

SPL3901

06HBSPLH

Avsluttende eksamen i sykepleie

Gruppe nr 638

HUMOR PÅ INTENSIV AVDELING

”Kan sykepleiers bruk av humor bidra til å redusere pasientens opplevelse av utrygghet på intensiv avdeling?”



Høgskolen i Gjøvik

Seksjon for sykepleie, mai 2009

Antall ord: 9854

Innhold

Innholdsfortegnelse.....	3
1.0 Innledning	4
1.1 Presentasjon av tema.....	4
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	4
1.3 Oppgavens hensikt.....	5
1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling	5
1.5 Oppgavens oppbygging	7
2.0 Metode	8
2.1 Litteraturstudium som metode	8
2.2 Forskningsetiske retningslinjer	10
2.3 Presentasjon av litteraturvalg og kildekritikk	10
3.0 Joyce Travelbees Sykepleieteori.....	13
3.1 Mennesker og sykepleie.....	13
3.2 Menneske-til-menneske-forhold	14
3.3 Kommunikasjon.....	14
4.0 Humor	16
4.1 Hva er humor?	16
4.2 Humorens hovedfunksjoner	18
4.3 Humor og etikk	18
4.4 Humorforskning.....	19
4.5 Terapeutisk kommunikasjon.....	20
4.6 Å være trygg og utrygg	21
5.0 Drøfting	23
5.1 Hva skaper utrygghet på en intensiv avdeling?.....	23
5.2 Humor og kommunikasjon i pleien av den syke.....	26
5.3 Humor og Etikk – kan man spøke om alt?.....	30
6.0 Oppsummering og Konklusjon	34
7.0 Etterord.....	36
Litteraturliste	38

Vedlegg 1: Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Innledning

I dette kapittelet vil jeg presentere og begrunne valg av problemstilling. Videre vil jeg komme inn på avgrensning og presisering av problemstillingen. Til slutt vil jeg beskrive hvordan oppgaven er bygd opp.

1.1 Presentasjon av tema

Gjennom undervisning, studentpraksis og arbeid har jeg fått et inntrykk av at humor er hyppig brukt i samspill mellom pasientene og oss som sykepleiere. Noen sykepleiere brukte humor bevisst og aktivt overfor pasientene, mens andre var mer nøytrale i forhold til bruk av humor. Det som forundrer meg, er at så lite av pensumlitteraturen omtaler nettopp denne siden ved kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Vi lærer viktigheten av å møte pasientene med en grunnholdning av respekt og medmenneskelighet. Bruk av humor i relasjon med pasientene, er etter min erfaring sjelden nevnt. Å spøke med pasienten betyr ikke nødvendigvis det samme som å være respektløs overfor pasienter som for øyeblikket kan være kritisk syke.

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

I forbindelse med studentpraksis ble jeg oppmerksom på hvordan både pre- og postoperative pasienter prøvde å formidle hvordan de hadde det, kamuflert under en fleipete eller ironisk tone. Selv alvorlig syke og terminale pasienter kunne plutselig komme med bisarre kommentarer om egen situasjon. Noen sykepleiere responderte umiddelbart i samme tone, mens andre ble tydelig utilpass i situasjonen. Jeg ble nysgjerrig på om denne formen for kommunikasjon kunne handle om trygghet. Var det slik at dette var noen pasienters måte å be om hjelp, eller å formidle smerte, tanker og følelser uten å tape ansikt? Følte pasientene at de *måtte* smile og le hvis sykepleier gjorde det? Hadde atmosfæren ved avdelingen noe å si for opplevelsen av trygghet? Kan humor være en av de ulike måter eller midler sykepleiere kan bruke for å bistå det

friske eller syke mennesket, med å utføre tiltak som fremmer helse, lindrer lidelse eller bidrar til en fredfull død? Etter som spørsmålene ble fler, ble det naturlig å velge humorens rolle i relasjon mellom sykepleier og pasient som tema for oppgaven.

1.3 Oppgavens hensikt

Å være innlagt på sykehus kan oppleves både som trygt og utrygt for enkeltmennesket, avhengig av omstendigheter og diagnose. På en intensiv avdeling ligger imidlertid alvorlig og kritisk syke mennesker. Formålet med oppgaven er å undersøke om bruk av humor overfor, og i samspill med alvorlig syke pasienter kan ha noe å si for pasientens der og da - opplevelse av å være trygg i situasjonen.

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Her vil jeg få begrunne de avgrensningene jeg har gjort, og videre presisere begrepene brukt i problemstillingen.

Jeg har begrenset oppgaven til pasienter på en intensiv avdeling på et middels stort sykehus. Jeg kommer ikke til å beskrive kompliserte tekniske prosedyrer eller praktisk utførelse av stell, men konsentrere oppgaven om kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Pasientene er voksne over 18 år, slik at oppgaven ikke favner kommunikasjon med barn. Barns forståelse av humor er et eget forskningsfelt, basert på intellektuell utvikling og språkforståelse.

Humor må sies å være et vidt begrep. Jeg kommer til å gå inn på noen former for humor, men har ikke mulighet til å dybdeforklare de ulike former for humor ut fra kulturelle, etniske, sosiale eller språklige forskjeller. Ei heller vil jeg gå inn på eventuelle forskjeller i alder, kjønn, klasse, utdanning eller inntekt. Fysiologiske effekter eller de mange former for latter, er ikke tatt med grunnet oppgavens ordbegrensning. Diagnoser vil bli nevnt som eksempler, men jeg vil ikke gå inn i pasientens sykdomsbilde

I denne oppgaven er forholdet mellom sykepleier og pasient vektlagt. Pasientens pårørende er utelatt, vel vitende om at nærværet av pårørende kan være en av de viktigste ressursene for at en pasient føler seg trygg i situasjonen. (Kristoffersen, 2005)

Ut fra denne tanken har jeg valgt å jobbe ut fra problemstillingen

”Kan sykepleiers bruk av humor bidra til å redusere opplevelsen av utrygghet hos pasienter på intensiv avdeling?”

Jeg vil kort få definere nøkkelordene i problemstillingen.

En *intensiv avdeling* er en avdeling hvor pasientene er under intens overvåking og behandling. Denne benyttes særlig for nyopererte pasienter og for pasienter med akutt hjerte- eller lungesvikt.

Med ”*sykepleier*” mener jeg autorisert sykepleier med videreutdanning innen intensiv sykepleie. All utøvelse av sykepleie relatert til denne oppgaven foregår på intensiv avdeling om ikke annet er spesifisert.

Når jeg omtaler ”*pasienten*” eller ”pasienter” er disse innlagt til observasjoner og medisinsk behandling på intensiv avdeling av ulike årsaker, for kortere eller lengre perioder. Når jeg skriver ”han” eller ”hun” i teksten, refererer jeg også til ”pasienten”. Disse pasientene er anonymisert i forhold til navn, alder og bosted.

Bokmålsordboka forklarer begrepet *utrygg* med å være utrygg på noe(n) ikke ha tillit til noe(n) / føle seg utrygg, være engstelig, være nervøs (Bokmålsordboka)

Humor relaterer seg først og fremst til spøk og skjemt i kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Humor som begrep vil bli nærmere omtalt i kapittel 4.

Sentralt i oppgaven står kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.

Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare* som betyr ”å gjøre felles”(Tyrdal, 2002) Når vi kommuniserer, forsøker vi å opprette et fellesskap og samhörighet med et annet menneske.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt i 7 kapitler. Kapittel 1 inneholder innledning med presentasjon av tema, problemstilling og oppgavens oppbygging. Kapittel 2 er metodedelen der jeg beskriver hvordan jeg går fram for å finne svar på problemstillingen. Kapittel 3 tar for seg sykepleieteori sett gjennom Joyce Travelbees øyne. Kapittel 4 er en presentasjon av litteraturen jeg har valgt for å belyse problemstillingen i form av teori. Kapittel 5 er oppgavens drøftingsdel, der jeg vil forsøke å drøfte litteraturen opp mot problemstillingen og trekke inn noen eksempler fra hospiteringspraksis. Drøftingen er delt i tre av praktiske årsaker, men vil trekkes sammen i en konklusjon i kapittel 6. I kapittel 7 avrundes oppgaven med etterord og prosessevaluering.

Hva er så en metode, og hvordan går man frem for å finne den?

2.0 Metode

Jeg vil i dette kapittelet beskrive hvilken metode jeg brukte for å få svar på problemstillingen. En definisjon på metode kan beskrives slik:

En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder. (Dalland, 2007, s 81)

En metode er den veien man velger for å kunne finne fram til svaret. Hvilke metoder kan man så velge mellom?

2.1 Litteraturstudium som metode

Mange metoder kan brukes som et middel til å finne svar på en problemstilling. Jeg hadde liten erfaring med bruk av forskningsmetoder, og måtte derfor tidlig overveie og kartlegge hvilken fremgangsmåte som var praktisk gjennomførbart i forhold til mine ressurser. Da jeg skrev alene, skulle ikke arbeidsoppgavene fordeles på flere. For å kunne disponere tiden jeg hadde til rådighet, anså jeg at et litteraturstudium best passet til den fastsatte tidsrammen og de begrensinger oppgaven ga. (Jfr. pkt 1.3) I følge Dalland (2007) gjennomføres et litteraturstudium ved å drøfte problemstillingen opp mot allerede eksisterende litteratur. Litteraturstudiet er dermed avhengig av gode og relevante kilder, da det er dette jeg skal støtter meg til i skriveprosessen.

En fordel med litteraturstudiet er at tekster til enhver tid er tilgjengelige og forholdsvis enkle å innhente. Jeg valgte denne metoden fordi jeg anså den som den beste metoden for å samle gode data og belyse spørsmålsstillingen.

Den førforstående kunnskap jeg hadde om temaet, kommer i følge Dalland(2007) inn under den hermeneutiske tenkningen. Hermeneutikk betyr fortolkningskunst eller forståelselære. Begrepet kommer av det greske ordet *hermeneuein*, som har tre betydninger: 1) å uttrykke eller uttale, 2) å utlegge eller forklare og 3) å oversette eller fortolke. Jeg skal dermed bruke min egen førforståelse, altså de tanker, inntrykk og følelser jeg i utgangspunktet sitter med, og på den måten forsøke å se en helhet på

problemet, i motsetning til en positivistisk fremgangsmåte, som belyser problemet eller objektet bit for bit.

En naturvitenskapelig framgangsmåte skal gi en forklaring på et fenomen (for eksempel et hjerteinfarkt), men det er ved hjelp av hermeneutikken jeg får en forståelse av hva det vil si for pasienten å være syk; pasientens opplevelse av angst, smerte eller usikkerhet. (ibid)

En kvantitativ tilnærming, å tallfeste en følelse eller opplevelse, ville for denne problemstillingen ikke være hensiktsmessig. En kvalitativ tilnærming derimot, søker nærhet til det jeg ønsket å undersøke. Målet var å gå i dybden av problemet, se problemet i lys av hospitering på intensiv avdeling, og å finne det som er spesielt, eller i noen tilfeller avvikende. (Dalland, 2007)

Andre former for metoder kan være en empirisk undersøkelse som har en erfaringsbasert tilnærming, innhenting av data i form av intervju, eller observasjonsstudier.

I hospiteringspraksisen var jeg opptatt av samspillet mellom sykepleier og pasient, og deres måte å kommunisere på. Uformelle samtaler med ansatte med lang erfaring og kompetanse innen arbeid på intensiv avdeling, tilkom som en naturlig del av min tilstedeværelse i avdelingens sosiale miljø. I oppgavens kapittel 5 vil jeg bruke eksempler fra episoder på intensiv avdeling, samt fra litteraturen omtalt i punkt 2.3.

Å velge et litteraturstudium har sine klare fordeler, men også sine ulemper. Ved et litteraturstudium kan man lett la seg farge av litteraturforfatterens ståsted og tolkning. I tillegg kan en fare være at jeg har innhentet litteratur som stemmer overens med min førforståelse av problemstillingens sluttresultat.

Videre skulle jeg gjerne ha tilført oppgaven større tyngde ved å benytte flere metoder i arbeidet med å innhente informasjon. Jeg vurderte oppgavens tidsramme som for kort, og min erfaring som for begrenset til å gjøre et empirisk studie. Å kunne benytte enkle spørreskjema eller gjøre små intervjuer med intensivsykepleierne, ville kunne gi meg større mulighet til å samle verdifull og relevant informasjon.

I tillegg til retningslinjer for forskningsmetoder, finnes det også etiske retningslinjer jeg måtte forholde meg til under arbeidet med oppgaven.

2.2 Forskningsetiske retningslinjer

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisinsk forskningsetikk (NEM) har utarbeidet retningslinjer alle som forsker må forholde seg til. Da jeg har valgt litteraturstudium som metode, fordrer det at jeg viser redelighet i bruk av innhentet litteratur, egne data og forskningsresultater. (Dalland, 2007) Jeg har derfor i størst mulig grad vektlagt å kreditere forfattere og forskere ved å oppgi nøyaktige kildehenvisninger av det materialet jeg benyttet i oppgaven. Når jeg refererer til uformelle samtaler i praksis, har jeg anonymisert kildene og innhentet skriftlig samtykke fra intensiv avdeling.

Jeg har ikke stilt direkte spørsmål til pasienter eller pårørende for innhenting av opplysninger til oppgaven, da Høgskolen ikke anbefaler dette før på Mastergradsnivå. (*Etiske retningslinjer for studentoppgaver, HiG*)

2.3 Presentasjon av litteraturvalg og kildekritikk

I dette kapittelet beskrives hvordan jeg har gått fram for å samle data.

For å samle inn data til oppgaven har jeg benyttet pensumlitteratur, selvvalgte bøker og forskningsartikler. At litteraturen skal være faglitteratur av gyldig kvalitet er vektlagt, og forfatterne skal være anerkjent innenfor sitt område. Blant annet dobbeltsjekket jeg ukjente forfatternavn, opp mot andre forfatteres kildehenvisninger.

Før jeg begynte å søke etter selvvalgt litteratur, var det naturlig å starte med å undersøke studiets pensumlitteratur etter støtte til problemstillingen. Både primær- og sekundær litteratur er benyttet i oppgaven. Primær litteratur er original, det vil si at innholdet ikke er oversatt, eller tolket av andre. Sekundær litteratur er tekster med utgangspunkt i primærlitteratur.

I siste praksis og i forbindelse med arbeid, fikk jeg anledning til å lufte tema og problemstilling med flere sykepleiere. På denne måten fikk jeg et godt utgangspunkt for søk etter forskere innen temaet humor i helsetjenesten. Etter hvert fant jeg via disse

bøkernes kildehenvisninger flere relevante titler som ble bestilt gjennom høgskolens bibliotek.

For å søke etter selvvalgt litteratur brukte jeg høgskolens database, BIBSYS. Søket ble avgrenset til fagområdet Helse- og sosialfaget, og norsk, svensk, dansk og engelskspråklig litteratur ble godtatt i søkene. Baser som MedLine, PsykInfo og Ovid ga mye informasjon. Ikke alt var like relevant. Selv da problemstillingen var noenlunde klar og jeg hadde de viktigste nøkkelordene for hånden, fikk jeg flere hundre treff på disse. For eksempel ga et søk på "humor and anxiety" 665 treff og "Humor and anxiety and intensive care" ga 766 treff. Slike mengder informasjon er ikke mulig å behandle. Jeg har forsøkt å være edruelig i mine utvelgelser, da mye av stoffet manglet relevans, eller kom på siden av min problemstilling. Etter hvert ble jeg flinkere til å avgrense søkene, slik at det ble mulig å lese abstrakter for nærmere undersøkelser. Brukte søkeord var blant annet; Humor, humour, anxiety, nursing and intensive care, intensive care unit, sense of humor og kombinasjoner av disse. Norske søkeord: Humor og helse, intensiv avdeling og trygghet, og en kombinasjon av disse.

Av norske forfattere er det professor og psykolog Sven Svebak (NTNU) og dr Stein Tyrdal som har vært mine trygge kilder. Svebak har forsket på humor i helsesammenhenger i nesten 40 år, og er en flittig brukt kilde av forskere rundt om i verden. Stein Tyrdal er tidligere leder for Nordisk Råd for Medisinsk Humor, og har en genuin interesse for bruk av inkluderende humor innenfor helsevesenet. Jeg tok kontakt med dem via e-post, og fikk rask respons fra begge. Mye av den engelske litteraturen har jeg funnet via deres benyttede kilder, eller etter direkte oppfordring fra dem. Svebak anbefalte meg *The Psychology of Humor* av psykolog Rod A. Martin, mens Tyrdal oppfordret meg til å lese *Humor and the healing arts*, av Athena du Prè, som begge har vært nyttige for oppgaven.

Jeg støtter meg mye til Vera M. Robinson,(1991) en sykepleier med doktorgrad i humor fra California State University, fordi hun i boka "Humor in the health professions" går i dybden på hvordan humor blir brukt i sykepleie. Et studie utført av kanadiske forskere fra Health Sciences Centre i Winnipeg danner også et teoretisk grunnlag i oppgaven.

Jeg vil også komme til å gjøre bruk av Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer. Disse retningslinjene omhandler hvilke plikter og normer vi som sykepleiere er pålagt for å sikre moralsk forsvarlig praksis, overfor pasienten, kollegaer og samfunnet forøvrig.

Som sykepleiefaglig referanse har jeg valgt å bruke Joyce Travelbee. Hun ble født i New Orleans i USA i 1926 og døde i 1973, 47 år gammel. Hennes første bok; *International Aspects of nursing* ble publisert i 1966.(Travelbee, 2003)Travelbees publikasjoner er naturlig nok ikke lenger av nyere dato. Likevel er hun fremdeles en sentral skikkelse i sykepleierutdanningen, med sine tanker om sykepleie som en interaksjonsprosess og med sitt fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier. Jeg føler hennes tenkning sammenfaller med oppgavens valgte tema. Selv om jeg har valgt å bruke den norske oversettelsen av Travelbee, har jeg i tillegg valgt å bruke Jahren Kristoffersen(2005) som en referanse til fortolkning.

Jeg vet at forskningsmateriale til bruk som kilde bør være av så ny dato som mulig, da kontinuerlig forskning kan gjøre eldre litteratur mindre anvendelig. Imidlertid har jeg også funnet eldre tekster (eldste 1991), som jeg vil hevde fortsatt har relevans for temaet humor og de mellommenneskelige forhold. Nyere forskning henviser til, eller bygger ofte videre på allerede innarbeidede teorier.

Ved bruk av sekundærlitteratur er det viktig å ta høyde for at oversetterens egne tolkninger ikke nødvendigvis stemmer med det den primære forfatteren ønsket å formidle. (Dalland, 2007) Eksempler på sekundærlitteratur er Jahren Kristoffersen og Tyrdals *Humor og Helse* 1 og 2. Å lese engelsk litteratur har gått greit, men i engelske tekster blir begrepet humor eller humour benyttet om både humor og humør, uten noe klart skille.

I noen grad hadde det vært ønskelig å komplimentere Travelbees teorier med andre teoretikere. Selv om alle teoretikere har mye bra hver for seg, ville man kanskje kunne framhevet et poeng ytterligere ved bruk av ulike betraktninger. Jeg forstår det slik at all teori har sitt utgangspunkt i en empirisk undersøkelse det er blitt forsket videre på, altså bygd på teoretikerens personlige yrkeserfaring og interaksjon med andre.

Nå skal vi se på hva Travelbee har å si om sykepleie, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon.

3.0 Joyce Travelbees Sykepleieteori

Joyce Travelbee var utdannet psykiatrisk sykepleier, men var også en anerkjent sykepleielærer, foredragsholder og forfatter. Teorien hennes nevner ikke bruk av humor i kommunikasjon spesifikt, men hennes teorier viser viktigheten av å få pasienten til å føle omsorg ved å bygge gode relasjoner basert på trygghet. De viktigste begrepene hun fremhever i sin sykepleieteori er: mening, lidelse, kommunikasjon, mennesket som individ og menneske–til –menneske-forhold. I denne oppgaven vil jeg redegjøre for de siste punktene, da jeg mener disse er mest relevant for problemstillingen.

Først vil jeg vise til hva slags tenkning som ligger til grunn for hennes menneskesyn.

3.1 Mennesker og sykepleie

Travelbees definisjon av sykepleie lyder;

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”(2003:29)

Joyce Travelbee bygger sin teori på en humanistisk og eksistensialistisk filosofi, altså et helhetlig menneskesyn. (Kristoffersen, 2005, b4) Travelbee retter ikke bare oppmerksomheten mot pasientens skade, sykdom eller funksjonssvikt, men på hele hans væren og situasjonen han befinner seg i. Det er dermed avgjørende at sykepleieren har naturvitenskapelig kunnskap om kroppens fysiologiske reaksjoner, sykdomsprosesser, symptomer ved sykdom og de ulike behandlingsformer. Hvis sykepleier mangler vesentlig faglig kunnskap, vil hun ikke kunne avdekke, og enda mindre ivareta den sykes behov, og poengterer; ”*gode hensikter og vennlighet kan ikke erstatte innsikt og ferdigheter i sykepleieprosessen”(2003:184).*

Har sykepleieren fagkunnskapen på plass, kan hun hjelpe pasienten til å mestre, bære og finne mening under sykdom og lidelse, hjelpe pasienten til å akseptere sin sårbarhet som menneske, samt å bevare håpet.(Jfr pkt 5.1)

Ved å betrakte sykepleie som en prosess understrekes betydningen av å høste erfaring fra de hendelsene som oppstår mellom sykepleier og pasient. Først og fremst er sykepleie en mellommenneskelig prosess, fordi det alltid, direkte eller indirekte, dreier seg om mennesker, sier hun. ”*Mennesket er et unikt og uerstattelig individ – en engangsforfølelse, lik og samtidig ulik alle andre mennesker som noen gang har levd eller vil komme til å leve.*” (2003:54) Travelbee mener at det overordnede målet for all sykepleie, er etablering av et menneske-til-menneske-forhold, og opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt.

3.2 Menneske-til-menneske-forhold

En slik kontakt forutsetter at pasient og sykepleier kan se forbi sine roller og møtes som to likeverdige mennesker. Det er ”*bare mennesker som kan bygge opp forhold til hverandre, ikke kategorier eller merkelapper*” fremholder hun. (2003:188) En sykepleier må bestrebe seg på å bli kjent med pasienten, og la seg bli sett som et hjelpende menneske, ikke som en rolle. Pasienten skal sees som et menneske med behov for hjelp. Når det råder en gjensidig forståelse og kontakt, er den syke forbi stadiet der han setter sykepleieren på prøve for å se hvor pålitelig hun er. Da vil pasienten slappe av og oppleve trygghet ved at han stoler på sykepleieren. Slik kan han bruke kreftene til å bli frisk, mener Travelbee.

3.3 Kommunikasjon

Travelbee beskriver kommunikasjon som en dynamisk kraft som kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner. Den kan brukes til å trekke andre mennesker nærmere, eller til å støte dem bort. Til å gi hjelp, eller til å såre. (2003:137)

Kommunikasjon er ikke et mål i seg selv, men et middel i prosessen for å oppfylle sykepleierens mål og hensikt, og en forutsetning for å bygge relasjoner mellom mennesker. Hennes definisjon av sykepleie er presentert i kapittel 3.1.

Travelbee hevder at i ethvert møte mellom sykepleier og pasient, foregår det en eller annen form for verbal eller nonverbal kommunikasjon. Både bevisst og ubevisst utveksler pasient og sykepleier informasjon gjennom atferd, holdning, ansiktsuttrykk, gester og manerer. Sykepleierens kroppsspråk vil altså avsløre hvor stor grad av interesse hun har for den syke.

Evnen til målrettet kommunikasjon og terapeutisk bruk av seg selv anser Travelbee som avgjørende. Sykepleieren skal være bevisst på hvilke kommunikasjonsteknikker hun bruker, og hva hun formidler til pasienten. *”En sykepleier som er i stand til å bruke seg selv terapeutisk, bruker sin egen personlighet og egne kunnskaper bevisst for å oppnå et forhold til den syke.”*(2003:150) For å oppnå dette forventer hun at en sykepleier innehar visse kommunikasjonsferdigheter. Sykepleieren skal observere og tolke observasjonene, legge til rette og styre interaksjonen for å nå sine mål, samt finne ut om kommunikasjonen når frem. En sykepleier bør også forstå når en bør snakke og når en bør tie, samt å evaluere sin egen deltagelse i interaksjonen.

Kan en av måtene å oppnå gode relasjoner på være ved bruk av humor?

4.0 Humor

I dette kapittelet skal jeg gi et innblikk i hvor begrepet opprinnelig kommer fra, humor som kommunikasjonsform samt etiske aspekter. Videre ser jeg på noen ulike former for humor. Opplevelsen av å være utrygg behandles sist i kapittelet.

4.1 Hva er humor?

I følge Tyrdal sier et gammelt visdomsord;

"Humor er det du ikke har når du skal si hva det er" (2002:13,b 1)

Selve begrepet humor er gammelt, og beskrives av Hippokrates allerede ca. år 400 f. Kr. De fire kroppsvæskene, og balansen mellom dem sto sentralt i den greske medisinen. Hvis det oppsto ubalanse mellom blod, gul galle, svart galle eller slim, ville pasienten utvikle dårlig humor, eller dårlig humør. Det latinske ordet humor betyr opprinnelig fuktighet (humorem) eller væske, og målet med behandlingen var å gjenopprette væskebalansen og det gode humøret. Legene hadde tre hovedbehandlingsformer; årelating, brekkmidler og avføringsmidler. (Tyrdal 2002, Robinson, 1991, Martin, 2007)

Fortsatt ser vi en sammenheng mellom sykdom og humøret, men årsaksforholdene tolkes i dag annerledes. (Tyrdal, 2002, b 1) I dag blir begrepet humor forbundet med latter og godt humør, men det handler også om mer. Humor, såkalt sosial intelligens og innstilling til livet selv, er beslektede tema.

En av mange definisjoner på humor lyder;

"Den mentale evne til å oppdage, uttrykke eller sette pris på elementer av latterlig eller absurd inkongruens i ideer, situasjoner, hendelser eller handlinger" (Tyrdal, 2002:15)

I følge Tyrdal forklares dette med motsetninger i ideer, i situasjoner eller som avviker fra det som er vanlig, normgivende eller det som er forventet. Robinson (1991) hevder at å finne en universal definisjon på humor er like vanskelig som å finne et universalt

språk. Som sykepleier er Robinson opptatt av humor i kommunikasjon med pasienter. Robinson finner det meningsfullt å definere humor som *"en hvilken som helst kommunikasjonsform som oppfattes av en av partene som morsom, og som fører til latter, smil og en følelse av glede."* (Min oversettelse, 1991:10)

Tyrdal (2002,b1) skriver at alvor er motsetningen til humor. Alvor uten humor er ikke til å holde ut. Og humor uten alvor er uinteressant. Humor er en sosialt akseptert måte å sette spørsmålstegn ved, og kritisere sosiale hierarkier og regler. På den annen side kan humorens alvorlige undertone også være fryktet.

Humor som begrep spenner vidt, og inneholder derfor svært mange undergrupper. Grovt kan vi likevel dele inn i positiv og negativ humor. Den store og mest markante forskjellen handler om å le *med* en person, eller *av* en person.

Negativ humor som sarkasme, mobbing og ironi kan føles krenkende og ekskluderende. Ondskapsfull og fiendtlig humor søker å ramme et menneskes selvfølelse, og kan gjøre alvorlig skade.

Positiv humor, også kalt den vennlige humoren, bygger på et positivt menneskesyn, og er inkluderende i sin form. Vennlig humor skaper en atmosfære av trygghet, tillit og trivsel, og går ikke ut over noen. Konteksten vi er i, hva som blir sagt, hvem som sier det, samt hvor motiverte vi er, har mye å si for utfallet av hvordan humoren oppfattes. (Svebak, 2000, Tyrdal, 2002)

Svebak definerer sansen for humor som *"en persons evne til først og fremst å oppfatte og selv produsere humoristiske budskap, men også til å trives i humoristiske, sosiale situasjoner og gi uttrykk for munterhet gjennom smil og latter"*.

En persons sans for humor er avhengig både av ens evne til å leke med tanker, ens holdning til andre mennesker og morsomme situasjon, samt ens evne til å le. Humor er et sosialt fenomen, og sans for humor er en personlig egenskap. *"I humor kan man leke med ord, bevegelser, lyder, musikk, situasjoner, tanker og fantasier"* (Tyrdal, 2002:23 b1) Egenskapen er medfødt, og først og fremst et psykologisk fenomen. Når en egenskap er medfødt betyr det at egenskapen har mulighet for utvikling. Sansen for

humor er det beste eksempel på at mennesket er et levende og integrert biologisk, psykologisk og sosialt vesen, skriver Svebak.

Som ytterligere forklaring relatert til humor, kan *humør*, beskrives som en mild stemning av varig karakter uten klar årsak til noen bestemt hendelse, altså en grunnstemning. *Følelser* (emosjoner) er sterkere, forbigående og henger sammen med hendelser, eller oppfattelsen av disse, mens *affekter* er situasjonsbetingende og kan beskrives som uttrykk for intense følelser som vises gjennom kroppsspråk. Godt eller dårlig humør er direkte relatert til positiv eller negativ tenkning. (Svebak, 2000)

4.2 Humorens hovedfunksjoner

I følge Robinson(1991), har humor tre hovedfunksjoner innenfor sykehuset. En kommunikativ, en sosial, samt en psykisk funksjon. Gjennom humor kan man kommunisere og fortelle om situasjoner som er vanskelige og belastende for en selv, noe som bidrar til å mestre disse situasjonene. Den sosiale funksjonen har betydning for interaksjonen mellom sykepleier og pasienten ved å ”bryte isen” og redusere sosial avstand. Humor er kontaktskapende og fremmer tillit og trygghet. Den fremmer både å gi hverandre støtte og å ta imot støtte, og løse opp rigiditet og sosial struktur uten å virke ødeleggende. Humor som kommunikasjonsform i helsevesenet er som oftest spontan eller situasjonsbetinget. En i utgangspunktet normal hendelse, kan ved en vittig bemerkning eller en uventet handling, gi et annet resultat enn det forventede, og derved utløse en reaksjon. (Robinson, 1991:37-58, Tyrdal 2002)

4.3 Humor og etikk

Bruken av humor stiller krav til moralsk ettertanke og etisk forpliktelse. Etikk og moral brukes i forskjellig betydning. Moral er reglene og retningslinjene som vi mener er riktige og/eller som vi følger. Etikken er teorien om moralen, begrunnelsen for moralreglene og sammenhengen mellom de forskjellige moralske reglene.(Slettebø, 2002) Humor speiler samfunnet, med dets normer og verdier. Som sykepleiere har vi et

spesielt ansvar for etiske verdier. De fire medisinske etiske prinsippene, kan like gjerne overføres til sykepleierens virke. Prinsippene har samme gyldighet uten rangordning;

Autonomiprinsippet betyr at pasienten har rett til å avstå fra behandling/humor, og pasientens autonomi vurderes høyere enn sykepleierens ønske om å gjøre godt.

Godhetsprinsippet. Det er gjort mye ondt av god mening. Fiendtlig humor eller humor på pasientens bekostning. Humorbruk krever kompetanse og refleksjon

Ikke-skade-prinsippet. Unngå ironi og sarkasmer/mobbing

Rettferdighetsprinsippet, betyr at pasienter ikke skal ekskluderes fra normal kommunikasjon.

I tillegg til disse fire, kommer ansvar, konfidensialitet, diskresjon og taushetsplikt inn under de grunnleggende normene i sykepleieetikken. Spesielt vil retten til ikke å bli krenket være særlig gjeldende her. (Slettebø og Tyrdal, 2002, Yrkesetiske retningslinjer, vedlegg 1)

4.4 Humorforskning

I helsevesenet er vi opptatt av at alt skal kunne bekreftes ved hjelp av forskning.

Tyrdal(2002,b 1) mener vanskeligheten ved å forske på fenomenet humor ligger i at det ikke er noen allmenn enighet om selve definisjonen, eller om betydningen av sentrale begreper. Både historikere, filosofer, antropologer, språkforskere, psykologer og fysiologer har studert fenomenet humor i tusenvis av undersøkelser, men ingen av dem forklarer humorfenomenet fullverdig, hevder Tyrdal. Svebak understreker at *”opplevelsen av humor er en av de mest kompliserte prosessene menneskehjernen klarer å produsere.”*(2000:95, Martin, 2007)

De fleste teoriene analyserer fenomenet ut ifra stimulus-respons-perspektivet (blant annet utført i laboratorier) og ikke ut fra måten humor oppfattes på, men en studie gjort på 50-tallet utført av Jacob Levine, konkluderte med at en spøk bare oppfattes som morsom hvis den øker utryggheten og samtidig forløser og lindrer den.(Robinson, 1991, min oversettelse)

Levine beskrev tre former av reaksjoner på vitsing og humor. Hvis spøken ikke fremkaller spenning og usikkerhet, vil mottageren være likegyldig. Hvis spøken fremkaller usikkerhet, men at poenget umiddelbart fjerner usikkerheten, vil mottageren oppfatte vitsen som morsom. Om vitsen fremkaller usikkerhet, men poenget ikke umiddelbart fjerner usikkerheten, vil mottageren reagere med avsky, forlegenhet eller forferdelse. (Robinson, 1991, min oversettelse)

Svebak henviser til en undersøkelse utført på studenter relatert til angsten for å dø. Konklusjonen viste at de med størst dødsangst verdsatte humor mindre enn de andre personene i forsøksgruppen, enten humoren dreide seg om døden eller ikke. (Svebak, 2000:77)

Et nyere studie utført i Canada ønsket å kartlegge bruk av humor i arbeid med kritisk syke mennesker. En forsker tilbrakte 72 timer på en intensiv avdeling, hvor hun observerte og intervjuet 15 sykepleiere. (Jfr. Kap 5) Pasientene ble beskrevet som alvorlig syke. Graden av angst og utrygghet var høy, og personalet sto overfor mange krevende og følelsesmessige situasjoner. Kriser var dagligdags, døden var nær, og følelsene var mange. Forskerne i undersøkelsen konkluderte med at bruk av humor var viktig ved slike avdelinger, både blant personalet, og ikke minst mellom sykepleier og pasient. Undersøkelsen viste at å bruke humor gjorde det enklere å håndtere og bearbeide de alvorlige situasjonene som oppstår på avdelinger med alvorlig syke mennesker. (Wiley-Blackwell, 2008)

Robinson(1991) mener at felles for alle teoriene om humor er at de inneholder de samme grunnleggende holdningene om at humor lindrer spenning, engstelse, frustrasjon eller bidrar til å distansere seg fra livets realiteter.

4.5 Terapeutisk kommunikasjon

Tyrdal (2002) spesifiserer terapeutisk kommunikasjon som en faglig begrunnet kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.

Første bud for god kommunikasjon, er at partene forstår hva som blir formidlet. Dette kan oppnås ved en prosess som består av tre overordnede begrep; Transaksjon, interaksjon og kontekst.

Transaksjonen inneholder budskapet eller informasjonen som gis.

Interaksjonen er rollene våre, for eksempel sykepleier – pasient, og ”kjemien” mellom dem. Kjemien er avgjørende for hvordan samtalen oppleves og om kommunikasjonen fungerer.

Konteksten er de omstendighetene samtalen foregår under, og bestemmer hvordan det som blir sagt skal oppfattes. (Jfr pkt 3.3)

Tyrdal har oversatt sykepleierteoretiker Virginia Hendersons definisjon av humor relatert til sykepleien.

”Humor og spøk er helsefremmende da de gir en umiddelbar virkning og gjør det lettere for individer å møte virkeligheten. Sykepleiere som kan se hva som er absurd i sin egen og andres væremåte, har også en følelse for det som er tragisk.”(s 186, bok 2)

Fem punkter kan være en rettesnor når det gjelder å vurdere bruk av humor og hvordan man skal bruke den. Man skal ha et visst kjennskap til den man spøker med, man skal utvise et skjønn i situasjonen, og man skal også sørge for at andre forstår og kan se det humoristiske i situasjonen. Man skal kun bruke humor der det er hensiktsmessig oppbyggende, og kun med dem man liker. (Svebak, 2000, Tyrdal, 2002)

4.6 Å være trygg og utrygg

Kristoffersen et al(2005, kap 16) beskriver trygghet som et grunnleggende behov, med mange aspekter. Psykologen Abraham Maslow rangerte behovet for trygghet som nr tre i sin behovspyramide, etter behovet for mat og drikke. Han mente at behovet innebar *“security, stability, dependency, protection, freedom from fear, anxiety and chaos; need for structure, order, law and limits; strength in the protector, and so on”*(Kristoffersen, 2005,b 3:19)

Trygghet er ikke en følelse alene, men en måte å være til på. En fortrolighet med verden, skriver Kristoffersen, som også viser til en kvalitativ undersøkelse blant

sykehuspasienter. Pasientene beskrev opplevelsen av trygghet som blant annet harmoni, varme, glede, sjelefred, fotfeste, tillit og ro.

Et menneskes personlighet vil prege deres måte å ta kontakt med andre på, og vil også prege innholdet i kontakten, skriver Kristoffersen(2005,b3:84) En viss grad av trygghet har betydning for å ta kontakt med andre, da han ikke er så redd for å bli avvist.

Å være trygg på, eller å ha tillit til seg selv beskrives som å våge, mestre, å kunne erkjenne svakheter, å stole på seg selv, å vite hva en vil, og å kunne hevde seg overfor andre(s84)

Begrepet trygghet skilles i tre hoveddimensjoner. Trygghet som følelse, indre- og ytre trygghet. Den indre følelse har sin forankring i en positiv oppvekst og i personlige verdier og livssyn. Den ytre knyttes til våre relasjoner til omverdenen, og deles videre inn i relasjonstrygghet, stole- på- andre-trygghet og kunnskaps- og kontrolltrygghet.

Relasjonstrygghet knytter seg til gode, nære relasjoner innen familie eller vennekrets. Åpenhet, tilgjengelighet, gjensidighet, forståelse, ærlighet og aksept kjennetegner relasjonstryggheten. Man slipper å være alene, og har noen å holde i hånden.

Stole-på-andre trygghet oppstår i situasjoner der livet kan være truet. Det handler om mot til å overgi sitt liv i andres hender. Vi blir avhengig av hjelp og må stole på at andre har evne og kunnskap til å hjelpe.

Kunnskaps- og kontrolltrygghet kan bety ulikt for enkeltindivider, og ut fra situasjonen de er i. Det å vite at man klarer saker og ting – å ha kontrollen selv, for eksempel at man som sykepleier takler ulike situasjoner.

Å vite at andre klarer saker og ting for en, for eksempel om man selv skulle bli innlagt som pasient på et sykehus.(Kristoffersen, 2005,b3)

Trygghet og tillit er grunnleggende for at et forhold skal kunne utvikle seg. I stedet for frykten for å bli sveket, utnyttet eller avvist, skapes et håp om å bli godtatt, få støtte omsorg og interesse. Tillit viser mot fremtidige forhold, der begge parter må bevise at de ikke er ute etter å utnytte den andre.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg forsøke å drøfte de funnene jeg har gjort i lys av teori og opp mot problemstillingen. Egne erfaringer og synspunkt bringes inn, og relevante eksempler og sitater fra avdelingen håper jeg vil kunne poengtere drøftingen ytterligere. Til slutt i kapittelet vil jeg komme med en oppsummering og konklusjon.

5.1 Hva skaper utrygghet på en intensiv avdeling?

Hvis livet plutselig endrer retning og noe uforutsett skjer, vil vår følelse av trygghet med stor sannsynlighet slå sprekker. Å være innlagt som pasient på et ukjent sted, med fremmede lyder og lukter der du ikke kjenne noen, å ikke vite utfallet av oppholdet, samt redselen for å dø, kan rokke ved selv det tryggeste menneske.

Ved avdelingen jeg hospiterte, er det plass til 9 pasienter. Avdelingen er fysisk åpen, med vegger og skyvedører av glass ut mot korridoren. Dørene er åpne, slik at sykepleierne har oversikt til enhver tid. Fire respiratorpasienter kan være plassert i ett og samme rom. Hver pasient har en rekke teknisk overvåkingsutstyr plassert ved sengen. Kritisk syke pasienter er under medisinsk overvåking og behandling i form av blant annet respiratorer, tuber, arteriekraner, CVK, monitorer, intravenøse væsker, kateter og dren. Teknisk utstyr har alarm. Alarmen utløses ved uregelmessigheter som når for eksempel pasientens saturasjonsverdier synker eller når infusjonene nærmer seg utskifting.

I tillegg til sykepleierne på vakt, har avdelingen et nært samarbeid med kirurger og medisinere. ”Oppvåkningen”, der pasienter våkner fra narkosen etter kirurgiske inngrep, ligger i umiddelbar nærhet. Med andre ord er det en åpen og til tider folksom avdeling. Som en sykepleier sa det; *”Intensivavdelingen er angstfremkallende i seg selv.”*

Pasienten i den akutte fasen kan være preget av eksistensiell angst grunnet den skremmende og livstruende situasjonen han befinner seg. Å være innlagt på en intensiv avdeling medfører totale endringer i pasientens livsbetingelser. Problemer med å

uttrykke seg, følelsen av å miste kontroll og å ikke forstå alt som foregår rundt ham, gjør at situasjonen kan oppleves utrygg.

Dette stiller store krav til en sykepleiers varhet og årvåkenhet. Å bli sett og få oppmerksomhet har en nær sammenheng med menneskers behov for trygghet. (Kristoffersen, 2005) Tanken om å bygge sykepleien på pasientens grunnleggende behov for trygghet er god bare så lenge vi ser på mennesket som unike individer, der behovene kan ytre seg ulikt fra menneske til menneske. (jfr pkt 3.3) Sagt på en annen måte, det som oppleves som trygt for et menneske, er ikke nødvendigvis trygghetsskapende for en annen.

For pasienten kan det være vanskelig å skille mellom uro som snakking, latter, støy og alarmer. Når en alarm utløses, kan det være vanskelig å lokalisere eksakt hvor lyden kommer fra. Er det noe galt med de elektroniske apparatene? Dør han i nabosenga nå? Hvorfor reagerer ikke sykepleierne? Pasienten kan ikke vite at sykepleierne har oversikt og vet at det "bare" er falsk alarm. Ved gjentatte misforståelser kan pasienten få redusert tillit til sykepleierne. (Travelbee, 2003)

At sykepleier på intensivavdelingen er teknisk og faglig sikker, er av avgjørende betydning for at pasienten skal kunne føle seg trygg. Pasienten må kunne stole på at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter for å ta vare på ham i situasjoner der han er avhengig av hjelp, altså en stole-på-andre-trygghet. (Jfr pkt 4.6) Som Travelbee sier det; når pasienten er ferdig med å teste sykepleieren, kan han bruke kreftene på å bli frisk. Tryggheten vil da ha sin rot i at pasienten stoler på at sykepleieren har nok erfaring og fagkunnskap til at sykepleieren har kontroll. Situasjonen vil da oppleves som omsorgsfull og forutsigbar for pasienten. Det å føle at man stoler på andre, den følelsen skal ikke undervurderes. (Jfr Kap.3.2)

Pasienter som kan kommunisere verbalt har en fordel, da de kan formidle sitt budskap med ord.

"Alarmen på en pasients monitor slo seg på med jevne mellomrom. - Det gjør ikke noe, sa pasienten, hvis jeg kan høre den betyr det at jeg fortsatt er i live."
(Wiley-Blackwell, 2008)

Intuberte pasienter med assistert respirasjon som ikke kan kommunisere verbalt, kan oppleve frustrasjon over ikke å kunne formidle hva han tenker. Enkelte er redd de aldri vil kunne snakke igjen etter å ha vært intubert. Her er det viktig at sykepleier gir god informasjon, men i små doser. Informasjon om pasientens status og hva som foregår rundt ham kan aldri gjentas ofte nok, fordi pasientene ofte ikke er i stand til å ta imot og erindre informasjon så godt som normalt. Sykepleieren må derfor forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen riktig. Som en sykepleier fint sa det; ” *I alle situasjoner er det viktig at informasjonen er ærlig, realistisk og inneholder håp.*”

Håpet knytter Travelbee til å være avhengig av andres hjelp der egne ressurser ikke strekker til. Håpet er fremtidsrettet sier hun, knyttet til valg og autonomi, ønsker, utholdenhet, tillit til omverdenen, og mot til å holde ut og ikke gi opp. (Kristoffersen, 2005, b 4, Jfr pkt 3.1)

Som nevnt kan intensiv avdeling være urolig. Sykepleierne er i nær kontakt med pasienten hele døgnet. Teknisk utstyr passes, medisin gis, munnstell og fullt stell utføres. Det suges, tappes og måles, samt at pasienten snus og mobiliseres med jevne mellomrom. Det ukontrollerbare i undersøkelser kan bli mer forutsigbart for den våkne pasienten ved god informasjon. Å ivareta pasientens behov for trygghet er et spørsmål om leve seg inn i pasientens situasjon.

Søvn er et annet grunnleggende og vesentlig behov når det gjelder rekonvalesens i sykdom. På grunn av lys og aktivitet på rommet kan det å sove godt være en utfordring. Noen sover dårlig på grunn av medikamenter som gir hvile, men ingen god og naturlig søvn. Noen er redd for å sovne, for så aldri å våkne mer. Mangel på søvn gjør pasienten uopplagt, noe som ikke er heldig for humøret og rekonvalesensen. Pasientene har også et liv utenfor sykehuset, med bekymringer som folk flest. I tillegg til bekymring rundt egen situasjon, har mange også en familie og sin økonomi å ivareta.

Som en motsats til utrygghet, tenker jeg i denne sammenheng at begrepet trygghet kan brukes for å beskrive fravær av angst og en indre ro.

Kristoffersen legger vekt på viktigheten av at sykepleier anerkjenner både pasienten og sykdommen hans. Vi som sykepleiere kan ønske å skape trygghet, men tryggheten hos pasientene våre, oppstår i pasienten, ikke i oss. Dessverre finnes ingen oppskrift på hvordan man går frem for å oppnå dette. Gode råd gis likevel i form av å være til stede,

som det mennesket man selv er og å være oppmerksom og aktivt lyttende i situasjonen. (Kristoffersen, 2005, Travelbee,2003)

Alle pasienter, også på intensivavdelingen, er forskjellige, eller som Travelbee beskriver dem, unike individer (jfr. Kap 3.1) Noen mennesker er mer bekymret anlagt enn andre, og alle tenker ikke likt. Men med all denne bekymring, finnes det rom for humor og spøk?

5.2 Humor og kommunikasjon i pleien av den syke

Jeg betrakter disse to begrepene som to sider av samme sak. For bruk av humor er en kommunikasjonsform, og de fleste bruker fra tid til annen humor både bevisst og ubevisst i sin kommunikasjon. En samtale med en dårlig pasient på intensiv avdeling fordrer at vi tar hensyn til pasientens tilstand, og evne til å ta i mot informasjon. (Jfr. pkt 4.2)

”Terapeutisk kommunikasjon krever selvinnsikt, forståelse av dynamikken i menneskers handlinger, engasjement og evne til å tolke egne og andres handlinger og til å kunne gripe inn på en effektiv måte”(Tyrdal, 2002:57)

Sykepleiers bruk av humor i kontakt med pasienter kan være et nyttig verktøy når det kommer til å opprette en relasjon til pasienten, men det er viktig at vi faktisk er bevisst hva vi gjør, og hvordan dette kan virke på pasienten, skriver Tyrdal. Det er mange fallgruver å gå i. *”Ikke spøk med noen uten først å ha oppnådd et minimum av tillit”* advarer Svebak. Tillit er noe sykepleieren må gjøre seg fortjent til, og som bare kan oppstå hvis pasienten føler seg trygg på at han kan stole på sykepleieren.

På intensiv avdeling er pasientene kritisk syke, og mange får hjelp til å puste via respirator. Pasienter med en KOLS diagnose er som regel lite sedert og har mulighet til å puste selv. På meg virket det gjennomgående at KOLS pasienter opplevde det som trygt å få pustehjelp via respirator. De ga tydelig uttrykk for, både ved kroppsspråk og ved muntlige utsagn, å være svært engstelige når de så skulle puste selv. En av humorens roller er å fortelle mottakeren at det ikke er så farlig som man skulle trodd å

puste selv. Kunsten er å myke opp samtalen, og få pasienten til å tenke på noe annet enn frykten. (Tyrdal, 2002) Ved å ufarliggjøre situasjonen, og få pasienten til å slappe av, vil pasienten oppnå en mindre stressfylt opplevelse. Sykepleieren i en slik situasjon fokuserte på pasienten og seg selv som "kjærestepar." Pasienten smilte og responderte på spøken. I etterkant kommenterte sykepleieren: "*Humor er viktig for trygghet. Trygghet er viktig for å puste godt!*" Og vi må puste for å leve.

Roligere vakter med færre pasienter, medførte bedre tid til hver enkelt pasient. Atmosfæren på avdelingen var mer avslappet, og spøken satt løsere. Jeg forstår logikken der en sykepleier sier: "*Jeg tror det er betryggende for pasientene at ikke alt er så alvorlig. Det gir et perspektiv på alvorlighetsgraden av pasientens tilstand.*"

På den annen side kan det stilles spørsmål om pasienten kan oppleve det som slitsomt når muntre sykepleiere stadig lur på hvordan han har det, når han selv ikke føler seg spesielt bra. Kristoffersen (2005,b 3) minner oss om hvor sårbare pasienter er i en sykehussituasjon. En intensiv avdeling er forbeholdt de sykeste pasientene, og vi holder på mange måter deres liv i våre hender.

Vennlig humor som viser omsorg og varme, er alltid velegnet i kommunikasjon, hevder Tyrdal. Inkluderende humor får pasienter til å slappe av. Å fortelle pasienter muntlig å slappe av er stort sett mislykket uansett hvilket tonefall man bruker. Det blir som å bekrefte pasientens frykt om at dette kommer til gjøre vondt eller være ubehagelig. Jeg tror sykepleierens måte å opptre på gjenspeiler pasientens tilstand. Man vil aldri se en sykepleier stå og tøyse og tulle ved sengen til en kritisk og ustabil pasient. Sykepleieren er tilstede for å ta seg av kritisk syke mennesker, ikke for å underholde. Forverrer pasientens tilstand seg, er det den tekniske fagkompetansen, samarbeidet med legene og den profesjonelle effektiviteten som gjelder.

Postoperative og stabile pasienter som nærmer seg overflytting til sengepost, virket derimot kontaktsøkende og ved godt mot. De slo gjerne an tonen for en hyggelig samtale. Kanskje kunne dette bunne i at de følte seg i god form, at de så frem til å komme ned på post igjen, eller kanskje de rett og slett følte lettelse, og et håp om at operasjonen hadde kurert deres plager. Den kanadiske undersøkelsen viste også at personalet følte tilfredsstillelse når de så en pasient smile.

”Det får deg til å føle at du har gjort en god jobb, om ikke medisinsk, så psykisk” sa en sykepleier. (Wiley-Blackwell, 2008)

En pasient har våknet etter å ha fått utført et kirurgisk inngrep, og ligger på oppvåkningen. Sykepleierne er tilstede. Kirurgen henvender seg til pasienten i en fortrolig tone. *”- Hvis du har noe å klage på, så kom direkte til meg.”* Han nikker megetsigende mot sykepleierne. *” - Jeg har nemlig fått en del klager på de to der.”*

Her utsletter kirurgen det ujevne forholdet mellom ham og pasienten et øyeblikk. De er fortrolige. De gjør en avtale, fra menneske til menneske, om at pasienten har en mulighet til å kontakte kirurgen hvis ikke sykepleierne behandler ham bra. (Jfr kap 3.2) De vet begge, at sannsynligheten er stor for at de to aldri vil sees igjen i et slikt ærend, og at sykepleierne er med på spøken. Men pasienten blir trygget i at han vil bli tatt vare på, og at kirurgen nok ikke ville sagt høyt at han syntes sykepleierne var inkompetente om dette var tilfellet. Dessuten er det en dobbel bunn i utsagnet. Tross alt har kirurgen fremdeles et ansvar da han nettopp har utført en større operasjon på pasienten. Det aller viktigste i humor er likeverd i kommunikasjonen. (Sebak,2002)

En sykepleier ved avdelingen forteller at en KOLS pasient på BiPAP (maske som hjelper pasienten å ventilere ut Co2) en dag ble veldig dårlig etter mobilisering. Pasienten satt på sengekanten med 65-70 % saturasjon. Sykepleier satt på kne foran henne og holdt BiPAP- masken. Ubevisst begynte hun å synge. Pasienten forteller henne senere, at hun hadde opplevd det som veldig trygt at sykepleieren satt der og sang, og at det var noe hun kom til å huske.

Humor, må ikke ta sikte på å få pasientene til å gapskratte. Det kan dessuten få alvorlige følger for en nyoperert pasient, spesielt ved inngrep i bryst eller abdomen. Jeg tenker at ved at sykepleieren bruker sitt kliniske blikk, og lytter til pasienten, kan hun justere sin atferd etter pasientens signaler. *Lytt til pasientens spøk*, sier Robinson , *den vil avsløre*

deres innerste frykt og engstelse. (1991:62) Av og til kan omsorgen og tryggheten ligge i tonefallet, gjerningene, i faktene og ikke minst i stillheten – det usagte.

Humor er selvfølgelig situasjonsavhengig. Når man i ettertid forteller om situasjon til andre, er det ikke sikkert at de som ikke var til stede finner det like morsomt. Men for både pasientene og sykepleiere kan slike situasjoner være en kilde til å redusere stresset og engstelsen i etterkant av en spesiell eller dramatisk situasjon.(Robinson, 1991)

”En pasient ved en intensivavdeling hadde spist dårlig den siste tiden, til tross for avdelingens anstrengelser. En dag sluttet han plutselig å puste, og sykepleieren satte straks i gang med brystkompresjoner. Pasienten kom til seg selv mens sykepleieren satt oppå ham. Han så forskrekket opp på henne og utbrøt: Jeg skal spise! Jeg skal spise!” (du Pre, 2007)

Den absurditeten som oppstår for dem som er tilstede, kan være forløsende for den spenningen, forlegenheten eller engstelsen som lå forut for situasjonen. Humor skaper en atmosfære der man kan møtes på tvers av roller, slik at man sammen kan håndtere problemer eller følelser opp mot situasjonen eller også mot hverandre. *”Humor er den korteste avstanden mellom to mennesker”* er et kjent sitat av Viktor Borge. (Robinson, 1991, Tyrdal,2002)

Mange pasienter opplever det som avstressende og avslappende om sykepleier tar seg selv lite høytidelig – og kan le av seg selv. Å le sammen med pasienten vil ofte gjøre vanskelige situasjoner lettere. *”Det personalet som har humor tyr man til, de bryr seg... man ser hverandre i øynene når man ler.”* (Tyrdal, 2002) Man spøker med dem man liker. Å spøke betyr også å åpne seg for pasienten. Det er noe avvæpnende med et menneske som virkelig ser deg, som ser inn i ansiktet ditt for å avvende din reaksjon, som venter med å le til han ser at du har oppfattet poenget. Det handler om å kunne se mennesket bak diagnosen, og møtes på tvers av rollene.(Jfr. pkt 3.1)

5.3 Humor og Etikk – kan man spøke om alt?

Et skille kan trekkes mellom positiv og negativ humor. (Jfr.pkt 4.1) Som sykepleier lærer vi at vi kan le *med* pasienten, men ikke *av*. Å le av pasienten, uten at denne er med på moroa, vil være respektløst. Det strider imot vår yrkesetikk. Vi har et ansvar for ikke å krenke pasienten.(Vedlegg 1) For pasienten kan det oppleves sårende å bli ledd av. Humor må derfor anvendes med skjønn og empati.

Kan man så spøke om alt? - Ja, sier noen. Nei, sier andre.

Spøk og humor sees ofte i avdelinger som akuttten, operasjons- eller intensivavdelinger der situasjoner kan være stressede, dramatiske eller urolige for både pasienter og personale. Nivået av spøk og vitsing fra personalet kan indikere nivået av spenning og engstelse, skriver Robinson(1991) Men hvis spenningsnivået blir for høyt og nærmer seg panikk, kan forsøk på humor fort bli upassende.

Freud (1905) mente at ”*enjoyment of the comic effect cannot emerge unless there is a release of distressing effects*” (Jfr pkt 4.4) Pasienten må være motivert. Hvis pasientens smerte og utrygghet er altoverskyggende, går all hans energi med på å beskytte seg mot ytterligere smerte, og er lite mottagelig for spøk. Utryggheten må derfor være under en viss kontroll før pasienten kan rette oppmerksomheten mot å se det humoristiske i en gitt situasjon.(Tyrdal, 2002, b 2) Smerte er en subjektiv oppfattning. Jeg synes Tyrdal treffer når han poengterer; ”*Sykepleiere har sin medisinske fagkunnskap, og pasienten er ekspert på seg selv*”. Derfor skal man aldri bagatellisere en pasients smerteopplevelse.

Å spøke om alt handler om kontekst og timing hvor trygghet er helt avgjørende. Det vil si at pasienten må være sikker på at sykepleieren vil ham vel for at han skal kunne tolke det som blir sagt, eller en hendelse som morsomt. Hvordan en ytring blir oppfattet, er langt viktigere, enn hvordan det i utgangspunktet var ment. *Dessverre for avsenderen, er det altså mottageren som bestemmer det meste om hvordan budskapet skal oppfattes*, sier Tyrdal. Så hva er upassende humor?

Det er like viktig å anvende humor i rett tid og på rett sted som å unngå humor som kan irritere eller såre pasienten. Etnisk, sarkastisk, seksuell humor bør ikke anvendes i møte

med pasienter, selv om du kjenner dem. Humor må passe inn i situasjonen og må ikke under noen omstendigheter tvinges på pasientene.

Humor bør ikke brukes i møte med pasienter som emosjonelt ikke er i stand til å sette pris på humor for øyeblikket. (Tyrdal, 2002)

*”En pasient i smerter lå i sykehussengen og ropte: ”Å Gud – kjære Gud!”
En ung sykepleier stiller seg bak skjermbrettet og uttaler: ”Dette er Gud. Hva vil du?” (Robinson, 1991:64, min oversettelse)*

Dette forsøket på humor falt flatt til jorden, og ble oppfattet som usmakelig i stedet for morsomt, både av pasienten i senga og ved tilhørerne forøvrig. Her ble ikke pasientens engstelse og smerte tatt på alvor og lindret. Kanskje var det heller et forsøk fra sykepleierens side å takle sin egen usikkerhet i situasjonen.

Troen på en Gud eller en høyere makt, er håp. Pasientens håp skal betraktes som ukrenkelig og derfor passer det aldri å le av eller gjøre narr av andres tro.

Om humor blir brukt negativt, for eksempel i fornærmende hensikt, vil humoren virke nedbrytende, i stedet for oppbyggende. Man skal derfor utvise en viss forsiktighet i bruken av humor. Man skal bestrebe seg på å bruke humor der den er i den andres interesse. En sykepleier skal aldri harselere med noe personen ikke kan noe for eller ikke kan gjøre noe med. (Tyrdal, 2002) Det er viktig at sykepleieren bruker sitt skjønn i situasjonen. Vi må også ha forståelse for at det ikke alltid er lett å se lyst eller humoristisk på livet når man er alvorlig syk. Det er heller ikke sikkert at det hjelper å ”smile utvendig” mens man ”gråter innvendig”. Få ting smitter som et dårlig humør, og de fleste foretrekker da å være for seg selv. Et humoristisk blick på situasjonen kan ikke tvinges frem hvis pasienten er umotivert.

Studiet utført i Canada viste også at humor kunne skape avstander og forhindre alvorlige diskusjoner.. En sykepleier kommenterte *”Hvis jeg spøker med deg, kommuniserer jeg med deg. Vi snakker, men jeg spør ikke hva som plager deg... Jeg finner ikke ut hvorfor du egentlig er opprørt.”* (Wiley-Blackwell, 2008)

Enkelte ganger kan pasienten anvende humor som en forsvarsmekanisme for lettere å kunne håndtere sin egen situasjon. (Jfr. pkt 4.1) Som sykepleier er det viktig å nøye vurdere når det er riktig å besvare pasientens invitasjon til tøys og tull, eller om situasjonen bør dempes grunnet stundens alvor. Det kan være en fin balansegang å la pasientene skjerme sine innerste følelser, og samtidig sikre at de tar til seg, og forstår alvorlig informasjon og beskjeder. Humoren bør alltid brukes med en viss ettertenksomhet, men ikke så mye at man slutter med det, noe også den kanadiske undersøkelsen viste. Derfor har vi som sykepleiere et ansvar for å finne ut om det kan finnes en underliggende årsak hvis pasienten spøker om et alvorlig tema. Det finnes mange hindringer for god kommunikasjon: Pasienten og sykepleieren har ofte ulikt utgangspunkt, ulikt kunnskapsnivå og ulik sosial status. Emosjonell avstand, verbal manipulering, tvetydighet, språklige barrierer, sjargong og tidsmangel kan lett vanskeliggjøre en god kommunikasjon. (Tyrdal 2002, Travelbee, 2003)

Å anvende humor på tilsynelatende rett tidspunkt og på rett plass kan likevel gå galt, selv om hensiktene i utgangspunktet er gode. Et menneskes evne og humoristiske talent kan være en kombinasjon av erfaring og personlighet, og ikke minst å utvise dømmekraft for når det ikke passer seg. En sykepleier på intensiv avdeling sier:

Jeg spøker om alt. Men det er viktig med klinisk blick og erfaring. Jeg 'senser' med en gang om noen ikke har humor, og da lar jeg være. Jeg kan spøke om alt, men man ser jo an sted og situasjon. Jeg går for eksempel ikke inn til pasienten som nettopp har fått vite at hun har magen full av kreft og begynner å tulle med henne. Det ville ikke vært heldig i dag.

Jeg anser at å tolke situasjonen riktig vil komme med økt erfaring. Har en sykepleier vært i liknende situasjoner tidligere, er hun nå kanskje tryggere i forhold til pasientene og i sin rolle som sykepleier.

Man kan blottstille et annet menneske selv mens han er fullt påkledd.

(Kristoffersen, 2005, b 3) Å være bevisst på å ivareta pasientens autonomi, sårbarhet og integritet, må være en forutsetning for at en sykepleier skal kunne vurdere situasjonen. Også erfarne sykepleiere har etter all sannsynlighet "trampet i salaten" og feilbedømt situasjoner gjennom sin yrkesaktive karriere, men har også lært av sine feil.

Sykepleieren vil da forsøke å unngå å komme i samme situasjoner igjen, eller også gripe an situasjonen på en mer hensiktsmessig måte.

Humor har historisk sett ikke ligget høyt på prioriteringslisten for forskere innen medisin og helse (Tyrdal,2002, Svebak.2000). Temaet har kanskje blitt ansett som uviktig, eller så har man ikke maktet å favne og konkretisere det nok. Hvordan går man for eksempel frem for å måle menneskers sans for humor, og dens effekt på sykdom?

Rent praktisk kunne det tenkes at man på oppegående friske mennesker brukt en VAS skala, som ligner den man bruker på onkologiske avdelinger for å registrere opplevelse av smerte. Da kunne man spurt pasienten om hvor trygg eller stresset han følte seg. Videre kunne man talt puls, målt blodtrykk og registrert om pasienten svettet, eller observert motorisk uro.

Uavhengig om det finnes et eget apparat for måling av utrygghet eller ikke, er det helt avgjørende at sykepleiere gjør bruk av sin evne til å kommunisere og ikke minst sitt kliniske blikk for å sanse om pasienten er ukomfortabel og opplever å være utrygg i situasjonen. Den kanadiske undersøkelsen anbefaler at sykepleiere og annet helsepersonell ikke lar være å bruke humor, men at de bør stole på instinktene sine om når det er passende og når det ikke er det.(Wiley-Blackwell, 2008)

Enten det dreier seg om humor i kommunikasjon med pasienter eller sykepleie generelt, mener jeg vi allerede har den gjeldende rettesnoren for all sykepleie utarbeidet i våre yrkesetiske retningslinjer, i punkt 1.

Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.

(Vedlegg 1)

6.0 Oppsummering og Konklusjon

I denne oppgaven har jeg fokusert på bruk av humor i relasjon mellom sykepleier og pasient på en intensiv avdeling. Formålet var å undersøke om bruk av humor overfor, og i samspill med alvorlig syke pasienter kunne ha noe å si for pasientens der og da-opplevelse av å være trygg i situasjonen.

I den sammenheng har jeg forsøkt å belyse problemstillingen med litteraturstudie som metode. Humor som begrep i medisinsk sammenheng, har eksistert lenge, men selv i dag er det ingen enighet om tolkningsgrunnlaget.

Å oppleve trygghet er viktig både i personlige relasjoner og i forhold til de omgivelsene vi ferdes i til daglig. Er jeg usikker på flyselskapet, kan jeg velge et annet – eller jeg kan droppe flyturen. Like enkelt er det ikke for den som trenger akutt hjelp for å berge livet. I kritiske livssituasjoner er behovet for trygghet, nærhet og medmenneskelighet, helt avgjørende. Som sykepleiere har vi et ansvar for at pasienten skal kunne stole på oss, kanskje spesielt i en eksistensiell krise.

Sykdomsopplevelsen har stor personlig betydning for pasienter, og varierer fra person til person. Jeg tror sykepleiere skal være klar over i hvilken grad pasientenes tanker og følelser kan påvirkes av hvordan vi som sykepleiere opptrer. Har sykepleiere kunnskap og forståelse for pasientenes opplevelser, er det også lettere å forstå atferden sykepleier observerer.

Jeg tror jeg gjennom oppgaven har rørt ved noen vanskelig skillelinjer i sykepleien. Skillet mellom det som er målbart, det som kan dokumenteres, og det som finner sted mellom sykepleier og pasient i relasjonen, i stemningen og i handlingene.

Kan så sykepleier ved bruk av humor bidra til å redusere pasientens opplevelse av utrygghet ved intensiv avdeling?

Ja. Jeg er av den oppfatning at humor er blant de virkemidlene en sykepleier kan bruke og som kan bidra til en opplevelse av trygghet.

Samtidig er ikke dette ja'et uten visse forbehold.

Jeg tror sted, situasjon og relasjonen mellom sykepleier og pasient er av avgjørende betydning for et godt utfall. Å bli sett og hørt som et menneske er sterkt knyttet til følelsen av trygghet. Ofte kan det være langt mellom liv og lære, og det er lett å tråkke over pasientens usynelige grenser. Å være seg bevisst ikke skade-prinsippet, samt å vokte seg for å krenke pasienten er grunnleggende. Det samme gjelder å ha opprettet et minimum av tillit, slik at pasienten er motivert for å forstå, gjengjelde og sette pris på spøken.

Å bruke humor i rollen som sykepleier er for meg og flere med meg en selvfølge. Jeg ser på det som en måte å by på meg selv, og min personlighet. Ser pasientene personligheten bak sykepleierens rolle, bidrar det trolig til et varmere og mer åpenhjertelig forhold. Den gode humor fremmer den gode samtalen. Den fremmer fellesskap. Den gir et bedre perspektiv på livet. Den fremmer positive tanker hos oss når vi har det ille. Den løfter oss opp.

Humor behøver ikke å handle om å le mest mulig. Kanskje enda viktigere er det å kunne finne de små lyspunktene i livet og se det positive og oppmuntrende i selv de mørkeste situasjoner.

7.0 Etterord

Få studenter velger temaet humor i sin avsluttende eksamen i sykepleie. Det er sikkert flere grunner til dette. Begrepet kan være vanskelig å gjøre konkret, eller man er redd det forventes at man må være spesielt vittig og slagferdig for å begi seg inn i humorens verden. Jeg mener temaet krever at jeg er morsom, på lik linje med at en student bør ha diabetes, rusproblemer, cerebralt insult eller personlighetsforstyrrelser for å velge å skrive om slike tema i sin avsluttende eksamen. Det er *fenomenet* humor jeg er opptatt av.

Produkt og prosessevaluering

Veileder advarte meg om at alt jeg hadde planer om å gjøre, ville ta fire ganger så lang tid som beregnet. Jeg fikk erfare at hun hadde fullstendig rett. Å utfordre selvdisciplinen min ved å gå på et slikt prosjekt alene var kanskje i overkant dristig. Det har ikke vært noen spøk å skrive om humor. Likevel har jeg kommet i mål.

Jeg gikk i gang med oppgaven med stor iver og engasjement. Så kom påsken, og i takt med snøen, smeltet noe av iveren. Selv med et tema som humor, var det vanskelig å komme i gang igjen. Da savnet jeg virkelig en partner som kunne puffe meg videre. Blindhet er et kjent fenomen når man har lest sin egen tekst et utall ganger. En studievenninne og jeg har imidlertid forsøkt å backe hverandre opp, og lest korrektur på hverandres oppgaver. Dette samarbeidet har vært til både nytte og glede.

Jeg fant snart ut at humor og intensiv avdeling ikke er kombinasjonen det er skrevet eller forsket mest på i forhold til trygghet. I tillegg inneholdt problemstillingen min to svært diffuse begrep som krevde grundig forklaring. Humor og trygghet. Jeg føler vel at jeg ikke har fått gått så dypt ned i problemstillingen som ønskelig. Humorens psykiske aspekter, områdene i hjernen som påvirkes, hva som skjer rent fysisk i kroppen når vi ler, hvilke hormoner som utskilles.. Det er et hav av mulige problemstillinger innen humorforskning.

Mye frustrasjon har kommet til overflaten, men også glede over å tilegne meg kunnskap jeg vet vil komme til nytte i mitt virke som sykepleier. Jeg kan heller ikke

nekte for at det er tilfredsstillende å se at arbeidet jeg har lagt ned de siste tre år, kulminerer i en oppgave jeg har slitt, men kan stå for.

Mennesker jeg møtte i prosessen har jeg opplevd som samarbeidsvillige og hjelpsomme. Når tema for oppgaven ble nevnt ble jeg fortalte artige historier fra folks møte med sykehus. Da lå fokuset på det de hadde opplevd som positivt, og ikke hva de i utgangspunktet var innlagt for. Et positivt tema resulterte i møter med ja-mennesker.

Hospiteringspraksis:

Å få lov til å hospitere ved intensiv avdeling var i oppgavens oppstartsfase mer enn jeg hadde våget å håpe på. Opplevelsene jeg fikk i møte med personale og pasienter, ble etter refleksjon og bearbeiding, uvurderlige byggesteiner i denne oppgaven. I tillegg til nyttig datasamling, har jeg fått lov å ta med meg en positiv og lærerik erfaring. Jeg innser imidlertid at denne typen avdeling er svært spesiell, og at oppgaven kunne fått en større faglig tyngde om jeg hadde skrevet den som et ledd i videreutdanning innen intensiv sykepleie.

Noen som fortjener en takk:

Jeg vil gjerne få takke mine to vakre døtre for tålmodighet gjennom 3 år, og kanskje spesielt de siste ukene. Jeg tror de er klare for å få mammaen sin tilbake. Takk også til min flotte familie. Uten dem hadde ikke sykepleiestudiet vært mulig å gjennomføre. Takk til Erik-bror som illustrerte oppgaven min.

Takk til medstudenter som har hjulpet meg å holde motet oppe, og veileder Pieta, for strukturert og klargjørende veiledning i disse forvirrende ukene.

Til slutt en spesiell takk til hver og en på Intensiv avdeling.

- For å ha tatt i mot meg, vist interesse for oppgaven, og som tålmodig har delt sin kake, kunnskap, erfaring, og ikke minst - sin sans for humor med meg.

Litteraturliste

Dalland, Olav (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4. utgave Oslo: Gyldendal akademiske

Kristoffersen, Jahren Nina et al (2005) *Grunnleggende sykepleie*, bind 3, Oslo: Gyldendal norsk forlag

Kristoffersen, Jahren Nina et al (2005) *Grunnleggende sykepleie*, bind 4, Oslo: Gyldendal norsk forlag

Slettebø, Åshild (2002) *Sykepleie og etikk*, 3. Utgave, Oslo: Gyldendal Akademisk

Selvvalgt litteratur:

Martin, Rod A (2007) *The Psychology of Humor- An Integrative Approach*, USA/UK: Elsevier academic Press*

Pre, Athena du (1998) *Humor and the Healing Arts – a Multimethod Analysis of Humor Use in Health Care*, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates*

Robinson, Vera M (1991) *HUMOR and the Health Professions –The therapeutic use of humor in health care*, 2. Edition, New Jersey: SLACK Incorporated*

Svebak, Sven (2000) *Forlenger en god latter livet? Oslo: Fagbokforlaget**

Travelbee, Joyce (2003) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 3. Opplag Oslo: Gyldendal norsk forlag*

Tyrdal, Stein (red.)(2002) *Humor og helse – i teori og praksis*, bok 1, Oslo: Kommuneforlaget*

Tyrdal, Stein (red.)(2002) *Humor og helse – i teori og praksis*, bok 2, Oslo: Kommuneforlaget*

Wiley-Blackwell (2008) *Humor Plays An Important Role In Healthcare Even When Patients Are Terminally Ill. Science Daily*. 2008, April 9

Elektroniske kilder

Bokmålsordboka, URL:

<http://www.dokpro.uio.no/perl/ordboksoek/ordbok.cgi?&ordbok=bokmaal&alfabet=n&renset=j&OPP=utrygg> (Hentet 05.05.09)

PsykNytt, 2006,URL:

http://www.sykehuset-innlandet.no/stream_file.asp?iEntityId=6563 (Hentet 27.04.09)

Høgskolen i Gjøvik, *Retningslinjer for oppgaveskriving*, URL:

http://www.hig.no/biblioteket/oppgaveskriving/retningslinjer_hos#4.0

(Hentet 24.04.09)

Vedlegg 1

Norsk sykepleierforbund (2008)*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. URL:

https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF (Hentet 02.05.09)