

Herths håpsindeks

TEKST

Tone Rustøen

Astrid Klopstad Wahl

PUBLISERT 28. februar 2007

For bidrag til denne spalten, kontakt Ståle Pallesen (staale.pallesen@psysp.uib.no) eller Gro Mjeldheim Sandal (gro.sandal@psysp.uib.no). For fritt tilgjengelige tester og skalaer, se www.nasjonaltskalaregister.no.

Dufault og Martocchio (1985) definerer håp som «a multidimensional dynamic life force characterized by a confident yet uncertain expectation of achieving a future good which, to the hoping person, is realistically possible and personally significant». De understreker at håp er en prosess bestående av to sfærer og seks dimensjoner. Den ene sfæren er et generalisert håp, en generell følelse som beskytter den håpende ved å kaste en positiv glød over livet. Den andre sfæren er det partikulære håp som er knyttet til et bestemt objekt som kan være abstrakt eller konkret (eksempelvis en ny behandling). Dimensjoner i håp er: en kognitiv dimensjon, en affektiv dimensjon, en kontekstuell dimensjon, en tidsdimensjon, en tilknytningsdimensjon og en atferdsdimensjon. Vi vil utdype disse dimensjonene noenærmere.

Håp kan forstås som den fundamentale kunnskapen om og følelsen av at det er en vei ut av vanskelighetene (Lynch, 1974), hvor både de affektive og de kognitive aspektene ved håp understrekes. Håp er oftest beskrevet som en viktig følelse ved kriser eller tap (Rustoen & Hanestad, 1998). Håp blir ikke betraktet som en stabil egenskap ved mennesket, men som en tilstand influert av eksterne faktorer som sykdom og endringer i livet (avhengig av kontekst). Håp innebærer en forventning om å kunne nå noe i framtiden, og vil på den måten være tidsrelatert (Dufault & Martocchio, 1985). Sykdom er en trussel mot framtiden ved at leveutsiktene er redusert eller krever endringer i livsførselen. Betydningen av gode interpersonlige forhold blir også understreket ved håp (Nowotny, 1989), enten til andre mennesker eller med et religiøst innhold (tilknytning). Den atferdsmessige dimensjonen i håp er knyttet til hvilke handlinger man iverksetter, eksempelvis å spise sunn mat, be eller ta en avgjørelse (Dufault & Martocchio, 1985).

Det er utviklet flere skjemaer for å kartlegge håp innenfor helsefaglige disipliner, spesielt av sykepleieforskere. Eksempler på slike instrumenter er Millers håpsskala (Miller & Powers, 1988), Nowotnys håpsskala (Nowotny, 1989), Stoners håpsskala (Stoner & Keampfer, 1985), Herths håpsskala (Herth, 1991) og Herths håpsindeks (Herth, 1992). Disse er til dels utviklet på basis av ulike definisjoner av håp. Herth håpsindeks baserer

seg på Daufalt og Martocchios forståelse av håp og er anvendt i en rekke studier både i Norge og internasjonalt. I denne artikkelen vil vi presentere dette instrumentets psykometriske egenskaper relatert til norsk kontekst.

Norsk tilpasning

Herth håpsindeks (HHI) er en forkortelse og videreutvikling av Herths håpsskala (HHS). For å øke den kliniske nytten av HHS ønsket man å utvikle enkle spørsmål og knytte disse spørsmålene til voksnes erfaringer av endringer i helse (Herth, 1992).

HHI er basert både på den globale dimensjonen og de spesifikke dimensjonene av håp og består av 12 spørsmål som skal besvares ved hjelp av en likertskala fra 1, «helt uenig» til 4, «helt enig». Følgende temaer reflekteres i HHI: 1) positivt syn på livet, 2) mål, 3) følelse av å være helt alene, 4) en lysning i tunnelen, 5) en tro som gir styrke, 6) redsel for fremtiden, 7) huske lykkelige/gode stunder, 8) indre styrke, 9) gi og motta kjærlighet, 10) følelse av retning i livet, 11) hver dag har et potensial, og 12) følelse av at livet har verdi. To av spørsmålene er negativt formulert og må snus før den enkeltes respons på spørsmålene summeres (spørsmålene 3 og 6). Mulig skåre er fra 12 til 48, og høyere skårer blir antatt å avspeile høyere håp.

Oversettelsen av HHI fra engelsk til norsk ble gjort ved hjelp av en frem-og-tilbake-prosedyre (Wahl et al., 2004). HHI er anvendt i flere norske studier, både i befolkningen generelt og innenfor ulike sykdomsgrupper (Rustoen et al., 2003, Rustoen, Wahl, Hanestad, Gjengedal & Moum, 2004; Rustoen, Howie, Eidsmo & Moum, 2005). Erfaringer viser at administrasjonen av den norske versjonen fungerer tilfredsstillende.

Faktorstruktur

Begrepsvaliditeten er undersøkt ved hjelp av faktoranalyse basert på studier i USA. Man fant da en trefaktorløsning som forklarte 61% av variansen i skjemaet (Herth, 1992). Disse faktorene ble begrepsfestet som tid og fremtid, positiv beredskap og forventninger og sammenheng, og var i overensstemmelse med på forhånd definerte faktorer i HHS. En faktoranalyse (PCA) på et norsk utvalg fra befolkningen viser ikke samsvarende resultater (Wahl et al., 2004), da det ble funnet en tofaktorløsning som forklarte 38% av variansen. Den ene faktoren reflekterte de positivt rettede spørsmålene (ti utsagn), mens den andre faktoren reflekterte negativt ladede spørsmål. Forskjellene mellom de ulike testene kan skyldes ulikheter i antall respondenter i studiene, ulike diagnoser og kulturell bakgrunn.

Reliabilitet

HHI er tidligere evaluert på 172 voksne amerikanere med ulike sykdommer (Herth, 1992). Man fant her en Cronbachs alpha på 0.97 og en test-retest-korrelasjon på 0.91. I en norsk befolkningsstudie fant vi en Cronbachs alpha på 0.81 (Wahl et al., 2004). Videre ble det funnet her at korrelasjonen mellom de ulike utsagnene i skalaen varierte fra -0.09 til 0.58. Korrelasjonen mellom den totale skåren og de ulike utsagnene varierte fra 0.37 og 0.76 ($p < 0.001$).

Validitet

Det er utført flere utenlandske studier som har undersøkt validiteten til HHI. Umiddelbar validitet («face validity») og innholdsvaliditet ble vurdert av et ekspertpanel (Herth, 1992). Kriterierelatert validitet er vurdert ved å korrelere HHI og HHS ($r = 0.92$), existential wellbeing scale ($r = 0.84$) og Nowotny Hope scale ($r = 0.81$). Man fant også forskjeller i håp knyttet til sykdomslengde og fatigue. Divergent validitet ble evaluert ved å korrelere HHI med en håpløshetsskala ($r = -0.73$). I den norske studien fant man lavere håp hos mennesker med langvarig sykdom og en statistisk signifikant positiv korrelasjon med livskvalitet ($r = 0.48, p < 0.001$) og en signifikant negativ korrelasjon med fatigue ($r = -0.30, p < 0.001$) (Wahl et al., 2004).

Resultater fra norske studier

I den norske befolkningsstudien fant vi en gjennomsnittlig global håpsskåre på 36.7 (SD 4.1) (Rustoen et al., 2003). Kvinner rapporterte høyere håp enn menn, yngre hadde høyere håp enn de eldre, og de med lengst utdanning hadde høyere håp. Vurdering av egen helse hadde en sterk positiv sammenheng med håp, og de som var mest fornøyd med sin egen helse, hadde også sterkere håp. I en annen studie ble håp kartlagt hos pasienter med hjertesvikt ($n = 93$) (Rustoen et al., 2005). For å kunne vurdere deres håp ble det sammenlignet med et aldersjustert utvalg fra den norske normalbefolkningen ($n = 441$). Det viste seg her at pasientene med hjertesvikt hadde sterkere håp enn normalbefolkningen, kontrollert for demografiske data. Alvorlighetsgrad av hjertesvikt betydde ikke noe for håpet deres.

Håp er også blitt kartlagt hos personer med cystisk fibrose (CF) ($n = 86$) ved å sammenligne med et aldersjustert utvalg fra normalbefolkningen ($n = 1021$) (Rustoen et al., 2004). De med CF hadde lavere håp enn normalbefolkningen (kontrollert for alder, kjønn, utdanning og sivil status), spesielt på spørsmål om redsel for fremtiden. CF-gruppen hadde derimot et sterkere håp med hensyn til indre styrke. CF-gruppen var ellers yngre, levde oftere alene, var ikke i betalt arbeid, men hadde det samme utdanningsnivået som normalbefolkningsutvalget. Håpet ble sterkere med økende alder i CF-gruppen, og lungefunksjon var den variabelen som sterkest påvirket håpet i negativ retning. Funnene fra CF- og hjertesviktstudiene kan forklares med endringer i forventninger, mål og verdier og dermed hva som er viktige komponenter i håpet. Hjertesviktpasientene kan være mer opptatt av det livet de har levd, enn av fremtiden, og CF-pasientene har opparbeidet seg en indre styrke.

Anvendelsesområde og tilgjengelighet

HHI kan benyttes så vel i klinisk praksis som i forskning. Den er generell og kan besvares av personer på tvers av ulike kontekster.

Kaye Herth utviklet skjemaet initialt. Den norske versjonen av HHI kan fås ved henvendelse til Tone Rustøen, Høgskolen i Oslo, e-post tone.rustoen@su.hio.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 3, 2007, side 273-274

TEKST

Tone Rustøen

Astrid Klopstad Wahl

+ **Vis referanser**

Referanser

Dufault, K. & Martocchio, B. C. (1985). Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20, 379-391.

Herth, K. (1991). Development and refinement of an instrument to measure hope. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 5, 39-51.

Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.

Lynch, W. F. (1974). *Images of hope*. London: University of Notre Dame Press.

Miller, J. F. & Powers, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*, 37, 6-10.

Nowotny, M. L. (1989). Assessment of hope in patients with cancer: development of an instrument. *Oncology Nursing Forum*, 16, 57-61.

Rustoen, T. & Hanestad, B. R. (1998). Nursing intervention to increase hope in cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 19-27.

Rustoen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Gjengedal, E. & Moum, T. (2004). Expressions of hope in cystic fibrosis patients: A comparison with the general population. *Heart & Lung*, 33, 111-118.

Rustoen, T., Howie, J., Eidsmo, I. & Moum, T. (2005). Hope in patients hospitalized with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 14, 417-425.

Rustoen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Miaskowski, C. & Moum, T. (2003). Hope in the general Norwegian population, measured using the Herth Hope Index. *Palliative and Supportive Care*, 1, 309-318.

Stoner, M. H. & Keampfer, S. H. (1985). Recalled life expectancy information, phase of illness and hope in cancer patients. *Research in Nursing and Health*, 8, 269-274.

Wahl, A. K., Rustoen, T., Lerdal, A., Hanestad, B. R., Knudsen, O. Jr. & Moum, T. (2004). The Norwegian version of the Herth Hope Index (HHI-N): A psychometric study. *Palliative & Supportive Care*, 2, 255-263.