dreide spørsmålene seg om et tema, kosthold, som informantene hadde kunnskap om. Begrepsvaliditet er om de empiriske dataene måler de teoretiske begrepene og variablene vi hadde tenkt å måle (8). Begrepsvaliditet i forhold til denne delstudien er for eksempel om vi fikk svar på måltidshyppigheten til de eldre. Det er ikke alle svarene man med sikkerhet kan si at spørreskjemaet fikk svar på det delstudien ønsket å måle. Når det gjelder enkelte av spørsmålene som for eksempel spørsmålet om kaffemåltid. Noen av informantene fortalte at de ikke viste hva et kaffemåltid var. Validiteten på dette spørsmålet kan man si er lav (8). Allikevel kunne nok validiteten på spørsmålene vært høyere hvis man hadde utført en pilotstudie med tanke på spørsmålenes innhold på en tilsvarende målgruppe (2).

Reliabilitet i forhold til spørreskjemaet vil her bli beskrevet som en test-re-test-reliabilitet. Reliabilitet dreier seg om hvor tydelige spørsmålene og svaralternativene er. Det måler også hvor pålitelige svar vi får fra informantene (2). Ville for eksempel samme person respondert likt på spørsmålet om hvor ofte de spiser frokost fire uker senere, så kan man si at reliabiliteten er høy (8). Eller hvis en annen forsker skulle stille de samme spørsmålene ved en senere anledning og fått de samme svarene, kan man også si at reliabiliteten er høy (8). Det er vanlig å utføre en test-re-test for å teste reliabilitet. En slik test kunne angitt om svarene i spørreskjemaet ville vært de samme hvis det ble gjort en lik spørreundersøkelse på samme måte på en lik målgruppe. Hvis svarene hadde vært like ved annen gangstesting kan man si at målingene er stabile. I motsetning ville resultater med flere ulike svar si at målingene er ustabile (2).

I denne delstudien var det ikke mulig å få sjekket om svarene informantene gav var de riktige. Det kan for eksempel være vanskelig å undersøke om det stemmer at de spiser to eller tre måltider per dag spesielt hvis den eldre bodde alene. Det man kunne ha gjort var å teste reliabiliteten ved å stille det samme spørsmålet fire uker senere. Hadde informantene svart det samme etter fire uker så får man testet ut om målingen er stabil (8).

En måte spørreskjemaet kunne ha blitt testet både for validitet og reliabilitet hadde vært gjennom å utføre en pilotstudie på en lik målgruppe med tanke på forståelsen av spørsmålene og svaralternativene. Dette ville vært med på å gi spørreskjemaet høy validitet og reliabilitet (2).

5.0 Hvordan kan intervjuer ha påvirket informanten under det strukturerte intervjuet?

Som beskrevet tidligere i refleksjonsoppgaven ble dataene samlet inn på to måter. Jeg ønsker å ha med en definisjon på hva et strukturert intervju er:

«I strukturerte intervjuer er det et fast oppsett hvor spørsmålene og rekkefølgen er fastsatt før intervjuet utføres. Det kan minne om et intervju basert på spørreskjemaer med forhåndsbestemte svar (5)».

Det var også noen pasienter som har selvrapportert hva de spiste 3 måneder tilbake i tid. Det står ikke registrert noe sted hvilke spørreskjemaer som er selvrapportert og hvilke svar som pasientene har fått hjelp til å fylle ut under oppholdet på sykehuset. Det vil ikke bli reflektert rundt de som har selvrapportert i denne oppgaven da disse ikke var en del av det strukturerte intervjuet.

Denne delen begynner med en beskrivelse av det strukturerte intervjuet og refleksjoner rundt hvordan intervjuer kan ha påvirket informanten under det strukturerte intervjuet.

5.1 Påvirkning under det strukturerte intervjuet

Johannessen (5) skriver at den innledende fasen i intervjuet er essensiell. Som intervjuer bør man presentere temaet og formålet med spørreundersøkelsen på en troverdig måte (2). I denne delstudien begynte alltid sykepleieren å presentere seg selv, videre fortelle om hensikten med studien og at de skulle stille spørsmål om kosthold. Hvor og hvordan intervjuet foretas har også betydning for svarene man får fra respondenten (5). Det strukturerte intervjuet i delstudien foregikk inne på informantens rom med en sykepleier til stede som utførte det strukturerte intervjuet. Dette kan ha medført at informanten ble påvirket til å svare det han eller hun trodde at sykepleieren ønsket å få til svar. Atmosfæren rundt intervjuet er viktig. Det bør være et sted hvor informanten kan slappe av og at verken intervjuer eller informant blir forstyrret (2).

5.2 Fire ulike intervju-effekter/prinsipper

Haraldsen (2) beskriver fire typer intervju-effekter: administrativ effekt, forventnings effekt, adferds effekt og uredelighets prinsipper. Jeg vil her fortelle om de ulike effektene og prinsippet og reflektere hvordan det var i forhold til delstudien.

5.2.2 Administrativ effekt

Administrative effekter dreier seg om hvordan den praktiske utførelsen av intervjuet foregikk. Dette kan blant annet dreie seg om spørsmålene ble lest i en bestemt rekkefølge og hvordan spørsmålene ble vist frem til respondenten. Enten om spørsmålene ble holdt skjult eller om informantene fikk se spørsmålene på arket (2). Det var tre sykepleiere som utførte de strukturerte intervjuene i delstudien. Allikevel ble de fleste intervjuene gjort av en person og fremgangsmåten er derfor relativt lik. Det kan være individuelle forskjeller i intervjusituasjonen når det gjelder måten intervjuene er utført på. Spørsmålene fra spørreskjemaet var like, men hvordan de tre intervjuerne har stilt spørsmål og registrert svarene kan være noe ulikt. Spørsmålene ble ikke bevisst holdt skjult for informanten, men det var som regel sykepleieren som hadde spørreskjemaet foran seg under det strukturerte intervjuet. Sykepleieren begynte med det første spørsmålet og fortsatte i nummerert rekkefølge til siste spørsmål.

5.2.3 Forventningseffekter

Den andre effekten er forventningseffekter, noen ganger kan intervjuer ha en forventning om hva informanten skal svare, men det kan også gjelde andre veien ved at informanten tror at intervjueren har noen forventninger til hva de bør svare. Det er en fare for at informanten kan pynte på svarene sine skriver Haraldsen (2). Dette er mest vanlig når intervjuer og informant er like eller svært ulike. Når de er like har intervjuer en forventning om hva de skal svare og hvis informanten er svært ulik intervjuer kan informanten føle seg ukomfortabel og dette kan medføre at informanten pynter på svaret sitt slik at det høres bedre ut (2). Intervjueren var yngre enn informanten, så det var ikke likhet i forhold til alder. Hvordan intervjuer blir oppfattet av informanten har også betydning for intervjusituasjonen (2). Profesjonen sykepleier kan for noen pasienter oppleves autoritær. Sykepleier kan oppfattes som «eksperten» og informanten «pasienten» kan oppleve en viss autoritet ved at det er eksperten som foretar intervjuet. En intervjuer som er uinteressert i informanten eller ekstremt

interessert kan føre til at informanten blir taus i intervjusituasjonen. I undersøkelser med flere intervjuere kan slike forhold gi utslag ved at enkelte intervjuere systematisk får andre type svar enn de andre intervjuerne (5). Det ser derimot ikke ut til at dette hadde noe betydning for denne studien. Årsaken til det kan være at alle de tre som intervjuet var sykepleiere med samme interessefelt og ønske om å utføre datainnsamlingen på mest mulig lik og systematisk måte (8).

Informantene virket ærlige, men det kan tenkes at de pyntet på noen av svarene fordi de ikke egentlig ville innrømme at de spiste mye mer av noe enn de ville oppgi i spørreskjemaet. De tre intervjuerne pratet litt sammen i etterkant av intervjuene og undret seg over at noen av svarene de fikk ikke virket helt riktig. For eksempel kunne vekten til informantene si noe om at hun/ han antakelig spiste mer og oftere enn det som ble oppgitt i spørreskjemaet.

5.2.4 Adferds effekter

Det tredje er adferds effekter, dette dreier seg om hvordan intervjuer stiller spørsmålene. Intervjuer skal ikke forstyrre informantene med utenomsnakk, ikke trekke konklusjoner før informantene har gitt et svar, eller påvirke informantene til å velge svaralternativer. Hvis man gjør dette skriver Haraldsen (2) at man har gjort et rollebytte. Da blir det isteden intervjuer som svarer for informantene og ikke informantene som får oppgitt sine svar (2). Direkte kontakt mellom intervjuer og respondent kan medføre en viss fare for at svarene blir påvirket av intervjuer (5). I delstudien ble det strukturerte intervjuet gjort enten ved at spørsmålene ble lest opp en etter en fra skjemaet og videre krysset sykepleieren fortløpende av i skjemaet. Andre ganger hadde sykepleieren en samtale med respondenten og hørte på hva de eldre fortalte at de pleier å spise. Sykepleieren krysset av under samtalen basert på hva intervjuer antok at informantene ville svart. Sykepleieren kom også noen ganger frem til svaret i fellesskap med respondenten. Da sa for eksempel sykepleieren at det høres ut som du spiser mager fisk 2-3 ganger per uke, skal jeg sette et kryss der? Så svarte enten informantene ja, det stemmer eller nei jeg tror det er sjeldnere, sett et kryss 1 gang per uke. Det kan også ha betydning for intervjuet om forskeren har erfaring med å utføre intervju, hvis man er usikker vil mest sannsynlig informantene merke dette og det kan oppfattes negativt for intervjusituasjonen. Hellevik (8) kaller dette intervju-effekt slik som Haraldsen (2) også har beskrevet det, og det kan være med å påvirke svarene man får. Alle sykepleierne har erfaring med å samtale med eldre pasienter og følte seg trygge, men erfaring med intervju var det ikke

alle sykepleierne som hadde. Dette kan ha hatt betydning for hvordan informantene opplevde det strukturerte intervjuet

Egentlig skulle pasientene blitt spurt 5 dager etter operasjon, men på grunn av kortere liggetid på sykehus måtte spørsmålene stilles 2-3 dager etter operasjon for å få inkludert nok pasienter til delstudien. Dette kan også ha påvirket utfallet av svarene i spørreskjemaet (5). En nyoperert pasient er ofte preget av smerter som igjen kan føre til at de blir mindre oppmerksomme (11). Man må ta det i betraktning at informantene var slitne og noen var preget av at de var nylig operert, sykepleieren hjalp disse pasientene til å resonnerer seg til hva de pleide å spise i løpet av en dag og noterte i spørreskjemaet ut ifra hva informantene fortalte.

5.2.5 Uredelighetsprinsipper

Den fjerde og siste effekten kaller Haraldsen (2) uredelighetsprinsipper, dette kan skje hvis intervjuer jukser med skjemaet og krysser av for andre svar enn det informanten oppgir. Det kan muligens være fristende for noen å jukse hvis de får betalt per intervju som blir utført. I større spørreundersøkelser tar de stikkprøver av informanter som skulle vært intervjuet for å sjekke at alt har gått riktig for seg (2). Ingen av intervjuerne i delstudien fikk noen form for betaling for å samle inn data og det er ikke noe som antyder at intervjuerne jukset med materialet.

5.3 Pårørendes påvirkning under det strukturerte intervjuet

Under noen av intervjuene var det en pårørende til stede. Dette var enten ektefelle/samboer eller barna til informantene. De fortalte hva deres nærmeste pleide å spise. I et av intervjuene var det konen og ikke informanten som besvarte spørsmålene, men informanten synes det var greit. De hadde bodd sammen i mange år og det var kona som lagde maten, hun hadde full oversikt over hva de pleide å spise til alle måltider. I litteraturen (2,5) står det at det kan være forstyrrende for informanten når andre er tilstede i intervjusituasjonen. Men i dette tilfellet virket det som det var til hjelp for informanten og han virket mer trygg i situasjonen ved å ha sin kone tilstede, og hun hadde åpenbart god oversikt over hva de faktisk spise i sitt hushold.

6.0 Konklusjon

Spørreskjema er godt egnet metode i kvantitative studier. Men man bør bruke god tid på å utvikle et godt spørreskjema. Spørreskjemaet bør teste det ut på målgruppen det skal brukes til gjennom en pilotstudie. Når dette er gjort så bør spørsmål og svaralternativer redigeres slik at de er mest mulig tilpasset gruppen som skal besvare spørreskjemaet. Et spørreskjema bør ikke ha for mange spørsmål, få spørsmål kan øke svarprosenten. Spørreskjema som fylles ut ved strukturert intervju kan gi også høyere svarprosent. Det vil dessverre alltid være en viss fare for at intervjuer kan påvirke informanten i intervjusituasjoner. Det må tas i betraktning når svarene skal analyseres. Foruten dette er det mange faktorer som kan ha betydning for datainnsamlingen. Klær, yrke og kjønn kan skape nærhet eller avstand i en intervjusituasjon. Vær nysgjerrig, undrende og legg fra deg dine antakelser. En god refleksjon rundt alt som kan påvirke informanten er verdt å tenke nøye over før man utvikler et spørreskjema og gjennomfører strukturerte intervjuer.

7.0 Referanser:

1. **Foddy, W.** Constructing questions for interviews and questionnaires: theory and practice in social research. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
2. **Haraldsen, G.** Spørreskjemametodikk: etter kokebokmetoden/elektronisk ressurs. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.
3. **Markhus, MW, Graff, IE, Dahl, L. et. al.** Establishment of a seafood index to assess the seafood consumption in pregnant woman. Bergen: NIFES (National institutt for sjømatforskning) Food & Nutrition Research 2013. 57:1927. Creative Commons Attribution-Noncommercial 3.0 Unported Licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>)
4. **Kirkevold, Ø.** Praktiske tips ved spørreundersøkelser. Sykepleien Forsking.04/13 s.380-382, 2014.
5. **Johannessen, A.** Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.4.reviderte utgave Oslo: Abstrakt forlag, 2011.
6. **Kirkevold, M, Brodtkorb, K & Ranhoff, AH. m.fl.** Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten Oslo: Gyldendal Akademisk forlag, 2008.
7. **Bradburn, M m.fl.** Asking Questions – The Definitive Guide to Question Design. Revised Edition ed. San Francisco, CA. USA: Jossey-Bass, 2004.
8. **Hellevik, O.** Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. Oslo, Universitetsforlaget, 2002.
9. **Dahl, L. et al.** A short food frequency questionnaire to assess intake of seafood and n-3 supplements: validation with biomarkers. Nutrition Journal 2011, 10:127
10. **Malterud, K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.
11. **Hommel, A & Bååth, C.** Ortopedisk vård och rehabilitering. Kap 5. Pasientens perioperative vård – med fokus på den intraoperative vården, 2013 s.75-91.