

# Pleier-pasient-interaksjonens betydning for klare sykehjemspasienters psykiske



## Introduksjon

Menneskets levealder er økende. I de neste 30 årene vil antallet personer 65 år og eldre i verden nesten fordobles til 1.3 milliarder; eldre over 80 år utgjør den andel som øker mest. I 2050 forventes at 31 % av verdens befolkning vil være over 80 år, en økning fra 18 % i 1980. Dette skiftet mot en økende eldrebefolkning har ført til at alderdommen deles i den 3. (65-80 år) og den 4. alder (over 80 år) (1). Den 3. alder omtales som «de unge gamle», mens den 4. alder benevnes «de gamle gamle». Disse to livsfasene er forskjellig med tanke på utvikling, tap og helse; den 4. alder utgjør en fase med særlig opphopning av fysisk sykdom, funksjonstap og død. For mange fører dette til behov for omsorg og behandling i sykehjem.

Pasienter som bor i langtidsavdelinger i norske sykehjem preges generelt av høy alder, nedsatt fysisk funksjonsevne og høy dødelighet. Gjennomsnittsalder i norske sykehjem er 85 år, årlig mortalitet er 35% og omtrent 10 % lever fem år eller lengre. Gjennomsnittlig levetid er to - tre år (2). Sykehjemspopulasjonen kjennetegnes ved høy forekomst av kronisk sykdom, funksjonstap og mange samtidige diagnoser som krever ulike typer behandling og omsorg. Demens (40-48%), hjerneslag (15-19%), kronisk hjertesykdom (5-6%), lårhalsbrudd (3-4%) og artritt (3%) er beskrevet som de hyppigst fore-

kommende diagnosene i norske sykehjem (3). Videre rapporteres at ni av ti trenger hjelp til personlig hygiene og er ikke i stand til å gå i en trapp, tre av fire er ikke i stand til å spise selv, alle trenger hjelp på toalettet, og to av tre leser aldri en avis (2). Dermed er et av hovedmålene i sykehjem å hjelpe pasientene med dagliglivets aktiviteter (ADL) som å kle seg, spise, vaske og stelle seg.

Depresjon er et av de mest hyppigst forekommende helseproblemer i dagens Europa (4). Ifølge Verdens helseorganisasjon vil depresjon være verdens mest utbredte sykdom i 2020 (5). Høy forekomst av depresjon beskrives i populasjoner av eldre mennesker, særlig blant eldre i sykehjem (6-8). Mye håpløshet, hjelpeløshet og depresjon rapporteres blant sykehjemspasienter (9, 10). Videre beskrives en prevalens-rate på 36-49% for depressive symptomer i sykehjem; depresjon forekommer 3-4 ganger oftere enn hos hjemmeboende jevnaldrende (11). Forskning viser et lineært forhold mellom depresjon og alder som forklares ved funksjonstap, diagnose og somatiske symptomer (12). De sterkeste forklaringsfaktorene for depresjon blant pasienter i sykehjem er kronisk sykdom og funksjonstap (13, 14). Kvinner ser ut til å ha dobbelt så stor risiko for å utvikle depresjon som menn (15), og eldre som mangler sosial og emosjonell støtte er mest utsatt (16).

Inadekvat smerte- og symptomlindring og

Gørill Haugan, PhD, sykepleier, 1.amanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for sykepleierutdanning – Senter for Helsefremmende Forskning

# ning helse

**GODT FORHOLD:** Relasjonen mellom sykepleier og pasienten kan påvirke pasientens psykiske helse på en god måte, og forebygge eller lindre depresjon. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

## Sammendrag

Pleier-pasient-interaksjonens betydning for klare sykehjemspasienters psykiske helse.

**Bakgrunn:** Høy forekomst av depresjon beskrives i populasjoner av eldre mennesker, og særlig blant eldre i sykehjem. Mening og self-transcendence er sentrale aspekt ved menneskets åndelig-mentale dimensjon og har vist signifikant sammenheng med alle dimensjoner av velvære (fysisk, sosialt, emosjonelt, spirituelt og funksjonelt) hos klare langtidspasienter i sykehjem.

**Hensikt:** Studiens hensikt var å undersøke sammenhengene mellom pleier-pasient-interaksjonen, depresjon, intra-personlig self-transcendence og mening i en populasjon av klare langtidspasienter i sykehjem.

**Metode:** Tverrsnittsdata ble samlet inn i 2008/2009 fra 202 klare langtidspasienter i 44 ulike sykehjem i Midt-Norge. Fundert i teori og tidligere forskning ble fem hypoteser formulert og testet ved hjelp av en strukturligningsmodell (SEM-analyse).

**Resultat:** SEM-modellen demonstrerte god tilpasning til de observerte data:  $\chi^2=193.93$ ,  $p=0.29$ ,  $df=184$ ,  $RMSEA=0.017$ ,  $p$ -verdi for «close fit»=1.00,  $SRMR=0.064$ ,  $NFI=0.92$ ,  $NFFI=0.99$ ,  $CFI=1.00$ ,  $GFI=0.90$ ,  $AGFI=0.87$ . Alle fem hypoteser fant støtte i data.

**Konklusjon:** Pleier-pasient-interaksjonen er av vesentlig betydning for klare langtidssykehjemspasienters psykiske helse. Ved bevisst anvendelse av spesielle kvaliteter i pleier-pasient-interaksjonen kan pleiere fasilitere pasientens intra-personlig self-transcendence samt bidra til opplevelse av mening, som begge har betydelig positiv innflytelse på depresjon i denne populasjonen.

**Nøkkelord:** depresjon, intra-personlig self-transcendence, mening, pleier-pasient-interaksjon, sykehjem.

## Abstract

The influence of the nurse-patient interaction on cognitively intact nursing home patients' mental health

**Background:** The prevalence of depression among older people is high, and particularly among nursing home patients. Meaning and self-transcendence are fundamental spiritual-mental aspects which have been found to be vital for several quality-of-life dimension (physical, emotional, social, functional and spiritual well-being) among nursing home patients.

**Aims:** The aim of this study was to investigate the relationships between nurse-patient interaction, depression, intra-personal self-transcendence and meaning-in-life in a cognitively intact nursing home population.

**Methods:** A cross-sectional design was applied, and data were collected during 2008-2009 among 202 patients in 44 nursing homes in Mid-Norway. Based in theory and empirical evidence five hypotheses were stated and tested by means of structural equations modelling (SEM-analyses).

**Results:** The SEM-model demonstrated a good fit to the observed data:  $\chi^2=193.93$ ,  $p=0.29$ ,  $df=184$ ,  $RMSEA=0.017$ ,  $p$ -value for «close fit»=1.00,  $SRMR=0.064$ ,  $NFI=0.92$ ,  $NFFI=0.99$ ,  $CFI=1.00$ ,  $GFI=0.90$ ,  $AGFI=0.87$ . All the five hypotheses were supported.

**Conclusion:** The nurse-patient interaction has significant impact on cognitively intact nursing home patients' mental health. By consciously using the nurse-patient interaction, staff nurses can bolster intra-personal self-transcendence and meaning-in-life, both of which have been seen to be fundamental for preventing and alleviating depression among nursing home patients.

**Key words:** depression, intrapersonal self-transcendence, meaning, nurse-patient interaction, nursing home.

utilfredsstillende diagnostisering og behandling av depresjon beskrives som et problem. En studie av symptombyrde blant langtidspasienter i norske sykehjem viste høy forekomst av fatigue (56%), smerte (49%), obstipasjon (43%), dyspne (41%), søvnproblemer (38%), appetittløshet (25%), kvalme (18%), depresjon (30%) og angst (12%) (17). Kroppslige plager som smerte, fatigue, obstipasjon og dyspne påvirker eldre menneskers psykiske helse og livskvalitet negativt; slik er depresjon ofte konsekvens av mange fysiske plager, og ledsages hyppig av angst (18-20).

Det holistiske menneskesynet ser individet som en fysisk-psykisk-sosial-åndelig enhet hvor kropp, sjel og ånd er integrert og i stadig interaksjon med hverandre; som konsekvens foregår en kontinuerlig gjensidig påvirkning innen treenigheten kropp-sjel-ånd (21, 22). Sykepleieintervensjoner rettet mot f.eks. pasientens emosjonelle og åndelige dimensjon vil berøre pasienten som helhet. Denne forståelsen av kropp-sinn-ånd-enheten gir ny mening så vel som sterkere betydning til sykepleiens innhold og muligheter, og illustrerer behovet for en holistisk tilnærming til sykehjemspasienten som kropp-sjel-ånd. Likevel er oftest de fysiske behovene det primære fokus i sykehjem (23, 24).

Mening (25, 26) og self-transcendence (27) framheves som vesentlige aspekt ved psykisk helse og livskvalitet. Som sentrale aspekt ved menneskets åndelig-mentale dimensjon (28-30) har de vist signifikant sammenheng med alle dimensjoner av velvære (fysisk, sosialt, emosjonelt, spirituel og funksjonelt) hos klare langtidspasienter i sykehjem (31-33). Mening og self-transcendence beskrives som vitale ressurser for menneskers psykososiale

## «Følgelig vil kvaliteten på sykehjemsomsorgen bli bedre»

funksjon; de fungerer som en buffer for individers reaksjoner på stressende livserfaringer. Forskning demonstrerer medierende innflytelse av mening og self-transcendence på psykisk (34-40) så vel som fysisk helse (41, 42). Særlig gjelder dette i møte med sykdom, tap og ved slutten av livet. Self-transcendence består av en inter- og en intra-personlig dimensjon (43); det intrapersonlige aspektet har vist seg å være av særlig betydning i sykehjemspopulasjonen (44-46).

Sykepleie-pasient-interaksjonen har demonstrert positiv innflytelse på klare sykehjemspasienters håp (47), mening (48), self-transcendence (49) samt angst og depresjon (50). Dermed er det sannsynlig at pleier-pasient-interaksjonen rettet mot å styrke mening og self-transcendence kan utgjøre en god helsefremmende strategi i sykehjem.

### Studiens mål og hensikt

Studiens hensikt var derfor å undersøke sammenhengene mellom pleier-pasient-interaksjonen, depresjon, intra-personlig self-transcendence og mening ved hjelp av en strukturliknings-modell (Structural Equation Modeling=SEM) (51, 52). Kunnskap om hvordan disse variablene relaterer seg til depresjon er av betydning for klinisk sykepleie. Fundert i teori og tidligere forskning ble følgende hypoteser testet i SEM-analysen:

H1: Pleier-pasient-interaksjonen influerer negativt (reduserende) på depresjon.

H2: Pleier-pasient-interaksjonen influerer positivt på mening.

H3: Pleier-pasient-interaksjonen influerer positivt på intra-personlig self-transcendence.

H4: Intra-personlig self-transcendence influerer negativt (reduserende) på depresjon.

H5: Mening influerer negativt (reduserende) på depresjon.

### Metode

Data ble samlet inn i løpet av 2008-2009 fra 44 ulike sykehjem i Midt-Norge. Konesjon fra NSD (Ref.no 16443), anbefaling fra Den Regionale Etske Komite for Medisinsk Forskningsetikk (Ref.no. 4.2007.645) samt tillatelse til å gjennomføre prosjektet fra ledelsen ved de 44 sykehjemmene ble gitt. Kriteriene for inklusjon var: (1) kommunalt vedtak om langtidsplass i sykehjem, (2) bodd i sykehjemmet seks måneder eller mer, (3) ansvarlig lege og sykepleier vurderer pasienten til å ha samtykkekompetanse, og (4) være i stand til å gjennomføre intervju. En sykepleier på den enkelte avdeling som kjente pasienten godt gav muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og om informantens rett til når som helst å trekke sin deltakelse, samt innhentet informert frivillig skriftlig samtykke.

Denne populasjonen har problemer med å fylle ut spørreskjema på egen hånd. Tre erfarne forskere (sykepleier med mastergrad) intervjuet derfor pasienten i den enkeltes private rom på sykehjemmet. Intervjuer leste det aktuelle spørsmålet; for å unngå misforståelser ble svaralternativene i store fonter

holdt frem for informanten. En standard prosedyre var utviklet på forhånd, som bl.a. innebar en standardisert måte å presentere prosjektet på og seg selv som intervjuer, standardiserte tolkninger av spørsmålene, samt pauser lagt inn på faste steder i intervjuprosessen. Inter-rater reliabilitet ble testet ved hjelp av enveis ANOVA med Bonferroni-korreksjon. Ingen statistisk signifikante forskjeller basert på intervjuer ble funnet.

### Deltakere

Av 250 pasienter som fylte inklusjonskriteriene deltok 202 (respons rate 81%). Kort-tidspasienter, rehabiliteringspasienter og demente var ikke inkludert. Det ble ikke screenet for kognitiv svikt, i stedet vurderte lege og sykepleier som kjente pasienten godt hans/hennes samtykkekompetanse.

### Instrumenter

*Pleier-pasient-interaksjonen* ble målt ved Nurse-Patient Interaction skala (NPIS) som nylig ble validert blant klare langtidspasienter i sykehjem (49). NPIS inneholder 14 spørsmål med fokus på essensielle kvaliteter i interaksjonen mellom pleier og pasient i sykehjem. Eksempler på spørsmål er «Jeg har tillit til pleierne», «Pleierne tar meg på alvor», «Kontakten med pleierne gir meg gode følelser». NPIS inkluderer også opplevelse av å bli lyttet til, sett og bekreftet som person og inkludert i avgjørelser som vedgår ens daglige liv, målt på en ti-punkts skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 10 (i svært stor grad). Høyere skår angir bedre pleier-pasient interaksjon. Indre konsistens er god med Cronbach's a og «composite reliabilitet» begge=0.92 (45).

*Depresjon* ble målt ved Hospital Anxiety and Depression Skala (HADS) som inneholder 14 spørsmål og to subskalaer; en for angst og en for depresjon. Subskalaen for depresjon med 7 spørsmål er anvendt her, spørsmålene skåres fra 0-3; høyere skår angir sterkere depresjon. HADS er mye testet og har godt etablerte psykometrisk egenskaper (53), og er funnet valid blant eldre (12). Eksempler på spørsmål er «Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner», «Jeg er i godt humør» og «Jeg ser med glede frem til hendelser og ting». Spørsmålene skåres fra 1 (totalt uenig) til 4 (helt enig). Både Cronbach's alpha og composite reliabilitet for depresjon var 0.70 i denne studien.

*Intra-personlig self-transcendence* (ST-2) ble målt ved Self-Transcendence Skala (STS). Skalaen måler i hvilken grad individer erfarer «samhørighet» til seg selv, andre mennesker, naturen og Gud/høyere vesen (54-56). STS inneholder 15

spørsmål målt på en Likert-skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 4 (veldig mye); høyere skåre indikerer høyere self-transcendence. En to-faktormodell av self-transcendence bestående av en inter-personlig (ST-1) og en intra-personlig faktor (ST-2) ble nylig presentert (43). Intra-personlig self-transcendence inkluderer variabler som f.eks. «Jeg aksepterer meg selv alt etter som jeg blir eldre», «Jeg tilpasser meg godt til min nåværende situasjon» og «Jeg tilpasser meg godt til mine fysiske forutsetninger». Nyere forskning har vist at ST-2 er en særlig viktig ressurs for sykehjemspasienters livskvalitet (44, 46), derfor anvendes denne dimensjonen her. Skalaens indre konsistens har vært god med Cronbachs alfa mellom 0.76-0.86. I denne studien var a for ST-2=0.66, og composite reliabilitet var 0.7.

*Mening* ble målt ved PIL-testen (Purpose-in-Life) bestående av 20 spørsmål (Appendix 4) målt på en Likert-skala fra 1-7, hvor 1 utgjør det ene ytterpunktet og 7 det motsatte ytterpunkt, med 4 som en nøytral respons (57, 58). Eksempler på variabler er: «Når jeg tenker på mitt liv: Undrer jeg ofte på hvorfor jeg lever. Ser jeg alltid en mening med at jeg lever», «Hver dag

**TRIVSEL:** Når pasientene trives og finner mening i sin hverdag, vil det påvirke dem på en god måte. Illustrasjonsfoto: Colourbox.





er: Alltid ny og spennende-Nøyaktig lik de andre», og «Vanligvis: Kjeder jeg meg til døde-Er jeg overveldende entusiastisk». Pil-testen er tidligere anvendt blant eldre (59, 60) og ble nylig validert blant klare langtidspasienter i sykehjem (61).

**Statistisk analyse**

Studien anvendte deskriptiv statistikk og SPSS versjon 20 (IBM) samt SEM-analyse (Structural Equation Modelling=SEM) ved hjelp av LISREL 8.8 (62). I SEM-analyser estimeres også uforklart varians («error»), slik blir skalaenes psykometriske egenskaper mer nøyaktig testet (Brown, 2006). En høy faktorladning indikerer at indikatorvariabelen har mye til felles med faktoren (63). Faktorladninger under 0.32 betraktes som svært lave, ≥0.45 fair, ≥0.55 god, ≥0.63 meget god, mens høyere enn 0.71 er eksellent (ibid.).

Kjikkvadrat-testen ( $\chi^2$ ) angir overall tilpasning; et lavt  $\chi^2$  og en ikke-signifikant p-verdi korresponderer med god tilpasning mellom data og den teoretiske modellen (62). Denne studien evaluerer modellens tilpasning (fit) ved hjelp av  $\chi^2$ -statistikk og andre tilpasningsmål med cut-verdier (64) anvist som følger: RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) og SRMS (Standardisert Root Mean Square Residual) under 0.05 indikerer god tilpasning, mens verdier lavere enn 0.08 er akseptable (64, 65). CFI (Comparative Fit Index) og NNFI (Non-Normed Fit Index) ble anvendt med akseptabel tilpasning satt til 0.95, og god tilpasning til ≥0.97, samt NFI (Normed Fit Index) og GFI (Goodness-of-Fit Index) begge med akseptabel tilpasning=0.90, og god tilpasning ved ≥0.95. For AGFI (Adjusted GFI) var akseptabel tilpasning satt til 0.85 og god tilpasning til ≥0.90.

Dataene demonstrerte signifikant kurtose og skjevhet. Fordi normalitet er et premiss i SEM, ble RML (Robust Maximum Likelihood) samt Satorra-Bentler  $\chi^2$  (66) anvendt. Før SEM-modellen ble estimert, ble en målemodell for de latente variablene (NPIS, HADS-D, ST-2, PIL) testet, og antall indikatorvariabler redusert til 5 og 6; 3-5 indikatorer anses som nok (51, 52, 67).

**Resultat**

**Deskriptiv statistikk**

Utvalget besto av 146 kvinner (72,3%) og 56 menn (27,7%); gjennomsnittsalder var henholdsvis 87.3 og 82 år, (totalt gjennomsnitt=86 år, SD=7,65), range=65-104 år. Totalt var 38 (19%) gift/samboer, 135 (67%) enke/enkemann, 11 (5.5%) skilt og 18 (19%) var enslig. Gjennomsnittlig botid i sykehjemmet var 2.6 år for begge kjønn (range 0.5-13 år); 117 levde i landkommuner mens 85 bodde i bykommuner. Totalt hadde 30 % mild til moderat depresjon, kun en informants skåre indikerte sterk depresjon, mens 12 % rapporterte angst. Tabell 1 viser gjennomsnitt (M), standardavvik (SD), Cronbach's alfa ( $\alpha$ ) og Pearson's korrelasjonskoeffisient for variablene inkludert i studien. Alfa-nivået for de ulike variablene var godt. Imidlertid demonstrerer flere studier at Cronbach's alfa er en noe upålitelig test for indre konsistens (68). Derfor ble reliabilitet også estimert ved reliabilitetskoeffisienten  $\rho$  (composite reliability) (51) (Tabell 2). Signifikante, men moderate korrelasjonskoeffisienter i forventet retning mellom studievariablene gav støtte til begrepsvaliditet (Tabell 1). Missing var 5 % for depresjon og mening, og 4 % for pleier-pasient-interaksjonen samt self-transcendence og ble håndtert ved prosedyren for «Listwise deletion».

**TABELL 1:**

Gjennomsnitt (M), standardavvik (SD), Cronbach's alfa, og Pearsons korrelasjonskoeffisient for de involverte variablene i studien.

Construct	M	SD	Items	Cronbach's Alfa	HADS-D	ST-2	PIL	NPIS
HADS-D	2.32	0.40	5	0.70	1			
ST-2	3.07	1.09	5	0.66	-.183**	1		
PIL	3.97	1.09	5	0.63	-.150*	.31**	1	
NPIS	7.96	1.92	6	0.89	-.084	.23**	.27**	1

Note: Listwise N=190. HADS-D= Depresjon. ST-2=Intra-personlig self-transcendence. PIL=Mening (Purpose-In-life). NPIS=Pleier-pasient-interaksjon (Nurse-Patient-Interaction Scale)

TABELL 2:

Indikatorvariabler	Parameter	Lisrel Estimate	t-verdi	R <sup>2</sup>
<b>NPIS (pleier-pasient-interaksjonen)</b>				
NPIS2	λx1,1	0.70	7.77*	0.48
NPIS3	λx2,1	0.74	9.62*	0.54
NPIS4	λx3,1	0.80	12.00*	0.65
NPIS9	λx4,1	0.77	13.48*	0.60
NPIS11	λx5,1	0.78	11.12*	0.60
NPIS13	λx6,1	0.78	8.91*	0.61
<b>ST-2 (intrapersonlig self-transcendence)</b>				
ST2	λy1,1	0.52	-	0.18
ST4	λy2,1	0.78	3.64*	0.61
ST5	λy3,1	0.64	3.76*	0.42
ST7	λy4,1	0.33	2.53*	0.11
ST13	λy5,1	0.28	2.52*	0.08
<b>HADS-D (depresjon)</b>				
HADS2	λy6,2	0.72	-	0.52
HADS4	λy7,2	0.63	7.43*	0.39
HADS6	λy8,2	0.62	5.86*	0.38
HADS10	λy9,2	0.39	2.33*	0.15
HADS12	λy10,2	0.52	4.94*	0.27
<b>PIL (mening i livet)</b>				
PIL2	λy11,3	0.41	-	0.17
PIL5	λy12,3	0.51	4.42*	0.26
PIL10	λy13,3	0.57	4.34*	0.33
PIL17	λy14,3	0.65	4.79*	0.42
PIL18	λy15,3	0.43	3.69*	0.19
Composite reliabilitet ρ <sub>c</sub> NPIS			0.89	--
Composite reliabilitet ρ <sub>c</sub> ST-2			0.63	--
Composite reliabilitet ρ <sub>c</sub> HADS-D			0.72	--
Composite reliabilitet ρ <sub>c</sub> PIL			0.65	--

Note. \*p < 0.05. Composite Reliabilitet ρ<sub>c</sub> = 
$$\frac{(\sum \lambda)^2}{[(\sum \lambda)^2 + \sum (\theta)]}$$
 Hair et al (2010)

NPIS=pleier-pasient-interaksjonen, ST-2=intra-personlig self-transcendence, HADS=depresjon, PIL=mening-i-livet. R<sup>2</sup> =forklaringsgrad (squared multiple correlations)

Målemodeller inkludert i SEM-modellen testet.

TABELL 3:

Konstrukt	Parameter	Lisrel Estimat	t-verdi
NPIS→PIL	$\gamma$ 1,1	0.36	3.19*
NPIS →ST-2	$\gamma$ 1,2	0.35	2.90*
NPIS →HADS-D	$\gamma$ 1,3	-0.05	-0.46
ST-2 →HADS-D	$\beta$ 1,2	-0.23	-2.34*
PIL →HADS-D	$\beta$ 3,2	-0.72	-4.10*
<b>Totale effekter av pleier-pasient-interaksjonen</b>			
NPIS →ST-2	0.35		2.90*
NPIS →PIL	0.36		3.19*
NPIS→ HADS-D	-0.39		-4.33*
<b>Indirekte effekt av pleier-pasient-interaksjonen</b>			
NPIS→ST-2	-		
NPIS→PIL	-		
NPIS→DEPRESJON	-0.34		-3.43*

Note. \*Signifikant på 5 % nivå. Totale effekter: den totale innflytelsen fra den uavhengige til den avhengige variabelen i SEM-modellen. Indirekte effekter: representerer innflytelse fra NPIS på depresjon mediert via PIL og ST-2. Gamma ( $\gamma$ ); standardisert regresjons-koeffisient for direkte innflytelser fra NPIS til ST-2, HADS-D og PIL. Beta ( $\beta$ ): standardisert regresjonskoeffisient for relasjoner mellom de avhengige variablene

SEM-analyse. Direkte, totale og indirekte effekter. Standardized Gamma og Beta. Totale og indirekte effekter av pleier-pasient-interaksjonen (NPIS) på intrapersonlig self-transcendence (ST-2), depresjon (HADS-D) og mening (PIL).

**Testing av SEM-modell**

En SEM-modell bestående av 21 variabler og 4 faktorer (NPIS, HADS-D, ST-2, PIL) ble testet. Alle faktorladninger var signifikante og varierte mellom 0.80-0.33, bortsett fra variabel ST-13 ( $\lambda=0.28$ ). Forklaringsgradene ( $R^2$ ) varierte tilsvarende fra 0.60 til 0.10. Tabell 2 viser målemodellene for NPIS, PIL, ST-2 og HADS-D med faktorladninger, t-verdier,  $R^2$  og composite reliabilitet.

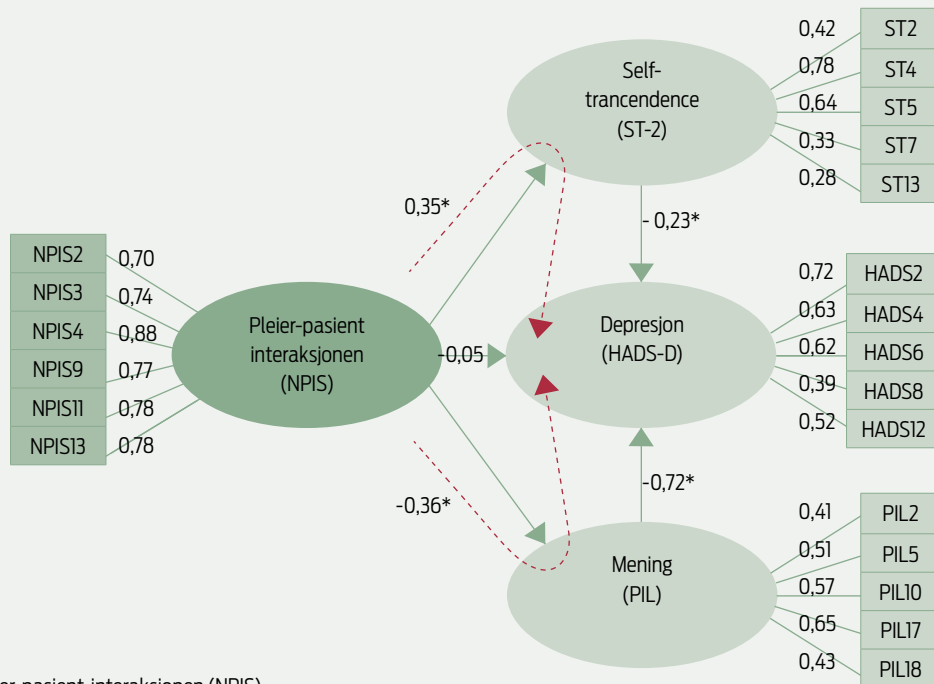
SEM-modellen demonstrerte god tilpasning til de observerte data:  $\chi^2=193.93$ ,  $p=0.29$ ,  $df=184$ ,  $RMSEA=0.017$ ,  $p$ -verdi for «close fit»=1.00,  $SRMR=0.064$ ,  $NFI=0.92$ ,  $NFFI=0.99$ ,  $CFI=1.00$ ,  $GFI=0.90$ ,  $AGFI=0.87$ . Tabell 3 viser gamma ( $\gamma$ ) og beta ( $\beta$ ) samt direkte og indirekte effekter. Som forventet og formulert i hypotesene, viste modellen signifikante stier fra NPIS til PIL ( $H2: \gamma=0.36^*$ ) og til ST-2 ( $H3: \gamma=0.35^*$ ). Signifikante relasjoner mel-

lom de avhengige variablene ble også demonstrert: fra ST-2 til depresjon ( $H4: \beta=-0.23^*$ ) og fra mening til depresjon ( $H5: \beta=-0.72^*$ ). Modellen tilkjennega også signifikante totale og indirekte effekter fra NPIS på depresjon ( $H1$ ) mediert via ST-2 og mening. (Figur 1.)

**Diskusjon**

Ved å studere sammenhengene mellom sykehjems pasienters opplevelse av pleier-pasient-interaksjonen, depresjon, mening og intra-personlig self-transcendence var studiens hensikt å bidra til kunnskap om hva som kan være mulige effektive intervensjoner relatert til sykehjems pasienters depresjon. Fem hypoteser ble testet og fant støtte i data. Hypotesene H2-H5 fikk støtte ved direkte signifikante sammenhenger, mens H1 ble bekreftet ved signifikante totale og indirekte effekter av

FIGUR 1:



Pleier-pasient-interaksjonen (NPIS) viser signifikant total og indirekte effekt på depresjon (HADS-D), mediert via mening (PIL) og intra-personlig self-transcendence (ST-2).

Note: Listwise N=190. SEM-modellens goodness-of-fit-mål:  $\chi^2=193.93$ ,  $p=0.29$ ,  $df=184$ ,  $RMSEA=0.017$ ,  $p$ -value for close fit =1.00,  $SRMR=0.064$ ,  $NFI=0.92$ ,  $NFFI=0.99$ ,  $CFI=1.00$ ,  $GFI=0.90$ ,  $AGFI=0.87$ .  $\longrightarrow$  direkte innflytelse  $\dashrightarrow$  indirekte innflytelse

pleier-pasient-interaksjonen på depresjon, mediert via mening og intra-personlig self-transcendence.

Denne studiens resultater kan indikere at pleier-pasient-interaksjonen er en vesentlig ressurs for å forebygge og lindre sykehjemspasienters depresjon og derved styrke deres psykiske helse. Ved hjelp av spesielle kvaliteter i relasjonen mellom pleier og pasient som å bli lyttet til, anerkjent, respektert og bekreftet som den personen en er, bli tatt på alvor og bli forstått, kan helsearbeideren bidra til å styrke pasientens intrapersonlige self-transcendence og mening, som begge viste signifikant betydning for depresjon i SEM-modellen. Dette kan motivere pleiere i sykehjem i innsatsen for pasienters livskvalitet; ved bevisst søke å skape bestemte kvaliteter i interaksjonen med sine pasienter kan de øve positiv innflytelse på pasientens

psykiske helse og livskvalitet. Mening indikerte den sterkeste direkte sammenhengen med depresjon i denne studien, mens en tidligere studie av disse variablenes relasjon til livskvalitet viste at intra-personlig self-transcendence (ST-2) hadde størst betydning (44). Dette er interessant; det kan se ut til at selvaksept og god tilpasning til funksjonstap og livssituasjonen som sådan (ST-2) er svært vesentlig for livskvalitet, mens å finne mening i sin hverdag i sterkere grad er relatert til depresjon i denne populasjonen. Samtidig vet vi at depresjon har stor negativ effekt på menneskers livskvalitet.

Gjennomsnittsalder var 86 år, dette indikerer at sykehjemspasientens framtid er relativt kort. Gjennomsnittlig levetid i norske sykehjem er to til tre år og årlig mortalitet er 35 % (2). Sykdom, plager og symptomer er uunngåelig i denne livssituasjonen.





**«Pleiere kan bety mye for disse menneskenes psykiske helse»**



**BEDRE PLEIE:** God samhandling med pasientene vil trolig føre til mindre inadekvat pleie og omsorg, slik at kvaliteten på omsorgen blir bedre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Døden kommer, relativt snart, og symptombyrden er stor (17). På tross av begrensningene, ved elementære kvaliteter i pleier-pasient-interaksjonen kan pleiere bety mye fra eller til for disse menneskenes psykiske helse og livskvalitet. Ved å vektlegge en helsefremmende pleier-pasient-interaksjon, vil sykehjemspasienten lettere kunne finne mening, glede og trivsel, og oppleve tillit og tilknytning til personalet som de omgås hver dag og kjenner seg avhengige av. Når pasienten trives og finner mening sin hverdag vil dette også influere positivt på pårørende.

Å tilrettelegge for god pleier-pasient-interaksjon er viktig. Pleiere trenger kunnskap, støtte og empowerment i arbeidet (69). Ved at betydningen av pleieres innsats, relasjon og interaksjon med den enkelte pasient i sykehjem anerkjennes, kan trolig den enkelte pleier oppleve sterkere selvverdi og mening i arbeidet. I tillegg viser forskning at pasienter i sykehjem utsettes for inadekvat sykepleie; Malmedal og kollegaer (70) fant at 91 % av de pleieansatte i 16 forskjellige sykehjem (N=616) hadde observert i det minste ett tilfelle av inadekvat pleie, og 87 % rapporterte at de selv hadde utsatt pasienter for inadekvat omsorg/pleie minst en gang. Å ta pleier-pasient-interaksjonen på alvor og hjelpe personalet til å bli gode i samhandlingen med pasientene vil trolig føre til mindre inadekvat pleie og omsorg. Følgelig vil kvaliteten på sykehjemsomsorgen bli bedre.

#### Studiens styrke og begrensninger

Denne studien tester sammenhenger som ikke tidligere er blitt undersøkt i en populasjon av klare langtidspasienter i sykehjem. Ved hjelp av SEM-analyse utdyper studien tidligere forskning ved å studere sammenhengene mellom pleier-pasient-interaksjonen, depresjon, intra-personlig self-transcendence og mening. Studien bygger på anerkjent teori og nyere evidens, og de anvendte skalaene har vist gode psykometriske egenskaper.

Noen begrensninger må løftes frem. For det første, SEM-modellen inkluderer 21 variabler som indikerer ønsket utvalgsstørrelse på  $\approx 210$ ; utvalget i denne studien var 190. Et større utvalg ville gitt mer statistisk styrke og dermed enda sterkere pålitelighet. Likevel, hver variabel er målt med 5-6 indikatorvariabler som styrker validitet og reliabilitet (71), samt at hver målemodell hver for seg gir gode goodness-of-fit mål. Dette utvalget består av flere kvinner enn menn, og reflekterer slik kjønns-sammensetningen i dagens sykehjem.

Et tverrsnitts-design gir ikke mulighet for å trekke slutninger angående kausalitet. Et longitudinelt design ville styrket studien ved sammenlikning av skårer over tid. At forsker besøkte den enkelte informant for å hjelpe og fylle ut spørreskjemaet kan ha påvirket informantenes svar. Spørreskjemaet hadde 130 spørsmål. Dette kan ha ført til at informantene ble slitne underveis, som igjen kan påvirke hvordan de svarer. For å unngå slik påvirkning av data, ble de tre forskerne plukket ut og på forhånd trent til å gjennomføre intervjuene så likt som mulig. Å intervju langtidssykehjems pasienter i alderen 65-104 år kan være utfordrende, ikke minst med tanke på den gamles helse og krefter. En kan spørre seg om det er etisk forsvarlig å benytte pasientens energi til å besvare en spørreundersøkelse. I denne

studien så en ingen klare etiske betenkeligheter relatert til intervjusituasjonen. Intervjuer tok pauser på faste steder underveis i intervjuet. De fleste pasientene ønsket ikke pause, og gav uttrykk for at det gjorde godt å få tenke gjennom og besvare spørsmålene. Tre informanter ble slitne og ønsket å fullføre intervjuet dagen etter.

### Konklusjon

Pleier-pasient-interaksjonen er av vesentlig betydning for klare langtidssykehjemspasienters psykiske helse. Ved spesielle kvaliteter i interaksjonen kan pleiere understøtte pasientens intrapersonlige self-transcendence og bidra til opplevelse av mening, som begge har vesentlig innflytelse på sykehjemspasienters depresjon. ■

### Referanser:

- Baltes PB, Smith J. New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology*. 2003;49(2):123-35.
- Høie J. Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle («The NHs responsibilities and the doctor's role»). *Tidsskr Nor Lægeforen (Norwegian Journal of Medicine)*. 2005;125(8):1009-10.
- Nygaard HA. Nursing home as a medical institution - a fata morgana? *Tidsskrift Nor Lægeforen [Norwegian Journal of Medicine]*. 2002;122:823-5.
- COM. Green Paper, 484, Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union Brussels: European Communities, 2005.
- WHO. World Health Report 2001. 2001.
- Phillips LJ, Rantz M, Petroski GF. Indicators of a new depression diagnosis in nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*. 2011;37(1):42-52.
- Lattanzio F, Di Bari M, Sgadari A, Baccini M, Ercolani S, Rengo F, et al. Improving the diagnostic accuracy of depression in older persons: the Depression in the Aged Female National Evaluation cluster randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009;57(4):588-93.
- Drageset J, Eide G, Ranhoff A. Depression is associated with poor functioning in activities of daily living among nursing home residents without cognitive impairment. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(21-22):3111-8.
- Jongenelis K, Pot A, Eisses A, Beekman A, Kluiters H, Van Tilburg W, et al. Depression among older nursing home patients: a review. *Tijdschrift Gerontol Geriatr*. 2003;34:52-9.
- Ron P. Depression, hopelessness, and suicidal ideation among the elderly: a comparison between men and women living in nursing homes and in the community. *Journal of Gerontological Social Work*. 2004;43(2/3):97-116.
- Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluiters H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*. 2004;83(2-3):135-42.
- Stordal E, Mykletun A, Dahl AA. The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(2):132-41.
- Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations

- of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;113(5):372-87.
- Barca ML, Selbæk G, Laks J, Engedal K. Factors associated with depression in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;24(4):417-25.
- Kohen D. Elderly women and late life depression. *Geriatric Medicine*. 2006;36(3):39.
- Grav S, Hellzén O, Romild U, Stordal E. Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(1/2):111-20.
- Haugan G. Meaning-in-life in nursing-home patients: a correlate to physical and emotional symptoms. *Journal of Clinical Nursing*. 2013; in press doi: 10.1111/jocn.12282.
- Byrne G, Pachana N. Anxiety and depression in the elderly: Do we know any more? *Curr Opin Psychiatry*. 2010;Nov; 23(6):504-9.
- Van der Wee G, Gussekloo J, De Waal MWM, De Craen AJM, Van der Mast RC. Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;24(6):595-601.
- Smalbrugge M, Jongenelis L, Pot AM, Beekman ATF, Eefsting JA. Comorbidity of depression and anxiety in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005;20(3):218-26.
- Guzzetta CE. Holistic Nursing Research. In: Dossey BM, Keegan L, Guzzetta CE, editors. *Holistic Nursing A Handbook for Practice*. 4th Edition ed. Boston - Toronto - London - Singapore: Jones and Bartlett Publisher; 2005. p. 211-28.
- Quinn J. Transpersonal Human Caring and Healing. In: Dossey B, Keegan L, Guzzetta C, editors. *Holistic Nursing A Handbook for Practice*. Fourth Edition. Boston-Toronto-London-Singapore: Jones and Bartlett Publishers; 2005. p. 41-53.
- Slettebø Å, Kirkevold M, Andersen B, Pedersen R, Halvorsen K, Nordhaug M, et al. Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes - a qualitative study. *Scand Journal of Caring Science*. 2010;24:533-40.
- Vaarama M, Tiit E-M, editors. *Quality of life of older homecare clients* New York: Springer; 2007.
- Hodges PJ. The essence of life purpose. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2009;32(2):163-70.
- Hodge DR, Horvath VE, Larkin H, Curl AL. *Older Adults' Spiritual Needs*



- in Health Care Settings: A Qualitative Meta-Synthesis. *Research on Aging*. 2012;34(2):131-55.
27. Reed PG. Theory of Self-Transcendence. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. *Middle Range Theory for Nursing*. Second Edition. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2008. p. 105-29.
  28. Buck HG. Spirituality: concept analysis and model development. *Holist Nurs Pract*. 2006;20(6):288-92.
  29. Danhauer S, Carlson C, Andrykowski M. Positive psychosocial functioning in later life: Use of meaning-based coping strategies by nursing home residents. *Journal of Applied Gerontology*. 2005;24(4):299-318.
  30. Hsu Y. A cultural psychosocial model for depression in elder care institutions: the roles of Socially Supportive Activity and self-transcendence: University of Arizona; 2009.
  31. Haugan G. Meaning-in-life in nursing-home patients: a valuable approach for enhancing psychological and physical well-being? *Journal of Clinical Nursing*. 2013;doi:10.1111/jocn.12402, in press.
  32. Haugan G, Rannestad T, Hammervold R, Garåsen H, Espnes GA. Self-transcendence in nursing home patients - a resource for well-being. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(5):1147-60.
  33. Haugan G, Rannestad T, Hammervold R, Garåsen H, Espenes G. The relationships between self-transcendence and spiritual well-being in cognitively intact nursing home patients. *International Journal of Older People Nursing*. 2013;doi:10.1111/opn.12018, in press.
  34. Kleftharas G, Psarra E. Meaning in Life, Psychological Well-Being and Depressive Symptomatology: A Comparative Study. *Psychology*. 2012;3(4):337-45.
  35. Chan DW. Orientations to happiness and subjective well-being among Chinese prospective and in-service teachers in Hong kong. *Educational Psychology*. 2009;29:139-51.
  36. Halama P, Dedova M. Meaning in life and hope as predictors of positive mental health: Do they explain residual variance not predicted by personality traits? *Studia Psychologica*. 2007;49:191-200.
  37. Ho MY, Cheung FM, Cheung SF. The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*. 2010;48:658-63.
  38. Holahan CK, Holahan CJ, Suzuki R. Purposiveness, physical activity, and perceived health in cardiac patients. *Disability and Rehabilitation*. 2008;30:1772-8.
  39. Low G. Quality of life among older adults: a proposed conceptual model: University of Victoria (Canada); 2006.
  40. Low G, Molzahn AE. Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. *Research in Nursing & Health*. 2007;30(2):141-50.
  41. Canada AL, Murphy PE, Fitchett G, Peterman AH, Schover LR. A 3-factor model for the FACIT-Sp. *Psycho-Oncology*. 2008;17(9):908-16.
  42. Wright MA, Wren AA, Somers TJ, Goetz MC, Fris AM, Huh BK, et al. Pain acceptance, hope, and optimism: relationships to pain and adjustment in patients with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Pain*. 2011;12(11):155-62.
  43. Haugan G, Rannestad T, Garåsen H, Hammervold R, Espnes G. The Self-Transcendence Scale - An Investigation of the Factor Structure Among Nursing Home Patients. *Journal of Holistic Nursing*. 2012;30(3):147-59.
  44. Haugan G, Moksnes UK, Løhre A. Intra-personal self-transcendence, meaning-in-life and nurse-patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing home patients. Social indicators research 2014; under review.
  45. Haugan G. Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning-in-life, and self-transcendence in cognitively intact nursing-home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014. 2014(28): p. 74-8.
  46. Haugan G, Innstrand S. The Effect of Self-Transcendence on Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *ISRN Psychiatry*. 2012; (Article ID 301325, in press):10.
  47. Haugan, G., U. Moksnes, and G. Espnes. Nurse-patient-interaction: a resource for hope among cognitively intact nursing home patients. *Journal of Holistic Nursing*. 2013. 31(3): p. 152-163.
  48. Haugan, G. The relationship between nurse-patient-interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2014. 79 (1): p. 107-120.
  49. Haugan G, Hanssen B, Rannestad T, Espnes G. Self-transcendence and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21:3429-41.
  50. Haugan G, Innstrand S, Moksnes U. The Effect of Nurse-Patient-Interaction on Anxiety and Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(15-16):2192-205.
  51. Hair Jj, Black W, Babin B, Anderson R. *Multivariate data analysis: Upper Saddle River: Prentice Hall*; 2010.
  52. Kline R. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. third ed. Little TD, editor. New York London: The Guilford Press; 2011.
  53. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression scale - a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosom Research*. 1997;42:17-41.
  54. Reed PG. Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Adv Nurs Sci*. 1991;13(4):64-77.
  55. Reed PG. Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. *Nursing Research*. 1991;40:5-11.
  56. Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing and Health*. 1992;15(5):349-57.
  57. Crumbaugh J. Cross-validation of Purpose-in Life Test based on Frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology*. 1968;24:74-81.
  58. Crumbaugh J, Maholick L. *Manual of Instructions for The Purpose-in-life test*. Psychometric Affiliates. Viktor Frankl Institute of Logotherapy P.O.Box 2852, Saratoga, CA 95070) Murfreesboro, TN: Psychometric Affiliates: I.Crumbaugh, J.C., Maholick, L.T. (1969) Manual of Instructions for the Purpose-in-Life Test. Illinois: Psychometric Affiliates; 1969, 1981.
  59. Bondevik M. The Life of the Oldest Old. Studies concerning loneliness, social contacts, activities of daily living, purpose in life and religiousness. Bergen: University of Bergen, 1997; 1997.
  60. Bondevik M, Skogstad A. Loneliness, Religiousness, and Purpose in Life in the Oldest Old. *Journal of Religious Gerontology*. 2000;11(1):5-21.
  61. Haugan G, Moksnes U. Meaning-in-life in nursing-home patients: A validation study of the Purpose-in-Life test. *Journal of Nursing Measurement*. 2013;21(2):296-319.
  62. Jöreskog K, Sörbom D. LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language. Chicago: Scientific Software International; 1995.
  63. Sharma S. *Applied Multivariate Techniques*. New York: Wiley; 1996.
  64. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research*. 2003;8(2):23-74.
  65. Hu L, Bentler P. Fit Indices in Covariance Structure Modeling: Sensitivity to Underparametrized Model Misspecification. *Psychological Methods*. 1998;3(4):424-53.
  66. Satorra A, Bentler P. Corrections to Test Statistics and Standard Errors in Covariance Structure Analysis. In: Von Eye A, Clogg C, editors. *Latent variables analysis: Applications for developmental research*. Thousand Oaks: CA:Sage; 1994. p. 399-419.
  67. Brown T. *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press; 2006.
  68. Nunally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill; 1994.
  69. André B, Sjøvold E, Rannestad T, Ringdal GI. The impact of work culture on quality of care in nursing homes -- a review study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;n/a-n/a.
  70. Malmedal W, Ingebrigtsen O, Saveman B. Inadequate care in Norwegian nursing homes -- as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23(2):231-42.
  71. Westland JC. Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electronic Commerce Research and Applications*. 2010;9(6):476-